

ГОУ ВПО Красноярский Государственный Медицинский Университет  
им. В.Ф. Войно-Ясенецкого Росздрава РФ

Кафедра детской стоматологии

УИРС

Тема: Аллергические заболевания слизистой оболочки полости рта  
у детей

Выполнили: студенты 502 группы  
Института Стоматологии Савилова И.Г.,  
Михнова О.А., Белова М.А.

Красноярск - 2008 г.

# Анафилактический шок-

Это общая аллергическая реакция немедленного типа, возникает после введения антигена или через несколько минут.

# Этиология

В качестве антигенов выступают:

- Лекарственные вещества:
- а) анестетики;
- б) антибиотики группы пенициллина и стрептомицина;
- в) витамины группы В;
- г) препараты йода;
- Вакцины;
- Сыворотки;
- Рентгеноконтрастные вещества;
- Пломбировочные материалы.

# Клиническая картина

- Шок у большинства начинается с появления *чувства страха, гиперемии кожи, зуда, шума в ушах, сильной головной боли, боли за грудиной, удушья. АД падает, пульс становится нитевидным, зрачки сужаются, на свет не реагируют, ринорея, сухой надсадный кашель.*

# Клинические варианты анафилактического шока:

- Церебральный - преобладают симптомы психомоторного возбуждения, нарушения сознания, судорог, дыхательной аритмии;
- Абдоминальный - резкие боли в эпигастральной области, расслабление сфинктеров с непроизвольным мочеиспусканием и дефекацией, иногда боли в области сердца;
- Астмоидный - преобладают симптомы, характерные для острой дыхательной недостаточности, которая обусловлена отеком слизистой гортани, бронхоспазмом, отеком легкого с нарушением газообмена ;
- Кардиальный - сильные боли в области сердца, резкое, значительное падение АД, глухие тоны сердца, слабое наполнение пульса, нарушение ритма сердца, спазм или расширение периферических сосудов.

# Неотложная помощь:

- Прекратить введение лекарств или других аллергенов;
- Уложить больного для предупреждения асфиксии, повернуть голову набок, выдвинуть нижнюю челюсть, съемные протезы снять;
- Место введения аллергена инфильтровать смесью 0,1 мл 0,1% раствора адреналина с физ.раствором;
- Внутривенно или внутримышечно вводить раствора адреналина каждые пять минут 0,1 мл 0,1 % на 1 год жизни;
- Эуфеллин 2,4% 0,1-0,5 мл;
- Кордиамин 25% 0,1-1,0 мл, корглюкон 0,06% 0,1-1,0 мл в/в;
- Ввести кортикостероиды 1-2 мг преднизолона на 1 кг массы тела больного, гидрокортизона 4-5 мг на 1 кг веса в/в;
- Ввести антигистаминные препараты: супрастин 0,1мл 2% раствора на 1 год жизни, димедрол 0,1 мл 1% раствора на 1 год жизни в/в;
- Провести при необходимости реанимационные мероприятия: закрытый массаж сердца, ИВЛ, интубацию бронхов, трахеостомию (при отеке гортани).

# Отек Квинке -

- это аллергическая реакция немедленного типа, развивается в ответ на действие пищевых, холодовых, химических и других аллергенов.

# Клиническая картина

- Заболевание начинается остро, внезапно. Локализуется на губах, веках, щеках, языке. Появлению отека может способствовать зуд. Губа увеличивается и хоботообразно выступает, язык увеличивается и не помещается во рту. Отекать могут язычок, мягкое небо, миндалины. Отек развивается в течение нескольких минут или часов и может самостоятельно исчезнуть или сохраняться несколько дней.



При осмотре виден отек тканей бледного цвета или гиперемированный, плотный.



Опасность для жизни представляет отек гортани. Он развивается быстро. Больной беспокоен, дыхание затруднено, развивается афония, цианоз, сменяющийся бледностью. При отсутствии медицинской помощи больной может погибнуть. Только в легких случаях проходит самостоятельно, сохраняется лишь осиплость голоса.

# Лечение:

- Прекратить поступление аллергена;
- Десенсибилизирующая терапия (супрастин 0,1мл 2% раствора на 1 год жизни, димедрол 0,1 мл 1% раствора на 1 год жизни) в/в, атропина сульфат по 0,1-0,5 мл 0,1% раствора внутримышечно;
- При отеке гортани вызвать бригаду скорой помощи, уложить больного, голову пациента слегка запрокинуть. Ввести: адреналин 0,1% раствор 0,1 мл подкожно; преднизолон 1-2 мг на 1 кг веса внутримышечно или внутривенно. При нарастающем удушье - трахеостомия

# Профилактика аллергических реакций немедленного типа:

- Тщательный сбор аллергического анамнеза;
- Проведение аллергических проб;
- Медленное введение всех лекарственных препаратов.

# Многоформная экссудативная эритема -

- Острое заболевание токсико-аллергической или инфекционно – аллергической, развивающееся на фоне выраженной сенсibilизации организма к микробному фактору (стафилококк, стрептококк), не исключается и роль вирусов.

# Разновидностей многоформной экссудативной эритемы:

- Пятнистая;
- Папулезная;
- Пятнисто-папулезная;
- Буллезная;
- Везикулезно-буллезная;
- Везикулезная.

# Клиническая картина

- Заболевание начинается остро, с подъема температуры до 38-39 С, возникает головная боль, боли в суставах, общая слабость. Через несколько дней появляются полиморфные высыпания в виде пятен, папул, волдырей, пузырьков, пузырей.
- Процесс развивается изолированно в полости рта, но чаще поражается кожа и слизистая полости рта.
- Высыпания локализуются на коже тыла кистей, стоп, разгибательных поверхностях предплечий, голени, локтевых и коленных суставов, иногда на коже туловища и лица.



# Клиническая картина

- На слизистой полости рта появляются пузырьки, пузыри с серозным или геморрагическим содержимым, которые быстро лопаются, образуя очень болезненные эрозии, покрытые желтоватым налетом. Эрозии часто инфицируются, появляется неприятный запах изо рта. Присоединение фузоспирохетоза осложняет течение заболевания. На сильно отекающих губах эрозии покрываются плотными корками, окрашенными кровью в коричневый цвет.
- Открывание рта ограничено, затруднены приемы пищи и речь. Чаще поражаются передние участки полости рта. Длительность одного приступа заболевания 2-4 недели, иногда больше, рецидивы в среднем возникают 1-2 раза в год, иногда чаще.
- Тяжесть течения заболевания различна, встречаются и легкие формы без повышения температуры тела, общих изменений, с локальными поражениями полости рта, которые заживают через 5-7 дней.

# Клиническая картина



- Тяжелая степень многоформной эксудативной эритемы, так же проявляющейся помимо полости рта пятнами розового цвета на коже конечностей (кокарды), которые резко увеличиваются, принимая синюшный оттенок.

# Синдром Стивенса-Джонсона -

- Одна из тяжелых форм многоформной экссудативной эритемы, протекающая с выраженными общими симптомами (температура тела  $40^{\circ}\text{C}$ , боли в суставах, возможно возникновение пневмонии, миокардита, менингоэнцефалита).

# Синдром Лайелла

- Тяжелая форма МЭЭ.
- В основе лежит острый повреждающий внутриклеточный процесс, вызванный освобождением в короткий срок большого количества лизосомальных ферментов. На фоне крайне тяжелого состояния у больных образуются обширные пузыри с дряблой морщинистой поверхностью и тонкими стенками, эрозии на всей поверхности кожи напоминают ожог 3 степени. Пузыри легко вскрываются, обнаженные поверхности при этом напоминают “обваренную кожу кипятком”.
- Отмечается выраженная сенсibilизация организма;
- В ранние сроки развивается септический процесс.

# Многоформную экссудативную эритему дифференцируют с:

- Пузырчаткой;
- Герпетическим стоматитом;
- Вторичным сифилисом.

# Лечение:

- Десенсибилизирующая терапия (тавегил, супрастин, димедрол, тиосульфат натрия по 10 мл 30% раствора внутривенно ежедневно 10 дней), прием аскорбиновой кислоты. В тяжелых случаях применяют кортикостероиды (преднизолон, триамцинол), препараты калия, витамины группы В и С, противогрибковые средства, гемодез, полиглюкин.
- Местно применяют обезболивающие препараты в виде аэрозолей, мазей, растворов, антисептические (0,5% раствор фурацилина, 0,02% раствор хлоргексидина), протеолитические ферменты с антибиотиками в виде аппликаций, кортикостероидные мази, содержащие бактерицидные препараты («Дермозолон», триоксазин) в период эпителизации кератопластические средства (солкосерил, мазь и желе, винилин, каротолин и другие).



# Профилактика

- Санация очагов хронической инфекции (тонзиллиты, отиты, периодонтиты и другие);
- Для профилактики рецидивов назначают иммуномодуляторы (левамизол), аутогемотерапию, гемотрансфузии

# Рецидивирующие афты полости рта-

- Хроническое воспалительное заболевание слизистой оболочки полости рта, характеризующееся периодическими ремиссиями и обострениями с высыпанием афт.

# Рецидивирующие афты полости рта



# ЭТИОЛОГИЯ:

## **Придается значение:**

Вирусам, стафилококкам, стрептококкам, нарушению баланса витамина В1 , В12, заболеваниям желудочно-кишечного тракта, печени, иммунодефициту, аллергии и наследственности.

Причины рецидива: переохлаждение, травмы слизистой, прием сильнодействующих медикаментов, обострение общесоматических заболеваний.

# Клиническая картина:

Чувство жжения, покалывания, парестезии;  
На месте будущих элементов появляются пятна гиперемии; Через 1-2 суток появляются афты, в основном одиночные (1-5) диаметром более 3 мм, покрытые серо-желтым налетом. На кожных покровах высыпаний нет. Цикл афты 5 -10 дней, после чего она заживает, но в это время появляются новые высыпания, которые сопровождаются нарушением общего состояния (повышение температуры тела, головная боль); Иногда афта приобретает признаки язвы при присоединении вторичной инфекции.

# Клинические формы симптома рецидивирующих афт полости рта:

- а) *Легкая форма*: рецидивы афт развиваются 1 раз в несколько лет. Афты одиночные, малоболезненные;
- б) *Среднетяжелая форма*: рецидивы афт развиваются ежегодно, чаще несколько раз в год. Афты безболезненные, иногда в различных местах слизистой оболочки, как правило в переднем отделе полости рта. СОПР бледная, отечная;
- в) *Тяжелая форма*: характеризуется единичными или множественными высыпаниями, локализующимися в передних отделах полости рта, а так же на слизистой оболочке твердого, мягкого неба, щеках, дужках миндалин. Рецидивы наблюдаются свыше 4 раз в год, порой ежемесячно или непрерывно.

# Лечение:

- Афту обрабатывают антисептиками (0,02% раствором хлоргексидина), обезболивающими аппликациями, иммуностимуляторами (1% раствор натрия нуклеината, 5% метилурациловая мазь). Для ускорения эпителизации применяют каротолин, винилин и винизоль. Показаны физиотерапевтические процедуры УФО, фонофорез гепарина, облучение лучами гелийнеонового лазера.
- Общее лечение: десенсибилизирующая терапия (тавегил, димедрол, пипольфен). Для восстановления клеточного иммунитета - гистоглобулин, левамизол. При глубоких афтах применяют преднизолон. Больным с нарушенной функцией желудочно-кишечного тракта назначают витамины С, В12, при дефиците железа - ферроплекс.
- Если явления стоматита за 7 дней не исчезают, больного необходимо проконсультировать у терапевта, невропатолога, аллерголога, оториноларинголога. Общее лечение будет назначаться совместно. При тяжелой форме болезни больной должен быть госпитализирован.

# Профилактика:

- Исключение любой микротравмы слизистой оболочки полости рта, установление аллергенов, общеукрепляющая терапия, закаливание организма.

# Список литературы:

- 1. Студеникина М.Я., Балабошкина И.И. Аллергия. Болезни у детей. Рук. Для врачей. Москва "Медицина" (стр.279,287)
- 2.А. Камерон, Р. Уиднер, Справочник по детской стоматологии. Москва "МЕДпресс-информ" 2003г.(стр.103)
- 3.Давыдов Б.И. Стоматологические заболевания у детей. Тверь 2000г. РИЦ ТГМА (стр.54)
- 4. Соловьева А. М. Лекарственные средства, применяемые в стоматологии: Справочник. - Санкт-Петербург: ИКФ «Фолиант», 1995.
- 5. <http://www.32zubika.ru>
- 6. <http://ru.wikipedia.org>

Спасибо за внимание!!!



mary-land.ru