



ФГБОУ ВО ДонГМУ Минздрава России

Проявления аллергических заболеваний в клинике детской стоматологии

к.мед.н., доцент кафедры стоматологии детского возраста
Дегтяренко Елена Васильевна,

к.мед.н., доцент кафедры стоматологии детского возраста
Ермакова Ирина Дмитриевна,

д.мед.н., профессор, зав. кафедрой педиатрии № 3
Дубовая Анна Валериевна

Донецк, 2024 г.

Актуальность

- Аллергические заболевания (АЗ) являются актуальной проблемой медицины. Данные эпидемиологических исследований свидетельствуют, что 25% детей и подростков страдают различными аллергическими заболеваниями (Балаболкин И.И., 2012). При этом число больных бронхиальной астмой, поллинозом, аллергическим риноконъюнктивитом, крапивницей, отеком Квинке, атопическим дерматитом, пищевой аллергией и другими АЗ неуклонно растет. Поэтому проблемы аллергии привлекают все более пристальное внимание врачей разных специальностей.

- Цель: проанализировать клинические проявления АЗ в клинике детской стоматологии.



- Материал и методы: данные собственных клинических наблюдений пациентов, обратившихся в клинику детской стоматологии с проявлениями АЗ.

Многоформная экссудативная эритема (МЭЭ)

- Острое заболевание, которое проявляется полиморфизмом высыпаний на слизистой оболочке полости рта (СОПР) и коже.
- Развивается по типу иммунокомплексной аллергической реакции (3 тип).
- Одновременное поражение кожи + поражение СОПР и красной каймы губ (ККГ) около 59% пациентов.
- Изолированное поражение СОПР и ККГ – до 32% пациентов.
- Машкиллейсон Л.Н., Шеклаков Н.Д. (2004)

МЭЭ: формы

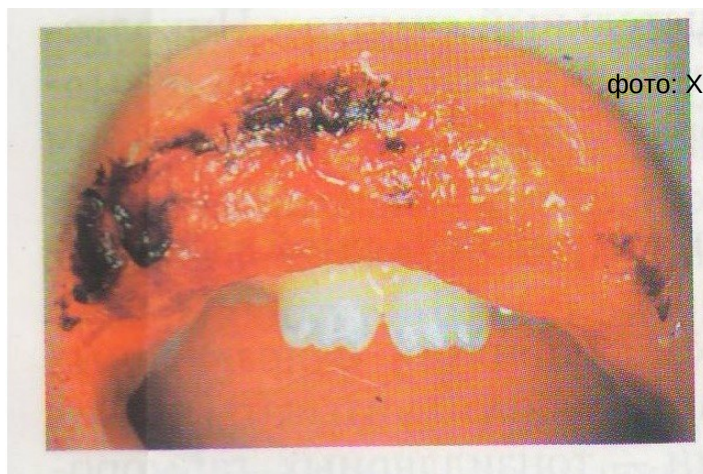
Инфекционно-аллергическая форма МЭЭ	Токсико-аллергическая форма МЭЭ
Сенсибилизация к ряду бактерий (стрептококки, стафилококки и др.) и к вирусам. Источник сенсибилизации очаги хронической инфекции.	Этиологический факторы: медикаментозные средства (антибиотики, нестероидные противовоспалительные средства и др.) или бытовые аллергены.
Провоцирует начало заболевания или его рецидив переохлаждение, обострение хронических соматических заболеваний (тонзиллит, бронхит и др.), травмы слизистой оболочки.	Провоцирует контакт с аллергеном.
Рецидивы в осенне-весенний период.	Отсутствие сезонности.
У 93% детей.	У 7% детей.

МЭЭ: клинические проявления

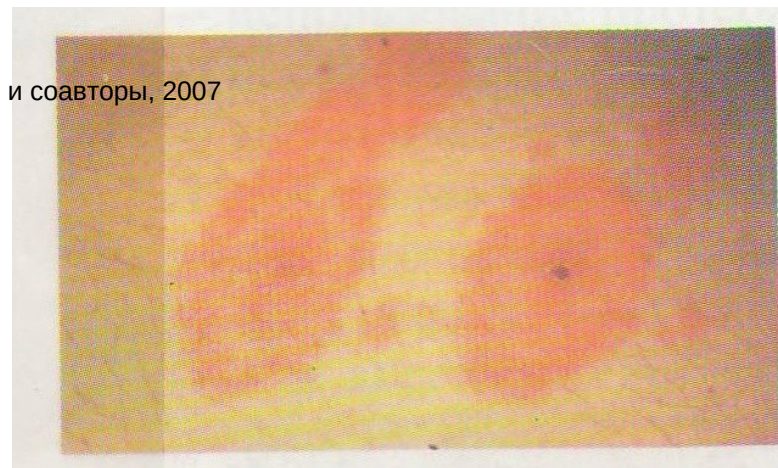
- Повышение температуры тела до 39-40 С.
- Вначале на СОПР чаще в передних отделах (губы, щеки, язык, мягкое небо) появляется отек и гиперемия.
- Через 1-2 дня на этом фоне возникают субэпителиальные пузыри, которые вскрываются с образованием резко болезненных эрозий.
- Эрозии в полости рта могут сливаться в сплошные эрозивные очаги, покрытые фибринозным серовато-желтым налетом.
- Симптом Никольского отрицательный.
- Эрозии на ККГ покрываются массивными кровянистыми корками.

МЭЭ: клинические проявления

- На коже: резко ограниченные пятна (диаметром 1-5 см) и папулы. Папулы возвышаются над окружающими тканями, а центральная их часть в последствии слегка западает и приобретает синюшный оттенок, в тоже время периферическая часть сохраняет розово-красный цвет («кокарды»). В центральной части может возникать субэпидермальный пузырь.
- Локализация высыпаний: кожа тыльных поверхностей кистей и стоп, разгибательных поверхностей предплечий, голени локтевых и коленных суставов, реже ладоней и стоп.



Многоформная эксудативная эритема: эрозии и корки на верхней губе



Многоформная эксудативная эритема: «кокарды» на коже

Герпесассоциированная МЭЭ: анализ клинического случая

- В клинику детской стоматологии обратились родители с ребенком 9 лет, предъявлявшие жалобы на болезненные язвы во рту.
- Из анамнеза: 5 дней назад у пациента повысилась температура до 38° С, появились характерные для герпеса пузырьковые высыпания на красной кайме нижней губы. Появились гиперемия, отек и кровоточивость десен, в полости рта на слизистой языка и щек – небольшого размера «язвочки». 3 дня назад состояние резко ухудшилось. На коже появилась сыпь. В полости рта элементы поражения увеличились в размерах, присоединился зловонный запах изо рта, губы покрылись массивными кровянистыми корками.

Герпесассоциированная МЭЭ

- Из анамнеза: ранее пациент неоднократно получал лечение по поводу рецидивирующего герпетического стоматита (последний рецидив наблюдался 3 месяца назад).
- При объективном обследовании: состояние средней степени тяжести, температура $37,5^{\circ}$ С, ребенок вялый, кожа бледная.
- На коже разгибательных поверхностей конечностей и лица определялись синевато-красные папулы диаметром до 2 см, часть папул в центре имели западения, в части очагов в центре формировались пузырьки.
- На ККГ выявлялись обширные эрозированные поверхности и массивные геморрагические корки. Открывание рта болезненное.

Герпесассоциированная МЭЭ

- В полости рта определялся генерализованный катаральный гингивит с участками изъязвлений в дистальных отделах полости рта. На слизистой щек, губ, языка сливающиеся эрозированные поверхности диаметром 1-2 см. Симптом Никольского отрицательный. Гигиеническое состояние полости рта плохое, зубы покрыты мягким зубным налетом.
- Нами был выставлен предварительный **диагноз «герпесассоциированная МЭЭ»** на основании следующих клинических данных: наличие типичных проявлений МЭЭ с диаметром элементов поражения до 2 см, развившихся в сроки от 12 ч до 12 дней от начала рецидива герпетической инфекции, имеющей классические признаки.

Герпесассоциированная МЭЭ

- В клиническом анализе крови: эозинофилия. Серологические тесты подтвердили наличие в крови герпетических Ig M и Ig G. В результате анализа клинических и лабораторных данных был выставлен **окончательный диагноз: герпесассоциированная многоформная экссудативная эритема.**
- Пациенту по согласованию с педиатром было назначено общее лечение: 10-дневный курс ацикловира в таблетках (1000 мг/сут), преднизолон 1 мг/кг внутримышечно в течение 3 дней с последующим уменьшением дозы, «Зодак» по 5 мг (10 капель) 2 раза в сутки – 2 недели, «Энтеросгель» 15 г (1 столовая ложка) 3 раза в сутки – 2 недели.

Герпесассоциированная МЭЭ

- Гигиенический уход за полостью рта осуществлялся пенкой «Сплат».
- С целью антисептической обработки ротовой полости использовался раствор «Мирамистина»: полоскание ротовой полости 10-15 мл препарата 3-4 раза в сутки. В качестве обезболивающего и противовоспалительного средства местно на участки поражения в полости рта наносился «Холисал-гель».
- ККГ обрабатывалась поочередно гидрокортизоновой мазью 2-3 раза в сутки в течение 7 дней и мазью «Бепантен» до полной эпителизации. На 14 сутки участки поражения во рту полностью эпителизировались.

Герпесассоциированная МЭЭ

- Гигиенический уход за полостью рта осуществлялся пенкой «Сплат». С целью антисептической обработки ротовой полости использовался раствор «Мирамистина»: полоскание ротовой полости 10-15 мл препарата 3-4 раза в сутки. В качестве обезболивающего и противовоспалительного средства местно на участки поражения в полости рта наносился «Холисал-гель». ККГ обрабатывалась поочередно гидрокортизоновой мазью 2-3 раза в сутки в течение 7 дней и мазью «Бепантен» до полной эпителизации. На 14 сутки участки поражения во рту полностью эпителизовались.
- Совместно с педиатром после клинического выздоровления от герпесассоциированной МЭЭ пациенту для лечения и профилактики рецидива герпетической инфекции был назначен «Протефлазид» по 10 капель 2 раза в сутки в течение 3 месяцев. Пациент весь курс находился под наблюдением. В течение этого времени и в последующие полгода рецидива не наблюдалось.

Хронический рецидивирующий афтозный стоматит (ХРАС)

- Этиопатогенетическое значение имеет аллергия, в качестве аллергенов могут выступать L-формы стафилококка, стрептококки, протей, кишечная палочка, аденовирусы, др. вирусы, медикаментозные препараты, продукты питания и др.
- Обоснованной является версия об аутоиммунном механизме развития ХРАС (Савичук А.В., 2004).
- Играет роль перекрестная иммунная реакция, возникающая вследствие дисбактериоза пищеварительного тракта.
- Элемент поражения – болезненная афта округлой или овальной формы с ярко гиперемированным ободком, диаметром 0,5-1 см. Дно афты покрыто серо-белым или желто-серым фибринозным налетом. Локализация афт: СО губ, переходных складок, уздечек, боковой поверхности языка, подъязычной области

ХРАС: собственные исследования

- У 8 из 123 пациентов ($6,50 \pm 2,22$ %) 1-11 лет с атопическим дерматитом нами был диагностирован ХРАС. Среди соматически здоровых детей ни при объективном обследовании, ни при выяснении данных анамнеза случаев ХРАС зафиксировано не было.
- У 7-летних детей с атопическим дерматитом ХРАС зафиксирован в 3 случаях – $37,50 \pm 17,12\%$, у 8 летних также в 3 случаях – $37,50 \pm 17,12\%$ и у 2 детей 10 лет ($25,00 \pm 15,31\%$). У всех обследованных детей с атопическим дерматитом и афтозным стоматитом были выявлены гиперчувствительность к пищевым аллергенам и патология органов ЖКТ.

ХРАС: собственные исследования

- Все случаи ХРАС были зафиксированы у пациентов с тяжелой и средней степенью тяжести атопического дерматита.
- У большинства обследованных пациентов с атопическим дерматитом была диагностирована фибринозная форма ХРАС. У детей выявлялась единичная болезненная афта округлой формы диаметром 5-6 мм на гиперемизированном и инфильтрированном основании, покрытая фибринозным налётом. Афты локализовались преимущественно в области переходных складок нижней (фото) и верхней челюстей. Рецидивы афт возникали у этих пациентов 1-3 раза в год, что дает возможность поставить диагноз среднетяжелой формы ХРАС.



Атопический хейлит

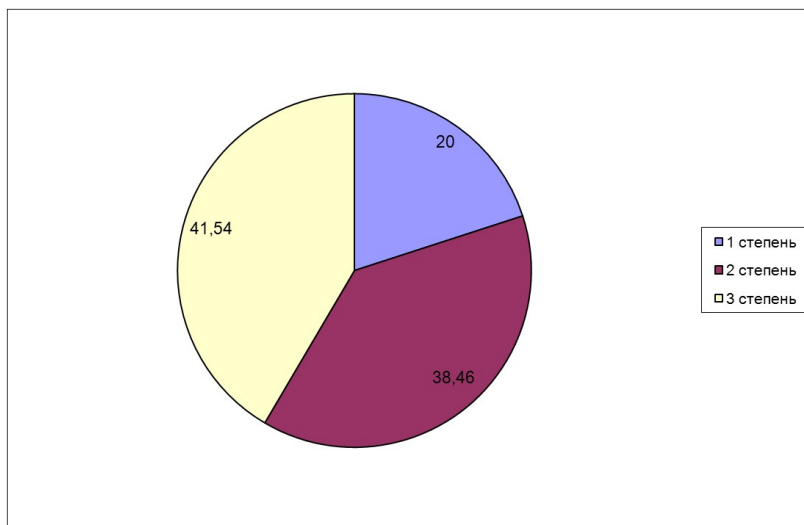
- Согласно Международной классификации болезней X пересмотра (1992), **атопический хейлит (АтХ)** не является самостоятельной нозологической формой и рассматривается как симптом атопического дерматита.

(Торопова Н.П. с соавт., 2010)

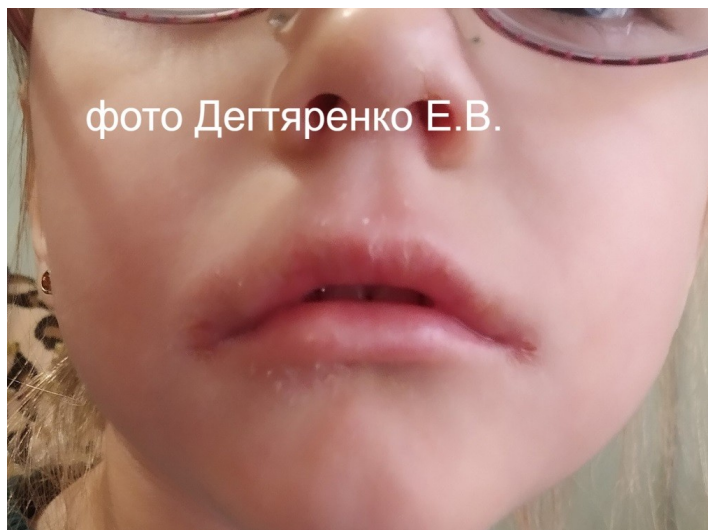
Нами диагностирован **атопический хейлит** у 65 детей (**52,85%**) из 123 обследованных с диагнозом атопический дерматит. Симптомы хейлита чаще всего нами отмечались у детей в возрасте **от 5 до 8 лет**. На эту возрастную группу детей приходилось **72,3%** случаев диагностированного АтХ.

Клиническая картина АТХ

- Характеризуется вовлечением в патологический процесс красной каймы губ и непременным поражением кожи периоральной части губ, наиболее интенсивным в области углов рта, что проявляется в виде ее инфильтрации и лихенификации. Процесс не переходит на слизистую оболочку.
- **Жалобы:** периоральный зуд различной интенсивности, гиперемия, сухость и стянутость губ, шелушение, трещины, боль при еде или разговоре. Широкое открывание рта приводит к разрыву трещин, их кровоточивости. По мере стихания острых явлений воспаления на коже и слизистой оболочке губ остаются лихенизация и шелушение. Инфильтрация и сухость в углах рта приводят к образованию трещин. Также трещины (глубокие или микротрещины) возникают в области наружной части ККГ и в зоне Клейна. Регенерируют трещины медленно.



Распределение числа случаев диагностированного нами АТХ по степени тяжести (в %, n=65)



Атопический хейлит у девочки 5 лет

АТХ может **осложняться** стрептодермией, кандидозом, герпетической инфекцией или развитием аллергического дерматита.

Выводы

- Аллергические заболевания крайне распространенная проблема.
- В детскую стоматологию обращаются пациенты с клиническими проявлениями аллергических заболеваний в полости рта.
- Наиболее тяжелой патологией является многоформная экссудативная эритема.
- Достаточно часто пациенты обращаются с хроническим рецидивирующим афтозным стоматитом.
- Распространенной аллергической патологией является атопический дерматит, клиническим проявлением которого в челюстно-лицевой области является атопический хейлит.