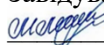


МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ  
ВІННИЦЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ  
ІМ. М.І.ПІРОГОВА

«ЗАТВЕРДЖЕНО»

На методичній нараді кафедри  
терапевтичної стоматології ВНМУ  
ім. М.І. Пирогова  
Завідувач кафедри професор ЗВО  
 Марія ШІНКАРУК-ДИКОВИЦЬКА  
«28» серпня 2023р.  
Протокол №1

МЕТОДИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ  
для викладачів та самостійної роботи лікарів – інтернів

Навчальна дисципліна	ОК 31 Терапевтична стоматологія
Тема заняття № 45	Види алергічних реакцій та їх прояви у щелепно-лицевій ділянці. Надання екстреної допомоги.
Курс	інтернатура
Факультет	стоматологічний
Укладач	Доцент ЗВО Олена МУНТЯН

## Тема № 45.

Види алергічних реакцій та їх прояви у щелепно-лицевій ділянці. Надання екстреної допомоги.

**Мета заняття:** Вивчити клініку, методи діагностики і способи лікування захворювань слизової оболонки при анафілактичному шоці, набряку Квінке та алергічних медикаментозних стоматитів.

**Завдання на формування і перевірку вихідного рівня знань.**

1. Елементи ураження на шкірі і слизовій оболонці порожнини рота.
2. Методи обстеження хворих з патологією СОПР.
3. Механізм дії гормональних засобів, вітамінів, антигістамінних препаратів.

**Завдання для контролю вихідного рівня знань:**

Питання	Рівень	Еталони відповідей
Види алергенів	I	1. лікарські препарати; 2. харчові; 3. вакцини; 4. сироватки 5. побутові 6. рослинного і тваринного походження
Перерахувати алергологічні методи обстеження хворих із захворюваннями слизової оболонки	I	1. аплікаційна проба; 2. краплинна; 3. скарифікаційна; 4. внутрішньошкірна; 5. мукозна 6. клітинні тести

**Питання, які підлягають вивченню на занятті:**

1. Класифікація алергічних реакцій.
2. Етіологія, патогенез набряку Квінке, анафілактичного шоку.
3. Клініка анафілактичного шоку, набряку Квінке.
5. Провести диференціальну діагностику зі схожими захворюваннями.
6. Лікування анафілактичного шоку та набряку Квінке.

**Література:**

*Основна:*

1. *Лекції з терапевтичної стоматології.*
2. *Матеріали лекцій кафедр гістології, фізіології і патологічної анатомії.*
3. *За захворювання слизової оболонки порожнини рота / М.Ф. Данилевський, А.В. Борисенко, М.Ю. Антоненко, Л.Ф. Сідельнікова, О.Ф. Несин, Ж.І. Рахний. – «Медицина», М., 2010. – 640 с.*

*Додаткова:*

1. *Цветкова Л. А. Заболевание слизистой оболочки рта и губ : учебное пособие / Арутюнов С. Д., Цветкова Л. А., Петрова Л. В. – М. : МЕДпресс-информ, 2009. – 208 с.*
2. *Барер Г.М., Волков Е.А., Гемонов В.В. Терапевтическая стоматология. Часть 3. Заболевания слизистой оболочки полости рта / под ред. проф. Г.М. Барера. – «ГЭОТАР-Медиа», М., 2006. – 286 с.*
3. *Луцкая И.К. Заболевания слизистой оболочки полости рта Медицинская литература, М., 2006. – 288с.*

### СХЕМА ООД ПО ТЕМІ: «ДІАГНОСТИКА АНАФІЛАКТИЧНОГО ШОКУ»

<i>Порядок обстеження</i>	<i>Виявленні симптоми</i>	<i>Патогенетичне обґрунтування симптомів</i>
<p><i>Скарги хворого</i></p> <p><i>легкий шок</i></p> <p><i>середньої тяжкості шок</i></p> <p><i>важкий шок</i></p>	<p>Запаморочення, неприємні відчуття в різних частинах тіла, свербіння</p> <p>Слабкість, запаморочення, утруднене ковтання, здавлення грудної клітки</p> <p>Не може пред'явити внаслідок коматозного стану</p>	<p>В результаті взаємодії комплексу антиген-антитіло з клітинами - ефекторами відбувається виділення великої кількості медіаторів. Внаслідок цього - порушення дихання, серцево-судинної системи: зниження артеріального тиску і температури тіла, згортання крові, розлад функції центральної нервової системи, спазм гладком'язових органів</p>
<i>Початок, перебіг захворювання</i>	Гострий	При неправильному виборі методу і тактики лікування порушується обмін речовин в клітинах, органах і тканинах в результаті гіпоксії. Розвиваються необоротні зміни.
<i>Перенесені і супутні захворювання</i>	Серцево-судинні і ендокринні, хронічні захворювання шлунково-кишкового тракту, легень	Зниження резистентності організму, осередки хронічної інфекції сприяють підвищенню сенсибілізації організму до алергенів різної природи
<i>Алергологічний статус</i>	Бронхіальна астма, алергічні реакції на лікарські препарати і ін.	Алергічний фон сприяє розвитку даної патології
<i>Огляд</i>	Гіперемія шкірних покривів, яка змінилася блідістю, гіпотонія, тахікардія. Зміна гіперемії шкіри блідістю, холодний піт, різке падіння артеріального тиску, тахікардія, непритомний стан. Колапс і коматозний стан, втрата свідомості, прострація, порушення ритму дихання, мимовільна дефекація і сечовипускання.	Медіатори алергії (гістамін, серотонін, ацетилхолін, брадикінін, гепарин і ін.), які виділилися, впливають на серцево-судинну і дихальну системи

**СХЕМА ООД ПО ТЕМІ: «ДИФЕРЕНЦІАЛЬНА ДІАГНОСТИКА АНАФІЛАКТИЧНОГО ШОКУ»**

<i>Захворювання</i>	<i>Загальні клінічні ознаки</i>	<i>Відмітні ознаки</i>
<i>Непритомність</i>	Запаморочення, блідість шкірних покривів, холодний піт. Втрата свідомості, прострація, розширення зіниць, поверхневе дихання. Зниження систолічного артеріального тиску	Короткочасна втрата свідомості, прострація (від 5с до 1 хв.) як наслідок ішемія головного мозку. Шум у вухах, оніміння язика, губ. При глибокій непритомності можливі судоми. Свідомість відновлюється швидко.
<i>Гостра серцево-судинна недостатність</i>	Запаморочення, блідість шкірних покривів, озноб, різке зниження артеріального тиску, пульс слабкого наповнення, прискорене поверхневе дихання	Хворі зберігають свідомість, але мляво реагують на оточуючі їх події.
<i>Гострий інфаркт міокарду</i>	Блідість шкірних покривів, холодний рясний піт, ціаноз губ. Брадикардія, зниження артеріального тиску. Дихання поверхневе. Порушення свідомості.	Інтенсивний біль у ділянці серця, за грудиною з іррадіацією в ліву руку, плече, шию і навіть в нижню щелепу. При абдомінальній або гастралгічній формі, біль в надчеревній ділянці
<i>Колапс</i>	Виразена блідість шкірних покривів, запаморочення, різке зниження артеріального тиску, часте поверхневе дихання	Периферичні вени запустівають, їх стінки спадаються внаслідок різкого падіння судинного тиску. Хворі зберігають свідомість, але мляво реагують на те, що оточує.

**СХЕМА ООД ПО ТЕМІ: «ЛІКУВАННЯ АНАФІЛАКТИЧНОГО ШОКУ»**

<i>Етапи лікування</i>	<i>Засоби лікування</i>	<i>Спосіб застосування</i>	<i>Мета використання</i>	<i>Механізм дії</i>
<i>Загальне лікування залежить від важкості стану</i>		Відміна лікарського препарату, який викликав анафілактичний шок		Зменшити викид медіаторів анафілаксії
<i>Судинозвужувальна терапія</i>	0,1% р-р адреналіну гідрохлориду 1 мл 0,2% р-ну норадреналіну гідротартрата на 5% розчині глюкози або ізотонічному розчині хлориду натрію, 5% р-н ефедрину гідрохлориду	0,5-1 мл в/в краплинно 1 мл в/в краплинно 0,4-1 мл в/в струменно	Судинозвужувальний ефект. Збудлива дія на ЦНС, підвищення збудливості дихального центру	Впливає на $\alpha$ -адренорецептори, стимулює дію В1-рецепторів серця, підвищує тонус блукаючого нерва. Стимулює $\alpha$ і $\beta$ адренорецептори. Викликає звуження судин, підвищує артеріальний тиск
	0,5 мл 1% р-ну мезатона на 40 мл 5-40% р-ну глюкози або ізотонічного розчину хлориду натрію	В/в поволі	Усунути вазоділятацію	Стимулює $\alpha$ -адренорецептори, слабо впливає на $\beta$ -адренорецептори серця, підвищує тонус судин, артеріальний тиск
	2,4% розчину еуфіліліна 0,05% розчину изадрина	В/в 0,5-1 мл в/в	Усунути гостру серцеву недостатність. Усунути гостру дихальну недостатність	Стимулює $\alpha$ -адренорецептори, має сильний бронхорозширюючий ефект викликає почастішання і посилення скорочень серця

Десенсибілізуюча терапія	Хлоропірамін (2% р-н супрастину). Клемастин (0,1% р-н тавегілу). Діфенгідрамін (1% р-н димедрола). Преднізолон 60-120 мг на 250-500 мл ізотоничного р-ну хлориду натрію, 5% р-н глюкози або поліглюкін. Дексазон або дексаметазон 8-16 мг на 250-500 мл ізотоничного р-ну хлориду натрію, 5% розчину глюкози або поліглюкіну	2мл в/в  2мл в/в  2-4мл в/в	Антигістамінна дія	Блокада Н-гістамінових рецепторів на мішенях клітин. Зменшення проникності капілярів, набряку
Протизапальна терапія		В/в спочатку струменевий, потім краплинно	Усунути запалення, зменшити ексудацію	Протизапальна, антиалергічна і десенсибілізуюча дія, знижує проникність судин
Дегідратційна терапія	Етакринова кислота (урегіт) 50-100 мг на ізотонічному розчині хлориду натрію або 5% р-ні глюкози. Фуросемід (лазикс) 1 % розчин 2 мл в/в		Зменшити вміст рідини в тканинах	Гальмування реабсорбції іонів натрію і калія в ниркових каналцях, зменшення реабсорбції води

#### СХЕМА ООД ПО ТЕМІ: «ДІАГНОСТИКА МЕДИКАМЕНТОЗНОЇ АЛЕРГІЇ СОПР»

Порядок обстеження	Виявленні симптоми	Патогенетичне обґрунтування симптомів
Скарги хворого Легка алергічна реакція  При середній формі алергічної реакції  при важкій формі алергічної реакції	Почервоніння СОПР. Свербіж, печіння, сухість, біль при прийомі їжі.  Кровоточивість ясен, тривалий біль при прийомі їжі, в спокої, при розмові, слабкість, субфібрилітет. Слабкість, підвищення температури тіла, головний біль, запах з рота, гіперсалівція, біль при прийомі їжі.	Подразнення чутливих нервових закінчень медіаторами запалення, токсинами.
Анамнез. Початок захворювання	Клінічні симптоми проявляються через декілька днів після контакту з алергеном. Рецидиви внаслідок повторного прийому лікарських препаратів, застосування косметичних та гігієнічних засобів	Присутність імунних компонентів, постійна сенсibilізація організму.  Зниження резистентності організму, посилення сенсibilізації
Перенесені і супутні захворювання	Несанована порожнина рота, ендокринна патологія, хронічні захворювання ЛОР-органів, шлунково-кишкового тракту	Зниження резистентності організму, осередки хронічної інфекції сприяють підвищенню сенсibilізації організму до алергенів різної природи

<p><i>Алергологічний статус</i></p> <p><i>Професійні шкідливості</i></p>	<p>Бронхіальна астма, екзема, вазомоторні реніти, кон'юктивити алергічного походження</p> <p>Тривалий виробничий контакт з антибіотиками, сульфаніламідними препаратами, лаками, красками</p>	<p>Алергійний фон створює умови для розвитку даної патології</p> <p>Сприяє сенсibiliзації організму</p>
<p><i>Огляд загальний</i></p>	<p>Піднижньощелепні лімфатичні вузли збільшені, болісні, не спаяні з підлеглими тканинами</p> <p>На червоній каймі губ на фоні набряку і гіперемії товсті кров'янисті кірки, тріщини</p>	<p>Наслідок дії токсинів вторинної інфекції, проліферація лімфоїдних клітин, посилення захисної реакції</p> <p>Підвищення проникності капілярів, периваскулярний тканинний набряк, гіперемія</p>
<p><i>Огляд порожнини рота</i></p> <p><i>Легка алергічна реакція</i></p> <p><i>При середній формі алергічної реакції</i></p> <p><i>при важкій формі алергічної реакції контактний алергічний стоматит</i></p>	<p>Гіперемія, набряк СОПР, множинні геморагії. Спинка язика яскраво-червоного кольору, явища десквамації епітелію, атрофія ниткоподібних сосочків</p> <p>На фоні набряклої гіперемованої СО ерозії з фібринозним нальотом</p> <p>Гіперемія, набряк, некроз СОПР.</p> <p>На місці контакту з алергеном набряк, ерітема, геморагії, мілкі пухирі, точкові ерозії</p>	<p>Медіатори алергії (гістамін, серотонін, ацетилхолін, брадикінін, гепарин і ін.), які виділилися, впливають на серцево-судинну і дихальну системи</p> <p>Виділення біо-активних речовин, які пошкоджують епітелій капілярів. Підвищення проникності стінок капілярів сприяє розвитку тканинного набряку</p> <p>Порушення цілостності епітелію, внаслідок виділення медіаторів запалення, біо-активних речовин, які пошкоджують клітини епітелію</p>

<p><b>Додаткові методи обстеження</b></p> <p>Загальний клінічний аналіз крові</p>	<p>Лейкоцитоз, зсув формули крові вліво, збільшення еозинофілів, підвищення ШОЕ</p>	<p>Захисна реакція організму на наявність - активної речовини антигенного походження</p>
<p><i>Гістамінова проба</i></p>	<p>Позитивна, папула більш 5 мм</p>	<p>Збільшення вмісту гістаміну в крові</p>
<p><i>Реакція лейкоцитолізу</i></p>	<p>Деформація 25-34% нейтрофілів – позитивна, 35% - негативна</p>	<p>Руйнівна дія медіаторів на нейтрофіли</p>

**СХЕМА ООД ПО ТЕМІ: «ЗАГАЛЬНОГО ЛІКУВАННЯ МЕДИКАМЕНТОЗНОЇ АЛЕРГІЇ СОПР»**

<i>Етапи лікування</i>	<i>Засоби лікування</i>	<i>Спосіб застосування</i>	<i>Мета використання</i>	<i>Механізм дії</i>
<i>Загальне лікування залежить від важкості стану</i>		Відміна лікарського препарату, який викликав алергічну реакцію		Зменшити викид медіаторів алергічної реакції
<i>Десенсибілізуюча терапія</i>	Хлоропірамін (2% р-н супрастину). Клемастин (0,1% р-н тавегілу). Діфенгідрамін (1% р-н димедрола). Преднізолон 60-120 мг на 250-500 мл ізотонічного р-ну хлориду натрію, 5% р-н глюкози або поліглюкін. Дексазон або дексаметазон 8-16 мг на 250-500 мл ізотонічного р-ну хлориду натрію, 5% розчину глюкози або поліглюкіну	2мл в/в  2мл в/в  2-4мл в/в	Антигістамінна дія	Блокада Н-гістамінових рецепторів на мішенях клітин. Зменшення проникності капілярів, набряку
<i>Протизапальна терапія</i>	Преднізолон 60-120 мг на 250- 500 мл розчину хлориду натрію чи 5% глюкози	В/в крапельно	Усунути запалення, зменшити ексудацію	Протизапальна, антиалергічна і десенсибілізуюча дія, знижує проникність судин
<i>Дегідратаційна терапія</i>	Етакринова кислота (урегіт) 50-100 мг на ізотонічному розчині хлориду натрію або 5% р-ні глюкози. Фуросемід (лазикс) 1 % розчин 2 мл в/в		Зменшити вміст рідини в тканинах	Гальмування реабсорбції іонів натрію і калія в ниркових каналцях, зменшення реабсорбції води
<i>Дезінтоксикаційна терапія</i>	Тіосульфат натрію 30% розчин	10 мл в/в, 10 інжекцій	Усунути інтоксикацію, запалення  Підвищити резис-	Антитоксична, протизапальна, десенсибілізуюча дія

<i>корекція місцевого імунітету</i>	Імудон	По 2 таб. 3 рази в день, 20 днів	тентність СОПР	Стимулює клітинний і гуморальний імунитет
<i>Вітамінотерапія</i>	Вітамін С 0,05г Аскорутін 0,1г	По 1 таб. 3 рази на день	Підвищення резистентності організму, покращення обмінних процесів	Віт С приймає участь у окисно-відновних процесах, покращує регенерацію тканин, синтез колагену, знижує проникність капілярів

### СХЕМА ООД ПО ТЕМІ: «МІСЦЕВОГО ЛІКУВАННЯ МЕДИКАМЕНТОЗНОЇ АЛЕРГІЇ СОПР»

<i>Етапи лікування</i>	<i>Засоби лікування</i>	<i>Спосіб застосування</i>	<i>Мета використання</i>	<i>Механізм дії</i>
<i>Знеболення</i>	Димедрол 1% розчин 1 мл на 100-200 мл води  Супрастин 2% 1 мл на ½ стакана води Лідокаїн 1-2% розчин Аерозолі Xilostesin, Anestesisin-sprey	Ротові ванночки  Аплікації  Аплікації Розпилення	Здійснює місцево-анестезувальну дію, знижує проникність капілярів. Діючи на закінчення чутливих нервів, препарати запобігають генерації і проведенню збудження. Усувають біль	Зменшити викид медіаторів алергічної реакції
<i>Антисептична обробка</i>	Перекись водню 1% розчин Перманганат калію 1% розчин по 30-40 крап. на стакан води Хлоргекседин 0,06% розчин 30 мл, корсоділ 30 мл, стома фіт	Ротові ванночки  Обробка ділянок ураження Ротові ванночки  Аплікації	Усунути або послабити дію вторинної мікрофлори	Здійснюють антибактеріальну і протизапальну дію. Збільшують вміст лізоциму в ротовій рідині що сприяє підвищенню місцевого імунітета
<i>Ензимотерапія</i>	Трипсин, хемотрипсин кристалічні розчинюють в ізотонічному розчині хлориду натрію	Аплікації	Розм'якшити некротизовані маси, інактивувати деякі бактеріальні токсини	Посилюють дію інших медикаментів на мікрофлору, стимулюють фагоцитоз, здійснюють протизапальну і проти набрякову дію
<i>Протизапальна терапія</i>	мундізал гель, холісал гель, метрогіл-Дента.  Глюкокортекостерої-	Аплікації	Прискорити епітелізацію	



Епітелізуюча терапія	<p>дні мазі: преднізолонів 0,5%, гідрокортизона 1%, флуцінари, лорінден С</p> <p>Масляний розчин вітамінів А, Е, масло шиповника, обліпихи, каратолін, солкосерил (желе, мазь)</p>	Аплікації по 15 хв.	Усунуте запалення	<p>Протизапальна, антиалергічна, десенсибілізуюча дія, знижують проникність судин, пригнічує всі фази алергічної реакції.</p> <p>Підвищують обмінні та регенеративні процеси в СОПР.</p>
----------------------	--	---------------------	-------------------	--

### **Короткий зміст теми:**

#### **Етіологія.**

Алергени: екзоалергени, ендоалергени (аутоалергени)

Екзоалергени: інфекційні, неінфекційні.

Інфекційні: бактеріальні, грибові, вірусні і ін.

Неінфекційні: побутові (пил), епідермальні (шерсть тварин), лікарські (гаптен), медикаментозні (амальгама, композити, пластмаси), харчові, промислові і ін.

Ендоалергени – нормальні тканини організму, які за певних умов набувають антигенних властивостей.

Клінічні прояви алергії не мають специфічних рис, не залежать від природи і кількості алергену, що вводиться: від гіперемії і набряку до миттєвої загибелі.

Класифікація алергічних реакцій Cooke (1930)

1. Алергічна реакція негайного типу (анафілактичний шок, набряк Квінке)
2. Алергічна реакція сповільненого типу (токсико-алергічні і медикаментозні стоматити, контактний алергічний стоматит, ХРАС, БЕЕ)

#### **Патогенез.**

У патогенезі будь-якої алергічної реакції А.Д. Адо виділяє 3 стадії:

1. *імунологічна* – при реакції негайного типу відбуваються зміни в імунній системі після попадання антигена (вироблення гуморальних антитіл – (В-лімфоцити), які розподіляються в організмі, входять в тканини і секрети і фіксуються на тканинних базофілах, епітелії); при повторному введенні АГ утворюється комплекс АГ-АТ, який активує клітину. При реакції сповільненого типу відбуваються клітинні реакції Т-лімфоцитів, які мають рецептори до АГ і фіксують їх на своїй поверхні; при повторному введенні АГ відбувається активація Т-лімфоцита.

2. *патохімічна* – при реакції негайного типу після активації клітини, на якій фіксований комплекс АГ-АТ, відбувається утворення БАР з розвитком наступних процесів: активація системи комплемента, чинника Хагемана, протеолітичних ферментів, дегрануляція базофілів (вивільнення гістаміну, серотоніну, МРС, гепарину, чинника хемотаксису еозинофілів і ін.), утворення простагландинів, накопичення продуктів розпаду клітин, розпад лейкоцитів і вивільнення лізосомальних ферментів-гідролаз. При реакції сповільненого типу активовані Т-лімфоцити виділяють лімфокіни БАР, які надають різну дію: цитотоксичне, стимулююче бластогенний ефект і ін.

3. *патофізіологічна* – характеризується клінічними проявами реакцій.

#### **Класифікація алергічних реакцій Джелла-Кумбса**

1. Анафілактичні (реагінові) реакції. При взаємодії з АГ відбувається накопичення АТ – IgE і невелика кількість IgG. IgE осідають на тканинних базофілах (вони мають до 121 рецептора до IgE) і відбувається сенсibiliзація. Таким чином, велика кількість базофілів в якому-небудь органі («шоковому» органі) вкрита молекулами IgE. Це обумовлено недостатністю Т-супресорів, які контролюють вироблення IgE. При повторному надходженні АГ на базофілах утворюються імунні комплекси АГ-АТ,

які активують клітину, викликаючи її дегрануляцію з виходом БАР: гістамін, серотонін, поволі реагуюча речовина анафілаксії (МРВА – суміш лейкотрієнів), чинник хемотаксису еозинофілів, нейтрофілів і ін. Еозинофіли – функціональні антагоністи тканинних базофілів, пом'якшують прояви алергії. Розвивається загальна (анафілактичний шок) і місцева анафілаксія ( набряк Квінке, кропив'янка, бронхіальна астма, сінна лихоманка).

2. Цитотоксичні реакції. Характеризується тим, що АГ фіксуються на поверхні клітин-мішеней або проникають в ці клітини. Нормальні клітини стають антигенами і набувають аутоантигенні властивості (сенсibiliзація). Накопичення специфічних АТ – IgG і IgM, які фіксуються на цих клітинних або тканинних мембранах (мішенях) і активують систему комплементу, що приводить до руйнування клітин і їх фагоцитозу. Активуючим чинником є комплекс АГ-АТ, а БАВ мають другорядне значення. Приклад: гломерулонефрит, лікарська алергія.
3. Пошкодження циркулюючими імунними комплексами (ЦВК). АГ можуть бути мікроорганізми і продукти їх життєдіяльності. У крові у відповідь на надходження АГ виробляються АТ - IgG і IgM, які утворюють комплекси АГ-АТ, вільно циркулюючи в крові і міжклітинній рідині. Патологічний стан виникає в тому випадку, якщо кількість імунних комплексів велика і циркуляція продовжується тривалий час. При тривалій циркуляції великих кількостей ГІК вони накопичуються в капілярах і активують систему комплементу (IgG), фагоцитозу (фагоцити мають мембранні рецептори до IgG) з вивільненням лізосомальних ферментів, активацією калікреїн-кінінової системи, руйнування ЦВК, пошкодження тканин і розвитком запалення. До IgG мають мембранні рецептори тромбоцити, отже, активація тромбоцитів сприяє стимуляції тромбоцитоутворення. Геморагічний васкуліт, феномен Артуса, сироваткова хвороба, червоний вовчак, ревматоїдний артрит, ХРАС, можливо анафілактичний шок при вираженій активації комплементу.
4. Реакції гіперчутливості сповільненого типу. Після дії АГ відбувається накопичення Т-лімфоцитів (ефекторів). Т-ефектори мають рецептори для фіксації АГ. При повторному введенні АГ відбувається активація Т-ефекторів виділяються лімфокіни БАВ, які ушкоджують клітини і органи. Стимуляція фагоцитарної активності лейкоцитів, підвищення активності лізоциму приводять до запалення продуктивного типу, при якому АГ не знищується, а відділяється від належних тканин. У подальшому в цій ділянці утворюється склероз або некроз. Наприклад: інфекційно-алергічні реакції, аутоімунні ураження шкіри і СОПР.
5. Стимулюючі алергічні реакції (антирецепторний). Утворюються АТ до рецепторів на клітинах деяких органів, які взаємодіють з компонентами клітинної мембрани (наприклад з рецепторами гормонів) і активують клітину. Прикладом може бути хвороба Грейвса. Вона виникає при стимуляції АТ рецепторів тироцитів, призначених для тиреотропного гормону гіпофіза, що обумовлює гіперсекрецію тироксина (аутоімунний механізм базедової хвороби). Імунний тип цукрового діабету, бронхіальна астма, дерматити.

Алергічні реакції негайного типу (І тип) розвиваються відразу в перші секунди, хвилини до 10 хв після повторного введення АГ, інші – через 6-12, 24-48 годин.

### ***Анафілактичний шок.***

#### ***Клінічні варіанти:***

- гемодинамічний варіант (типова форма) – неспокій, відчуття страху, жару, утруднення в грудях, утруднене поверхневе дихання, нудота, блювота, різке потовиділення, гіперемія шкірних покривів, судоми, втрата свідомості, АТ знижений, тони серця приглушені, пульс частий, ниткоподібний.
- асфіксичний варіант – гостра легенева недостатність, утруднене дихання, бронхоспазм, набряк СО трахеї і бронхів.
- церебральний варіант – порушення свідомості, судоми, епілептичні напади.
- абдомінальний варіант – різкий біль в животі, загродинний біль.

**Невідкладна допомога:** припинити введення АГ, горизонтальне положення хворого, контроль АТ, в/в струменевий преднізолон 90-120 міліграм (3-4 ампули) в 10 мл фіз.р-ну або 8-12 мг дексаметазону, за відсутності ефекту через 15-20 хв повторити. При АТ більше 80 мм рт.ст. адреналін 0,1% - 0,5 мл. При вираженій гіпотензії (менше 80 мм рт. ст.) мезатон 1% - 1,0 або норадреналін 0,2% або допамін 5 мл в 250 мл фіз. розчину в/в краплинно. Після нормалізації артеріального тиску: димедрол 1-2% - 1,0 мл або супрастин 2% - 2-4 мл або піпольфен 2,5% 1-2 мл в/в. При бронхоспазмі: 10 мл 2,4% еуфіліна; при серцевій недостат-

ності: 0,5 мл 0,05% строфантину в 10 мл 40% глюкози. Термінова госпіталізація.

*Алергічні реакції сповільненого типу* можуть виявлятися у вигляді катарального і катарально-геморагічного, ерозійного, виразкового стоматитів, геморагічного васкуліту.

**Набряк Квінке** – являє собою надмірне локалізоване скупчення ексудату в сполучній тканині, найчастіше в ділянці губ, повік, зовнішніх статевих органів, а також слизової оболонки язика і гортані. Частіше спостерігається у жінок; у дітей та осіб похилого віку зустрічається рідше.

Ангіоневротичний набряк – це поліетіологічне захворювання, пов'язане як з імунологічними так і з неімунологічними факторами. Залежно від причини набряк Квінке поділяють (S. Fineman, 1984) на імунологічний, анафілактоїдний, фізичний, змішану форму. Основну роль відіграють медіатори, що виділяються при дегрануляції тканинних базофілів і базофілів крові. Під їх впливом відбувається розширення судин, підвищення їх проникності з розвитком набряку. Має місце порушення систем дезактивації і інгібування БАР. Для деяких форм ангіоневротичного набряку виявлена спадкова передача дефекту.

Алергічний набряк Квінке часто поєднується з кропив'янкою. У хворих нерідко відзначаються і інші захворювання алергічної природи: бронхіальна астма, поліноз та ін. Найчастіше спостерігається набряк тканин обличчя, тильних поверхонь кистей і стоп.

Набряк Квінке розвивається швидко, через декілька хвилин після контакту з алергеном. Найчастішою локалізацією є набряк губ, язика, повік, гортані, навколо очноямкової клітковини, слизових оболонок.

У хворого раптово з'являються кашель, осиплість голосу, неспокій, блідість або синюшність шкірних покривів, утруднене дихання, іноді кровохаркання. При огляді порожнини рота виявляється набряк м'якого піднебіння, язичка і піднебінних мигдаликів, при ларингоскопії відзначається набряк надгортанника і слизової оболонки гортані. Подібний стан триває від 3 - 5 до 20 - 30 хв і поступово проходить, триваліше зберігається осиплість голосу.

В області набряку шкіра звичайно бліда або блідо-рожева, свербіж в більшості випадків відсутній. Місцеві зміни зберігаються кілька годин або днів, а потім безслідно зникають. Найбільш небезпечним є набряк гортані, можливий розвиток стенотичної асфіксії.

Набряк слизової оболонки шлунково-кишкового тракту клінічно нагадує картину гострого живота - супроводжується появою різкого болю в животі, блювотою і поносом. Зміни шкіри і видимих слизових оболонок в подібних випадках можуть бути відсутніми, що ускладнює своєчасну діагностику.

Диференційну діагностику набряку Квінке проводять із серцевими та нирковими набряками, синдромом Мелькерсона-Розенталя, лімфедемою, гемангіомою, гіпергідрозом, закупоркою верхньої порожистої вени, лімфангіомою.

**Лікування** спрямоване на ліквідацію алергічної реакції, зменшення набряку, зниження чутливості організму до гістаміну. Невідкладного лікування вимагає набряк гортані, при якому необхідно негайно ввести підшкірно 0,1% розчин адреналіну в дозі, що відповідає віку (0,3 - 0,5 - 0,8 мл); внутрішньовенно або внутрішньом'язово один з антигістамінних препаратів (димедрол, супрастин, тавегіл тощо), гідрокортизон гемісукцинат (125 мг) або преднізолон гемісукцинат (60 - 90 мг) Хворий з набряком гортані потребує термінової госпіталізації у відділення інтенсивної терапії або реанімації. Йому необхідно забезпечити вдихання зволоженого кисню, введення діуретиків: фуросеміду (внутрішньовенно або внутрішньом'язово 1% розчин по 1-2 мл), 15% розчину маніту (внутрішньовенно струменево повільно або крапельно із розрахунку 1 - 1,5 г / кг маси тіла), 30 % розчину сечовини (внутрішньовенно крапельно з розрахунку 0,5 - 1,5 г / кг маси тіла) та ін. У разі подальшого погіршення стану потрібна термінова Трахеостомія. Прогноз, як правило, сприятливий.

**Профілактика** полягає у попередженні контакту хворого зі специфічним алергеном, лікування вогнищ хронічної інфекції, періодичному застосуванні антигістамінних препаратів (особливо в період цвітіння рослин при пилкової алергії).

**Катаральний та катарально-геморагічний стоматит** може розвинути під час застосування лікарських засобів, харчових, побутових алергенів, алергенів стоматологічних матеріалів.

*Скарги:* відчуття печіння, свербіжу, сухості в роті, біль під час споживання їжі. Загальний стан не порушується, але у розпал запального процесу можливе підвищення температури, головний біль, порушення сну. Слизова оболонка уражених ділянок порожнини рота яскраво-червоного кольору, набрякла. На гіперемованій слизовій оболонці твердого та м'якого піднебіння спостерігають петехії та геморагічні плями. Ясна запалені, яскраво гіперемовані, набряклі, кровоточать. Язик обкладений, у разі втрати ниткоподібних сосочків – яскраво-червоного кольору. Зменшується саливація, визначається сухість та неприємний запах у

роті. При хронічному процесі відзначається незначне печіння, свербіж та кровоточивість СОПР. Загальний стан не порушується. Ураженні ділянки СОПР гіперемовані із синюшним відтінком, безболісні при пальпації.

Під час гістологічного дослідження виявляють розпушення епітелію, розширення міжклітинних містків, набрякове просочування підепітеліальної сполучної тканини та лейкоцитарну інфільтрацію зі значною кількістю еозинофілів.

*Диференційну діагностику* проводять із травматичними ураженнями та змінами СОПР при ураженні внутрішніх органів та систем.

### **Ерозивні ураження слизової оболонки.**

На фоні набряклої та гіперемованої слизової оболонки губ, щік, бічних поверхонь язика, твердого піднебіння спостерігаються різної величини болючі, схильні до злиття ерозії, вкриті фібринозним нальотом. Язик обкладений, набряклий. Ясенні міжзубні сосочки гіперемовані, набряклі, легко кровоточать. Регіонарні лімфатичні вузли збільшені, болючі. Загальний стан порушений. У периферійній крові та в мазках-відбитках з вогнища ураження збільшення кількості еозинофілів, алергійні проби позитивні.

*Диференційну діагностику* проводять із герпетичним і афтозним стоматитом, пухирчаткою, багато формною ексудативною ерітемою.

### **Виразково-некротичні ураження слизової оболонки порожнини рота.**

Локалізація процесу може бути на твердому піднебінні, язиці, щоках. Спостерігають виразки вкриті некротичним розпадом білясто-сірого кольору. Прилегла слизова оболонка навколо виразки запалена. Хворі скаржаться на сильний біль у роті, біль під час ковтання, підвищення температури тіла. Регіонарні лімфатичні вузли збільшені, болючі. У мазках-відбитках значна кількість еозинофільних лейкоцитів, у крові – еозинофілія.

*Диференційну діагностику* проводять із виразково-некротичним стоматитом Венсана, травматичних і трофічних виразок, специфічних уражень при сифілісі, туберкульозі, виразкових уражень при захворюванні крові.

### **Алергійна пурпура, геморагічний васкуліт, хвороба Шеллейн-Геноха.**

Асептичне запалення дрібних судин, зумовлене ушкоджувальною дією імунних комплексів. Проявляється геморагіями, порушенням внутрішньосудинним згортанням крові й мікроциркуляторними розладами.

На слизовій оболонці ясен, щік, язика, піднебіння геморагічні висипання, від 3-5 мм до 1 см в діаметрі, які не виступають над рівнем слизової оболонки і не зникають при натискуванні склом. Хворих непокоїть слабкість, нездужання.

*Диференційну діагностику* проводять із хворобою Верльгофа, гемофілією, авітамінозом С.

### **Лікування алергічних уражень включає:**

Розвантажувальна дієта, у гострий період призначають лужне пиття, сольові ентеральні розчини (регідрон). Збагачені на вітамін С соки, протерті овочеві страви.

Схема лікування захворювань СОПР, що мають перебіг за типом алергічної реакції сповільненого типу, включає етіотропне, патогенетичне і симптоматичне лікування.

1. Етіотропне: усунення алергену та його впливу на організм, санація вогнищ хронічної інфекції.
2. Дезінтоксикація організму (при тяжкій формі захворювання). Застосовують ентеросорбенти, елімінаційну дієту, у разі госпіталізації – гемодез тощо.
3. Патогенетична терапія:
  - а.) в імунологічну фазу: специфічна імунотерапія, кортикостероїдні гормони, стабілізатори мембран.
  - б.) у патохімічну фазу: препарати з антигістаміновою та антисеротоніновою активністю, інгібітори ферментів протеолізу.
  - в.) у патофізіологічну фазу: кортикостероїдні гормони.
4. Симптоматичне лікування вплив на вторинні прояви і ускладнення (корекція функціональних порушень в органах і системах: спазмолітичні, серцево-судинні засоби).

### **Етапи місцевого лікування гострого і хронічного катарального стоматиту:**

1. Антисептична обробка порожнини рота.
2. Знеболювання.

3. Протизапальна терапія (застосування протизапальних та антибактеріальних засобів).
4. Стимуляція процесів репаративної регенерації.

**Етапи місцевого лікування ерозивних (бульозних) уражень.**

1. Антисептична обробка порожнини рота.
2. Знеболювання.
3. Протизапальна терапія (застосування протизапальних та антибактеріальних засобів).
4. Стимуляція процесів репаративної регенерації.
5. Стимуляція епітелізації

**Етапи місцевого лікування виразкових уражень.**

1. Антисептична обробка порожнини рота.
2. Знеболювання.
3. Некротомія – видалення некротичних тканин з поверхні виразки.
4. Протизапальна терапія (застосування протизапальних та антибактеріальних засобів).
5. Стимуляція процесів репаративної регенерації.
6. Стимуляція епітелізації

***Самоконтроль знань і умінь по темі і контроль кінцевого рівня знань.***

**Завдання № 1.**

Хвора 47 р. звинулася зі скаргами на печіння, крововиливи, ерозії та біль при прийомі їжі в порожнині рота. Захворювання пацієнтка пов'язує з прийомом антибіотика. Піднижньощелепні лімфатичні вузли збільшені, болісні при пальпації. СОПР гіперемована, набрякла, з множинними ерозіями. Ясна гіперемовані, набряклі, кровоточать, вкриті сіруватим нальотом, який важко знімається при зішкрібанні. В 35, 36, 46, 47 зубах карієси, мають місце тверді зубні відкладення, гострі краї зубів.

1. *Проявом яких захворювань може бути описана в завданні симптоматика?*
2. *Виберіть найбільш вірогідне захворювання і поставте попередній діагноз.*
3. *Обґрунтуйте попередній діагноз, користуючись клінічними ознаками, описаними в завданні.*
4. *Які дослідження ви вважаєте необхідними для підтвердження діагнозу?*

**Еталон відповіді:**

- 1.а) багатоформна ексудативна еритема;  
б) гострий герпетичний стоматит;  
в) алергічний стоматит;  
г) вульгарна пухирчатка.
2. Алергічний стоматит .
3. СОПР гіперемована, набрякла, з множинними ерозіями. Ясна гіперемовані, набряклі, кровоточать, вкриті сіруватим нальотом, який важко знімається при зішкрібанні. Захворювання пацієнтка пов'язує з прийомом антибіотика.
- 4.Алергологічні проби, загальний клінічний аналіз крові, цитологічне дослідження

**Завдання № 2.**

Жінка 35 р. звернулася зі скаргами на біль в порожнині рота, який посилюється при прийомі їжі та розмові. Регіонарні вузли не збільшені, безболісні при пальпації. Захворювання почалось після прийому курсу антибіотиків з приводу гострого периоститу від 36 зуба. Об'єктивно :слизова оболонка щік, дна порожнини рота гіперемована, набрякла, спостерігаються поодинокі болючі ерозії, вкриті фібринозною плівкою. Поставте діагноз.

**Еталон відповіді:**

Токсико-алергічний стоматит

**Завдання № 3.**

Пацієнтка 69 р. звирнулася до лікаря-стоматолога з метою депульпування інтактних зубів під протезування. В анамнезі алергія на антибіотики, гіпертонічна хвороба II стадії. Через 3-4 хв. Після інфільтраційної анестезії розчином лідокаїна (2% - 2мл.) розвився колапс, порушився ритм дихання, хвора втратила свідомість.

1. Проявом яких захворювань може бути описана в завданні симптоматика?
2. Виберіть найбільш вірогідне захворювання і поставте попередній діагноз.
3. Обґрунтуйте попередній діагноз, користуючись клінічними ознаками, описаними в завданні.
4. Які дослідження ви вважаєте необхідними для підтвердження діагнозу?

Еталон відповіді:

1. а) Колапс;  
б) непритомність;  
в) анафілактичний шок;  
г) інфаркт міокарду.
2. Анафілактичний шок;
3. Зв'язок із анестезією, швидкий розвиток, падіння артеріального тиску, втрата свідомості.
4. Алергологічні проби.

#### **Завдання № 4.**

Пацієнтка 40 р. звернулася зі скаргами на набряк верхньої губи та естетичний недолік.

Початок захворювання гострий. Набряк розвився протягом декількох годин. В зв'язку з запаленням легенів приймала антибіотики. Верхня губа збільшена, безболісна при пальпації. Регіонарні лімфатичні вузли не пальпуються. Слизова оболонка порожнини рота блідо-рожевого кольору, без наявних патологічних змін. Поставте тдіагноз.

**Еталон відповіді:**

*Набряк Квінке*

#### **Завдання № 5.**

Хворий 38 років скаржитися на збільшення нижньої губи, відчуття напруги в ній після прийому аспірину з приводу головного болю. Набряк зник через деякий час після прийому антигістамінних препаратів. Який найбільш вірогідний діагноз:

**Еталон відповіді:**

*Набряк Квінке*

#### **Завдання для самостійної роботи.**

Реферат на тему: «Сучасні методи лікування алергічних уражень».