

## **ОСОБЕННОСТИ ПРОТИВОРЕЦИДИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ АЛЛЕРГИЧЕСКОГО СТОМАТИТА**

**Е.Н.Дычко, И.В.Ковач, А.В.Штомпель**

ГУ «Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины»

### **Резюме**

Обследовано 62 больных, страдающих многоформной экссудативной эритемой (25) и хроническим рецидивирующим афтозным стоматитом (37) в возрасте от 14 до 48 лет, в подавляющем числе женщин. Рецидивы заболеваний возникали 2-4 раза в год, а продолжительность заболевания составляла 1-5 лет. У значительного числа больных отмечено наличие стоматогенных и риногенных хронических очагов инфекции. В межрецидивном периоде проведена санация больных и применен курс парэнтерального введения пирогенала и гистаглобулина, что дало стойкий лечебный эффект в 90% случаев.

**Ключевые слова:** аллергический стоматит, рецидивы, пирогенал, гистаглобулин.

### **Резюме**

Обстежено 62 хворих на багатформну екссудативну еритему (25) і хронічний рецидивуючий афтозний стоматит (37) у віці від 14 до 48 років, у більшості жінок. Рецидиви захворювань виникали 2-4 рази за рік, а люди хворіли протягом 1-5 років. У більшості хворих виявлена наявність стоматогенних і риногенних вогнищ інфекції. У міжрецидивний період хворим проведено санацію і курс парентерального введення пірогеналу і гістаглобуліну, що дало стійкий терапевтичний ефект у 90% випадків.

**Ключові слова:** алергічний стоматит, рецидиви, пірогенал, гістаглобулін.

### **Summary**

The 62 mainly female patients aged from 14 to 48 were examined. 25 of them had herpes iris while 37 of the examined suffered from chronic recurrent aphthous stomatitis. The relapses occurred from two to four times per year and the disease lasted from one to five years. A lot of patients had chronic odontogenic and rhinogenous niduses. The sanation of these patients was carried out at remission period. Conducted treatment included the injections of pyrogenal and gistaglobulin and provided stable therapeutic effect in 90% of cases.

**Key words:** allergic stomatitis, relapses, pyrogenal, gistaglobulin.

### **Литература**

1. Данилевський М.Ф. Фармакотерапія захворювань слизової оболонки порожнини рота і тканин пародонта / М.Ф. Данилевський, М.А. Мохорт, В.В. Мохорт. – К.: Здоров'я, 1991.- 264 с.
2. Дифференцированное использование иммунокоректоров, включая различные лекарственные формы циклоферона в комплексной терапии дерматозов / [И.А. Бабюк, Л.И. Белый, В.В. Горбунов и др.]. – Днепропетровск, 2004.- 61 с.
3. Банченко Г.В. Сочетанные поражения слизистой оболочки полости рта и кожи : атлас / Г.В. Банченко, С.С. Кряжева. – М., 1994. – 155 с.
4. Региональная фармакотерапия в стоматологии/ [Г.М. Барер, Е.В. Зорян, В.С. Агапов и др.].– М.: Литера, 2006. – 56 с.
5. Боровский Е.В. Атлас заболеваний слизистых и полости рта / Е.В. Боровский, А.Л. Машкиллейсон. – М.: Медицина, 2001.-703 с.
6. Дичко Є.Н. Захворювання слизової оболонки порожнини рота у дітей / Є.Н. Дичко. – Дніпропетровськ, 1993.- 82 с.

7. Ласиця О.Л. Алергологія дитячого віку / О.Л. Ласиця, Т.С. Ласиця, С.М. Недельська. – К.: Книга плюс, 2004.- 368 с.
8. Данилевський М.Ф. Захворювання слизової оболонки порожнини рота / М.Ф. Данилевський, О.Ф. Несин, Ж.І. Рахній. – К.: Здоров'я, 1998.- 406 с.
9. Хоменко Л.А. Терапевтическая стоматология детского возраста / Л.А. Хоменко.– К.: Книга плюс, 2007.- 815 с.

### **Постановка проблемы и анализ последних исследований**

Аллергические заболевания у современного человека – явление достаточно частое с тенденцией к повышению распространенности. По мнению специалистов, каждый житель страны болеет или перенёс в прошлом признаки аллергии [5, 6, 7]. Природа изобилует веществами с антигенными признаками, которые могут влиять на реактивность иммунной системы организма. Условно аллергены могут быть экзогенные (в т.ч. микроорганизмы, медикаменты, продукты питания, токсические вещества производственного и бытового характера) и эндогенные (изменённые ткани макроорганизма и токсины бактерий) [8, 9]. Провоцируется возникновение патологических изменений в организме человека после периода сенсибилизации воздействием аллергенов различного происхождения и разрешается появлением аллергического заболевания в виде реакции немедленного (I) или замедленного (IV) гиперчувствительного типа. В стоматологии гиперчувствительность I типа известна как анафилактический шок и отек Квинке, требующие оказания неотложной помощи, а также IV типа в виде рецидивов многоформной экссудативной эритемы (МЭЭ) и хронического афтозного стоматита (ХРАС), а также их синдромов [1]. Эти хронически протекающие аллергические реакции замедленного типа наиболее проблемные с позиции их результативного лечения, так как прервать

рецидивы не всегда представляется возможным [2, 3, 4]. Терапевтические вмешательства в фазе обострения (рецидива) и МЭЭ и ХРАС предусматривают применение антигистаминных, стероидных, нестероидных и витаминных средств, а тяжелых случаях – антибиотиков. Местно с успехом используются мягкие антисептические растворы, ферменты и кератопластические препараты.

Однако более сложно провести противорецидивные меры, которые прекратят полностью или уменьшают проявления систематических рецидивов, нередко изматывающих организм человека, существенно снижающих качество жизни как детей, так и взрослых. В литературе для противорецидивных мероприятий при МЭЭ и ХРАС рекомендуется санация полости рта и лор-органов с устранением очевидных и скрытых очагов инфекции, нормализации дефекации, ограничение и исключение контакта с аллергенами пищевого, бытового и производственного характера, повышение уровня иммунного статуса и даже проведение специфической десенсибилизации. Вместе с тем, подобные меры не всегда эффективны и не гарантируют от повтора обострений заболевания. Поэтому существует острая необходимость в поиске более эффективных противорецидивных мероприятий при основных аллергических реакциях IV типа гиперчувствительности, имеющих отношение к стоматологии.

**Целью** исследования явилось повышение эффективности противорецидивного лечения МЭЭ и ХРАС средствами неспецифической десенсибилизации.

**Материалы и методы исследования.** Для достижения поставленной цели проведено клиническое и лабораторное обследование 62 пациентов, среди которых с многоформной экссудативной эритемой было 25 и с хроническим афтозным стоматитом – 37 человек. Лица, страдавшие рецидивами МЭЭ, разделились по возрастному признаку так: детей и подростков – 8, взрослых – 17, по полу – 11 мужчин и 14 женщин

в возрасте от 16 до 48 лет. Рецидивы заболевания возникали в среднем в течение двух лет (от одного до 3-х лет), при этом они появлялись в большинстве случаев 2-4 раза в год. Лишь у одного больного рецидивы протекали непрерывно в течение одного года. Среди больных хроническим рецидивирующим афтозным стоматитом детей и подростков было 21, взрослых – 16 лиц, 10 из которых были мужчины и 27 – женщины в возрасте от 14 до 53 лет. Больные с ХРАС в среднем страдали в течение трех лет (от одного до 5 лет), а рецидивы возникали 4-6 раз на протяжении года. Длительность острого периода при МЭЭ в среднем составляла 14-16 суток, ХРАС – 12-14 суток и расценивалась как средне-тяжелая степень заболевания (табл.1).

*Таблица 1*

**Характеристика больных с рецидивами аллергических стоматитов**

Заболевание (лиц)	Пол		Возраст		Продолжительность заболевания (лет)	Число рецидивов в год
	мужчины	женщины	до 40 лет	после 40 лет		
МЭЭ	11	14	19	6	1-3	2-4
ХРАС	10	27	32	5	1-5	4-6

Клинические проявления обоих аллергических заболеваний имели типичные признаки. При этом элементы поражения при МЭЭ (эритемы, эрозии, корки) появлялись на слизистой оболочке полости рта (передние отделы) и губах, у 6 – на половых органах, у 4 – на слизистой оболочке глаз и у 10 человек – на коже лица и кистей рук в виде «кокард», что можно расценить как синдром Стивена-Джонсона. Признаков болезни Лайела не установлено. При ХРАС рецидивы афт возникали в количестве

1-3 на слизистой оболочке языка, щек и губ. Наличие признаков стоматита Сеттона и болезни Бехчета не выявлено.

У больных установлены отчетливые условия сенсibilизации организма из-за наличия у большинства с МЭЭ одонтогенных (у 17) и риногенных (у 12) очагов инфекции, спастического колита (у 17) с систематической задержкой стула и хронического холецистита (у 11) как весьма вероятных источников аутоаллергии (табл. 2). У них же (19 случаев) в анамнезе отмечены аллергические реакции на пищевые и лекарственные аллергены, а 16 лиц полагали, что рецидивы заболеваний провоцировало переохлаждение организма.

*Таблица 2*

**Особенности клиники рецидивов аллергических стоматитов**

Забол евани е (лиц)	Локализация элементов поражения (случаев)				Сопутствующие (фоновые) заболевания (случаев)					
	поло сть рта	ко жа	глаз а	поло вые орга ны	хронич еский тонзил ит	одонто генный очаг инфекци и	хронич еский холеци стит	спасти ческий колит	перео хлажд ение	пище вые и лекар ствен ные аллер гены
МЭЭ	25	10	4	6	12	17	11	17	16	19
ХРАС	37	-	-	-	19	15	7	22	19	27

Аналогичная картина имела место у больных, страдающих рецидивами ХРАС: у 22 лиц систематически затруднена дефекация как следствие спастического колита, более 20 лиц имели признаки одонтогенной или риногенной хронической интоксикации, склонность к пищевой и лекарственной аллергии, что требовало соответствующей врачебной коррекции.

Клинические анализы крови выявили у большинства больных МЭЭ и ХРАС умеренную анемию, признаки незначительного лейкоцитоза, эозинофилии и ускоренного СОЭ.

Всем больным в межрецидивном периоде проведена санация полости рта и ЛОР-органов по устранению хронического одонтогенного и риногенного очага инфекции. С участием врачей –интернистов устранены явления хронического холецистита и хронического спастического колита (восстановлена регулярная дефекация), ограничено, а в большинстве случаев прекращено использование пищевых аллергенов и лекарственных препаратов аллергического, гаптенного или токсического свойства. Кроме того, каждому больному индивидуально поведен курс противорецидивного лечения с применением внутримышечных инъекций пирогенала и подкожных – гистаглобулина.

Пирогенал – это липополисахарид (ЛПС) бактериального происхождения и является иммуномодулятором широкого спектра действия. Он активирует системы гипоталамус-гипофиз-кора надпочечников, ретикулоэндотелиальную и фибринолитическую систему, повышает уровень кортикостероидов в крови. Кроме того, пирогенал стимулирует общую и специфическую резистентность организма, функцию лейкоцитов, макрофагов – то есть активирует фагоцитоз. Практически ограничений к применению пирогенала не существует, хотя детям и пожилым людям необходимо вводить с осторожностью, начиная с уменьшенных доз.

Гистаглобулин – противогистаминный препарат, эффективно инактивирующий свободный гистамин, высокоэффективный в комплексном лечении аллергических заболеваний.

Курс лечения состоял из внутримышечных инъекций пирогенала один раз в сутки, начиная с 25 МПД один раз в три дня в течение одного месяца (10 инъекций) и подкожных введений 1мл гистаглобулина один

раз в три дня (10 инъекций). Существенных осложнений при использовании пирогенала и гистаглобулина не отмечалось.

**Результаты исследования и их обсуждение.** При анализе полученных данных исследований у больных с аллергическим стоматитом в виде МЭЭ и ХРАС обращено внимание на то, что подавляющее большинство болеющих составляли дети, подростки и молодые люди. Лишь 10 лиц из всего числа наблюдаемых (62 человека) имели возраст, превышающий 40 лет, что прямо или косвенно подтверждает ведущую роль этиологического фактора сенсibilизации организма – наличие хронического очага инфекции в ЛОР-органах или околозубных тканях у 90% лиц. Помимо того, значительная часть обследованных (39 лиц) имели дополнительный источник влияния эндоаллергенов из-за задержки стула (хронический спастический колит) и нарушения эвакуации желчи при хроническом холецистите. Важным элементом неблагоприятных обстоятельств для наблюдаемых больных следует отметить провоцирующие условия переохлаждения организма в канун рецидива или прием пищевых аллергенов, что всегда следует учитывать при составлении программы противорецидивной терапии. Необходимо отметить и то явление, что среди больных большинство составили лица женского пола (41 человек), что можно расценить как более высокую реактивность женского организма на аллергены различного происхождения и более внимательное отношение к своему здоровью.

Проведенный курс противорецидивного лечения с применением пирогенала и гистаглобулина позволил получить стойкий лечебный эффект при рецидивирующем аллергическом стоматите в пределах 90% случаев. Так, из 62 наблюдаемых больных у 56 неспецифическая десенсибилизация, проведенная однократно, исключила возникновение рецидивов в течение двух лет. Лишь у 6 человек (у четырех с МЭЭ и

двух с ХРАС) в связи с возобновлением повторов клинических признаков заболевания, но в более ослабленном виде с большими паузами между рецидивами, были проведены повторные курсы инъекций пирогенала и гистаглобулина со стойким конечным эффектом.

Следует отметить, что успешное лечение рецидивирующих аллергических стоматитов сопровождалось устранением признаков анемии, лейкоцитоза, эозинофилии на фоне нормализации показателей СОЭ.

### **Выводы**

1. Сенсibilизация организма на аутоаллергены в виде хронических очагов инфекции в околозубных тканях, ЛОР-органах и желчевыводящих путях в ряде случаев реализуется патологическими изменениями в организме детей, подростков и молодых людей в результате провоцирующих ситуаций: переохлаждения, приема пищевых и лекарственных аллергенов.

2. Многоформной экссудативной эритемой и хроническим рецидивирующим афтозным стоматитом чаще болеют дети и молодые люди как вероятные носители хроническим очагов инфекции в полости рта и ЛОР-органах.

3. Неспецифическая десенсибилизация больных с МЭЭ и ХРАС с применением пирогенала и гистаглобулина оказывает стойкий провиворецидивный эффект в 90% случаев.

Таблица 1

### Характеристика больных с рецидивами аллергических стоматитов

Заболевание (лиц)	Пол		Возраст		Продолжительность заболевания (лет)	Число рецидивов в год
	мужчины	женщины	до 40 лет	после 40 лет		
МЭЭ	11	14	19	6	1-3	2-4
ХРАС	10	27	32	5	1-5	4-6

Таблица 2

### Особенности клиники рецидивов аллергических стоматитов

Заболевание (лиц)	Локализация элементов поражения (случаев)						Сопутствующие (фоновые) заболевания (случаев)					
	полость рта	кожа	глаза	половые органы	хроничес кий тонзиллит	хроничес кий тонзиллит	одонтоген ный очаг инфекции	хронический холецистит	спастический колит	переохлаждение	пищевые и лекарственные аллергены	
МЭЭ	25	10	4	6	12	17	11	17	16	19		
ХРАС	37	-	-	-	19	15	7	22	19	27		