

УДК 616.311–001.37.-053.2– 085

ВРАЧЕБНАЯ ТАКТИКА ПРИ ХИМИЧЕСКИХ ПОВРЕЖДЕНИЯХ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА У ДЕТЕЙ

Забышный А.А., Пирогова В.В.

Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького

Резюме. На основании анализа лечения химических повреждений слизистой оболочки полости рта у 39 детей разработана оптимальная врачебная тактика, которая позволила повысить эффективность лечения и избежать осложнений.

Ключевые слова: врачебная тактика, химические повреждения, слизистая оболочка рта, дети

В последнее десятилетие у детей отмечается рост количества ожогов слизистой оболочки полости рта (СОПР) у детей химическими веществами, которые применяются в быту и выпускаются в ярких упаковках [1, 2]. Между тем, лечение такой патологии приведено, в основном, в учебниках и руководствах по детской стоматологии и носит характер отрывочных указаний и кратких рекомендаций [1, 2, 3]. Специальных исследований по затронутому вопросу в литературе мы не встретили. В связи с этим целью настоящей работы явилось повышение эффективности лечения химических повреждений СОПР в детском возрасте путём разработки оптимальной врачебной тактики.

Материал и методы

Объектом исследования служили 39 детей, которые в 2010 – 2012гг. поступали на консультацию и лечение на кафедру стоматологии детского возраста ДонНМУ, в ДГСП г. Донецка, в отделения интенсивной терапии и реанимации детской ГБ №1 г. Донецка. По возрасту дети распределились так: от 1 года до 3 лет было 27 детей (69,2%), от 3 до 5 – 5 детей (12,8%), от 7 до 10 лет – 4 ребёнка (10,2 %), от 13 до 15 – 3 (7,6%). Из 39 детей 18 (46,2%) находились на стационарном лечении, 21 ребёнок (53,8%) – на амбулаторном. Для исследования отбирались дети, у которых химические повреждения (ХП) СОПР наступили в сроки от десятков минут до 3 – 8 часов. Дети поступали на консультацию и лечение по инициативе родителей, по направлениям педиатров ГБ № 1,2,3 г. Донецка, по вызовам стоматологов на консультацию в детские отделения реанимации. Тяжесть ХП СОПР определяли, следуя указаниям Виноградовой Т.Ф. с соавторами [1]. Из 39 детей у 21 ребёнка была лёгкая степень тяжести (I), у 18 детей (46,1%) – среднетяжёлые (II) и тяжёлые (III), При

выполнении работы использовались клинические, цитологические, биохимические методы исследований.

Результаты и их обсуждение

Наш 3-х летний опыт лечения 39 детей с ХП СОПР и учёт кратких указаний авторов [1-4] позволили разработать врачебную тактику, которая имеет ряд особенностей и, на наш взгляд, является оптимальной. Первая её особенность: врачебная тактика и лечебные мероприятия должны проводиться по принципу неотложной терапии при всех степенях тяжести ХП. В первые минуты и часы поступления ребёнка необходимо быстро удалить повреждающее химическое вещество со слизистой оболочки рта. Для этого, в первую очередь, необходимо обмыть СОПР большим количеством воды с помощью резинового баллончика. Сначала обильно орошаются водой губы, затем язык, слизистая щёк и твёрдого нёба. Обнаружено, что у очень беспокойных детей, кроме промываний полости рта из баллончика, необходимо дополнительно промыть переходные складки влажными ватными тампонами. Так, у 3-х детей (3,6%), которые высыпали себе в рот порошок перманганата калия, последний был полностью удалён из области переходных складок только с помощью тампонов с водой. Удаление химического со СОПР промыванием водой проводится хоть и многократно, но быстро, в течение 1–2 минут. Наши наблюдения подтверждают указания А.И. Рыбакова с соавт. [4], которые считают, что вначале СОПР надо обмыть большим количеством воды, даже если ожог был вызван серной кислотой, и только потом промыть рот раствором нейтрализующего вещества, т.к. на приготовление нейтрализующего раствора уходит 2–3 минуты, и за это время химическое вещество продолжает оказывать повреждающее действие на СОПР. После удаления химического вещества в течение 1–2 минут промывали полость рта слабым раствором нейтрализующего агента. При ожоге кислотами использовали 1–2 % раствор бикарбоната натрия, при ожоге щелочами – 0,5% раствор лимонной кислоты. Промывание рта водой и нейтрализующим раствором останавливало дальнейшее проникновение химических веществ в СОПР. Вторая особенность врачебной тактики при ХП СОПР в детском возрасте – её инициативность. В первом (остром) периоде могут быстро развиваться симптомы общетоксического действия химического вещества, которые могут поставить под угрозу не только здоровье, но и жизнь ребёнка. Так, из 39 детей 2 ребёнка, находясь в машине позади родителей, нашли бутылку с тормозной жидкостью и выпили неизвестное количество её. Она при попадании внутрь может привести к летальному исходу из-за повреждающего действия на печень. 3 детей проглотили порошок перманганата калия,

который при попадании внутрь также оказывает общетоксическое действие. В связи с этим, чтобы уменьшить общетоксическое действие химического вещества и предупредить его развитие, следующей инициативной лечебной процедурой (даже в кабинете стоматолога) было удаление химического вещества из желудка ребёнка. Для этого у детей искусственно вызывали рвоту (путём надавливания на корень языка). После рвоты проводили удаление остатков рвотных масс из полости рта с помощью ватных тампонов и орошения СОПР водой. Целью следующего этапа врачебной тактики было проведение абсорбции остатков химического вещества в желудке ребёнка. Для этого детям давали внутрь активированный уголь из расчёта 2 грамма на 1 кг веса ребёнка. Таблетки такого угля измельчали в порошок, смешивали с водой в количестве от 2/3 стакана до 2 стаканов и давали выпить. Следует подчеркнуть, что такого рода порошок активированного угля в количестве 30 – 50 грамм следует заготавливать заранее и хранить в герметически закрывающемся флаконе. Установлено, что на проведение вышеуказанных лечебных мероприятий уходило от 8 до 12 минут, в течение которых не успевала прибыть скорая помощь. Проведению указанных лечебных процедур способствовало отсутствие болей во рту у детей даже при II и III степени тяжести ХП СОПР, что обусловлено [1], поражением нервных рецепторов СОПР вследствие её химических ожогов. Об этой клинической особенности ХП СОПР стоматолог должен информировать врачей реаниматологов, педиатров, которые будут лечить детей на следующих этапах. Реаниматологи и педиатры во время манипуляций во рту (отсасывание слизи, рвотных масс, интубации и др.) из-за отсутствия чувствительности во рту могут усугублять повреждения СОПР [1]. До начала проведения неотложных лечебных процедур регистратор вызывает скорую помощь. Особенностью врачебной тактики при вызове скорой помощи является то, что к телефону вызывается старший врач скорой помощи, который после получения информации о ХП СОПР, о характере химических веществ и возрасте ребёнка принимает решение высылать реанимационную бригаду или обычную скорую помощь. В большинстве случаев к детям прибывают реанимационные бригады. Время их прибытия 10 – 18 минут с момента вызова. За это время удавалось провести вышеуказанные неотложные мероприятия. Вопрос о госпитализации детей с ХП СОПР решали врачи скорой помощи и реанимации с учётом отдалённого общетоксического действия химических веществ. Дальнейшая врачебная тактика стоматолога строилась на основе анализа клинической картины ХП СОПР с учётом 3-х периодов и 3-х степени тяжести, которые наблюдаются при такой патологии [1]. В первом (остром) периоде, когда

выражено общетоксическое действие химического вещества, местные изменения СОПР из-за отсутствия болей во рту могут остаться без внимания врачей. При I степени тяжести (наблюдались только отёк, гиперемия слизистой рта, катаральное воспаление, саливация) применяли местно (после проведения неотложных мероприятий, после консультации педиатра, реаниматолога) антисептики (раствор фурациллина, этония) 3 раза в день в виде орошений и смазываний тампонами, настои трав (ромашки, мяты) 3 раза в день и кератопластические средства (масло шиповника, каротолин) в виде смазываний 4–5 раз в день. У 8 детей из 21 с лёгкой степенью тяжести все симптомы бесследно исчезли через 3 дня, у 13 – через 4 дня. При II степени тяжести (очаги некроза слизистой рта с развившимися воспалениями и отёками вокруг них) и у детей с III степенью тяжести (обширные некротические поражения, образование толстых плёнок на очагах некроза; после отторжения плёнок эрозивные и язвенные поверхности разной глубины) в остром периоде в течение первых 3-х дней, когда патологический процесс развивается (инфицируются очаги поражения, отторгается повреждённая и некротизированная слизистая) местное лечение имеет решающее значение. В первые дни проводили обработку слизистой рта растворами ферментов (трипсин 5 мг + 5 мл физраствора) и антибиотиков (микроцид). Параллельно для снятия острых воспалительных явлений применяли кортикостероиды в виде растворов и мазей (мазь гидрокортизоновая, преднизолоновая) 3 раза в день в течение 4 суток. Затем кортикостероиды отменяли, так как они при более длительном применении могут тормозить регенерацию слизистой. Во II периоде (на 6-10 день) изменения слизистой рта усиливались (так называемый период стоматита и эзофагита). Цитологические исследования показали незрелость местных факторов неспецифической защиты, что влияло на сроки заживления и возможность развития осложнений. Поэтому и в I и во II периодах у детей со II и III степенью тяжести ХП СОПР мы сочли целесообразным применить для местного лечения искусственный лизоцим, яичный лизоцим, метилурациловую мазь, что повышало местный иммунитет. Установлено, что в III периоде болезни (период заживления и рубцевания) из кератопластических средств наиболее эффективными были масло шиповника в сочетании с 10% метилурациловой мазью в соотношении 2:1. Выявлено, что у детей со II и III степенями тяжести очаги поражения зажили в средние сроки 10 – 12 дней при II и 15 – 18 – при III. В процессе лечения 39 детей у 3-х на 4 день появилось покашливание. Вызванный на консультацию отоларинголог диагностировал ожог надгортанника, и дети были переведены в лор-отделение.

Из 39 детей у 38 наступило выздоровление, только у 1 ребёнка образовались рубцы. В цитограммах у детей со II- III степенями тяжести были резко выражены процессы альтерации СОПР и снижены показатели местного иммунитета, что было учтено при назначении лечения. Сравнить полученные результаты с данными других авторов не представляется возможным, так как подобных исследований мы не встретили.

Выводы

Результаты применения разработанной врачебной тактики показали её эффективность и подчеркнули такие её особенности как инициативность, последовательность, гибкость, необходимость учёта общетоксического действия химических веществ, периодов болезни и степеней тяжести.

ЛИТЕРАТУРА

1. Евдокимов А. И. Руководство по стоматологии детского возраста / А. И. Евдокимов, Т. Ф. Виноградова. – М. : Медицина, 1976. – С. 269–270.
2. Хоменко Л. А. Терапевтическая стоматология детского возраста / Л. А. Хоменко, Ю. Б. Чайковский, А. В. Савичук. – Киев : Книга плюс. – 2007. – С. 669–672.
3. Колесов А. А. Стоматология детского возраста / А. А. Колесов – М. : Медицина, 1985. – С. 255.
4. Рыбаков А. И. Заболевания слизистой оболочки полости рта / А. И. Рыбаков, Г. В. Банченко. – М. : Медицина, 1978. – С. 107.

ЛІКАРСЬКА ТАКТИКА ПРИ ХІМІЧНИХ УРАЖЕННЯХ СЛИЗОВОЇ ОБОЛОНКИ ПОРОЖНИНИ РОТА У ДІТЕЙ

Забишний О.О., Пирогова В.В.

Резюме. На підставі аналізу лікування хімічних уражень слизової оболонки рота у 39 дітей розроблена оптимальна лікарська тактика, яка дозволяє підвищити ефективність терапії і запобігти появі ускладнень.

Ключові слова: лікарська тактика, хімічні ураження, слизова оболонка рота, діти

MEDICAL TACTICS AT CHEMICAL DAMAGES OF THE MUCOUS MEMBRANE OF THE ORAL CAVITY AT CHILDREN

Zabyshniy A.A., Pirogova V.V

Summary. On the basis of the analysis of treatment of chemical damages of a oral mucosa at 39 children the optimum medical tactics was developed that allowed to increase efficiency of treatment and to avoid complications.

Key words: medical tactics, chemical damages, mucous membrane of a mouth, children

Отримано до редакції 27.03.2013 р.

УДК 616.314.9 – 002 – 74 – 053. 2

ПРИМЕНЕНИЕ СВЕТОТВЕРЖДАЕМОГО ПЛОМБИРОВОЧНОГО МАТЕРИАЛА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ СРЕДНЕГО КАРИЕСА МОЛОЧНЫХ ЗУБОВ У ДЕТЕЙ

Зенько Н. А., Журавлёва Л. В., Плыс Т.Д.

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

***Резюме.** Изучены результаты клинических наблюдений и эффективность применения светоотверждаемого пломбировочного материала Twinkystar (VOCO) Германия для лечения среднего кариеса молочных зубов у детей. Полученные данные свидетельствуют о высоком лечебном и профилактическом эффекте в предупреждении развития вторичного кариеса молочных зубов у детей.*

***Ключевые слова:** дети, вторичный кариес, фотокомпозиты, краевое окрашивание, краевая адаптация*

В современной стоматологии выбор среди стоматологических пломбировочных материалов все чаще делается в пользу фотополимерных композитов и компомеров. При этом выбор материалов для временных зубов остается ограниченным из-за токсичности композитов. Компомеры имеют ряд преимуществ в сравнении с другими пломбировочными материалами: меньшая, чем у стеклоиономеров, чувствительность к влаге и высушиванию, достаточная прочность, выделение фтора; хорошая биосовместимость в отличие от фотокомпозитов, сочетаемость с адгезивными системами, не требующими протравливания [2]. Последнее, в свою очередь, позволяет существенно сократить время работы. Невысокая чувствительность компомеров к влаге – еще один плюс в пользу этих материалов при выборе стоматологических пломбировочных материалов для молочных зубов [1]. Однако, уровень выделения фтора компомерами намного ниже, чем у традиционных стеклоиономерных цементов. Однако имеются данные, свидетельствующие о том, что даже низкий уровень выделения фтора обеспечивает ингибирование роста микроорганизмов на поверхности пломбы из компомера. Учитывая ограниченные временные рамки при работе с детьми, сужается круг при выборе пломбировочных материалов [3]. В связи с этим, целью нашей настоящей работы явилось изучение влияния пломб из материала TwinkyStar (VOCO Германия) и его роль в профилактике возникновения вторичного кариеса у детей.

Материал и методы

Объект нашего исследования – 120 детей в возрасте от 5 до 8 лет, которые в течение 3 лет поступали на лечение в клинику кафедры