

ВКЛАД АВТОРОВ

GWC, LC, и RP являются председателями и руководили разработкой документа. GWC предоставил новые данные в Главе 1. SRD, LR, и RP написали Главу 3. GP, DL-L, MC, и JB работали над Главой 4. LC, GP, и RGvW работали над Главой 5. SRD, GWC, EV, UW работали над Главой 6. DL-L, CEBC, GVB и MB работали над Главой 7. GWC, PS-G, NR, и CEBC работали над Главой 8. YO и DR работали над Главой 9. MC, EC, MB и SB написали Главу 10. DL-L, MC, PV, RGvW и HN работали над Главой 11. OP, GS и EV работали над Главой 12. MC, RP, GWC, LC, JB, и UW написали Главу 13. RP, CEBC и GWC работали над Главой 14. Представители членов сообщества

Всемирной Организации по Аллергии рассмотрели и прокомментировали документ во время составления. Совет директоров Всемирной Организации по Аллергии утвердил этот документ. Все авторы рассмотрели и утвердили окончательный документ.

БЛАГОДАРНОСТИ

WAO хотела бы поблагодарить председателей целевой группы, которая разработала этот документ за их руководство: Джорджо Вальтер Каноника, MD; Линде Кокс, доктора медицинских наук; и Руби Паванкар, доктора медицинских наук. Авторы благодарны Наоми Руф, PhD за ее услуги по техническому редактированию.

УДК 616-021.5:378.147:616.31-057:87:614.253.1

ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ ПРЕПОДАВАНИЯ АЛЛЕРГОЛОГИИ У ВРАЧЕЙ СТОМАТОЛОГОВ

ДИТЯТКОВСКАЯ Е.М.

Днепропетровский медицинский институт традиционной
и нетрадиционной терапии

Вступление. Концепция практической направленности обучения, включающая все компоненты дипломного и последипломного обучения врачей, заключается в обеспечении четких связей и взаимоотношений между процессами получения профессиональных знаний и формирования навыков и умений, которые дают возможность эффективно действовать в условиях реальной клинической практики. Необходимо учитывать особенности будущей специальности студентов для оптимизации их подготовки к практической деятельности.

Последние десятилетия характеризованы значительным ростом распространенности и заболеваемости аллергических болезней. По данным ВОЗ от 25% до 40% населения земного шара страдают аллергическим ринитом, крапивницей страдает от 15,5% до 31% популяции, хотя бы раз в жизни она возникает у 10-20% населения (Феденко Е.С., 2000). Существующие эпидемиологические исследования свидетельствуют о высокой распространенности атопического дерматита у детей (10-30%), на долю молодого возраста приходится от 5 до 30% всех обращений к дерматологу, аллергологу.

Во многих исследованиях показано, что атопический дерматит, начавшийся в детстве, продолжает персистировать у взрослых в 40-60% случаев. Значительно растет распространенность бронхиальной астмы (БА), в мире этим

заболеванием страдает 8-10% взрослых и 10-15% детей. Нарастает тяжесть течения БА. По некоторым данным, доля больных с тяжелым течением БА достигает 25-30%.

Таким образом, изучение аллергологии чрезвычайно важно как на дипломном, так и на последипломном этапах обучения. Не исключением являются и стоматологи, чья специальность связана с манипуляциями и введением различных препаратов, включая введение местных анестетиков практически всем пациентам.

Врач-стоматолог должен иметь представление о различных аллергических заболеваниях, уметь их диагностировать, учитывать при назначении лекарственных средств, оказывать неотложную помощь при возникновении аллергических реакций.

Цель работы – ознакомить студентов-стоматологов и врачей-стоматологов с различными типами аллергических реакций, их классификацией; составить алгоритмы сбора аллергологического анамнеза; научить диагностировать аллергические заболевания полости рта; предупредить развитие аллергических осложнений, а при их возникновении быстро и правильно оказывать неотложную помощь.

Для понимания механизма развития аллергических реакций, студенты должны изучить классификацию аллергических реакций по Gell и Coombs.

Таблиця

Типы аллергических реакций

Тип	Класс антител	Основные медиаторы	Основные клеточные проявления
Анафилактический	IgE	Гистамин, лейкотриены, простагландины	Зуд, уртикарии, удушье, ринит, шок
Цитотоксический	IgG, IgM	Фрагменты комплемента, радикал	Гемопатии (анемия, тромбоцитопения, агранулоцитоз, панцитопения и т.п.)
Иммунокомплексный	ЦИК, IgG, IgM	Фрагменты комплемента, радикалы	Повреждение ЦИК (гепатиты, нефриты, перикардиты и т.п.), экссудативная эритема, сывороточная болезнь и т.д.),
Клеточный	лимфоциты	Лимфокины	Контактный дерматит Синдром Лайелла, синдром Стивенса-Джонсона

Классическим примером реакции 1 типа (анафилактического), являются следующие аллергические болезни:

- Аллергический ринит (сезонный и круглогодичный);
- Бронхиальная астма (атопическая);
- Атопический дерматит;
- Острая крапивница;
- Анафилаксия;
- Пищевая аллергия;
- Инсектная аллергия.

На сегодняшний день существует проблема недооценки распространенности аллергического ринита (поллиноза) среди городского населения. Эпидемиологическое исследование, которое проводилось в городском аллергологическом центре Днепропетровска, продемонстрировало, что количество пациентов с поллинозом в 6,6 раз превышает данные официальной статистики, основанной на обращаемости пациентов.

Для выявления поллиноза при сборе анамнеза врач должен обращать внимание на особенности течения заболевания:

- сезонность заболевания (четкое начало и четкий конец);
- перекрестная лекарственная аллергия на препараты, приготовленные из трав или содержащие травы;
- перекрестная пищевая аллергия на мед, орехи, семечки, халву, подсолнечное, кукурузное масло, арбузы, дыни, горчицу, майонез, сельдерей и т.д.

Пациентам, у которых выявлены данные проявления поллиноза (даже одно или два) категорически нельзя назначать фитопрепараты (стоматофит, ротокан, ингалипт, прополис и т.д.). Больным поллинозом противопоказано лечение медом и продуктами пчеловодства.

Эти правила распространяется на период ремиссии и обострения заболевания.

В качестве примера приводим клинический случай, когда пациентке К., 1993 года рождения, страдающей 5 лет поллинозом, в стоматологической поликлинике зубной карман промыли ротоканом. Через 15 минут развился отек Квинке в области гортани. Больная госпитализирована в реанимационное отделение, где была произведена интубация и проводилась адекватная состоянию глюкокортикостероидная (ГКС) терапия. Через 3 дня пациентка была переведена в аллергологическое отделение городской клинической больницы, где при обследовании обнаружено повышение IgE, гистамина, эозинофилов. После окончания лечения ГКС больная в удовлетворительном состоянии выписана из стационара.

Врачи стоматологи перед назначением терапии, содержащей фитопрепараты, должны особое внимание уделять сбору анамнеза на предмет выявления аллергических заболеваний. Если пациент отрицает наличие поллиноза, необходимо сделать соответствующую запись в амбулаторную карту больного и закрепить подписью пациента.

Для врача стоматолога чрезвычайно важно уметь правильно и быстро собирать аллергологический анамнез. Аллергологический анамнез – один из основных методов диагностики аллергологических заболеваний.

Задачи сбора анамнеза:

1. Выявить всю совокупность бытовых, профессиональных контактов с аллергенами, ответственными за развитие аллергического заболевания;
2. Установить возможную наследственную предрасположенность к возникновению аллергического заболевания;
3. Определить вторичные экзогенные и эндогенные факторы, влияющие на течение заболевания.

Правильно собранный анамнез позволяет не только выяснить характер заболевания, но и предположить его этиологию, заподозрить развитие аллергической реакции на лекарства.

У пациентов с лекарственной аллергией необходимо обратить внимание на следующие моменты:

- выяснить, какие лекарства применял пациент до появления нежелательной реакции;
- уточнить время, прошедшее между приемом медикаментов и возникновением реакции; для истинной лекарственной аллергии должен быть период сенсибилизации 7-10 дней, за исключением скрытой сенсибилизации (например, перекрестная пищевая аллергия на томаты, цитрусовые исключает прием аспирина, НПВП; на твердые сыры – пенициллина; у медицинских работников – сенсибилизация к препаратам, с которыми они работают);
- узнать продолжительность лечения препаратами и пути их ведения.

Особенности лекарственной аллергии, которые должны знать врач:

- Аллергические проявления не напоминают фармакологического действия лекарства;
- Возникают от минимального количества препарата (иногда это следы препарата);
- После первого контакта с лекарством должен пройти период сенсибилизации (5-7 дней);
- Лекарственная аллергия возникает в виде классических симптомов аллергических заболеваний (крапивница, ангиоотек, анафилактический шок, бронхиальная астма);
- Аллергические симптомы повторяются при последующих введениях лекарственных аллергенов, могут нарастать по тяжести;
- Реакции могут воспроизводиться несколькими препаратами, обладающими перекрестными химическими и аллергическими свойствами;
- Возможна эозинофилия крови и/или тканевая эозинофилия;
- Отмена препарата приводит к регрессу реакции.

Перекрестные аллергические свойства возникают между:

1. Группой природных и полусинтетических пенициллинов;
2. Группой пенициллинов и цефалоспоринов;
3. Группой стрептомицина и аминогликозидами (неомицин, канамицин, гентамицин и др.);

4. Тетрациклином и его производными (рондомицин, метациклин, морфоциклин, гликоциклин и др.);
5. Группой фенотиазиновых производных и некоторыми антигистаминными препаратами (аминазин, его аналоги, пипольфен, дипразин);
6. Йодом и всеми препаратами его содержащими (раствор Люголя, сайодин, йодконтрастные препараты и др.);
7. Витамином В1, тиаминбромидом и кокарбоксилазой;
8. Люминалом, мединалом и т.д;
9. Пиразолоновыми препаратами;
10. Новокаином, лидокаином и сульфанилпроизводными препаратами, ПАСК

Анамнестические признаки бытовой аллергии:

- круглогодичное течение заболевания с обострениями в холодное время года;
- эффект элиминации, уменьшение или исчезновение симптомов вне дома;
- обострение во время уборки в квартире, при пребывании в старых домах;
- появление симптомов ночью.

Анамнестические признаки эпидермальной аллергии:

- круглогодичные симптомы при нахождении животного дома;
- обострение при посещении помещений, где содержатся животные (цирк, конюшни);
- клинические симптомы могут возникнуть при ношении одежды из меха и шерсти;
- непереносимость препаратов, содержащих белки животных (иммуноглобулины, гетеропотические сыворотки).

Анамнестические особенности сенсибилизации к грибковым аллергенам:

- наиболее часто развивается бронхиальная астма, аллергический ринит, конъюнктивит, реже альвеолит, крапивница, отек Квинке;
- ухудшение состояния во влажную погоду и при посещении сырых помещений;
- непереносимость дрожжесодержащих продуктов (пива, кваса, сухих вин, молочнокислых продуктов и антибактериальных препаратов пенициллинового ряда);
- появление или прогрессирование симптомов заболевания после приема пищи (черед несколько минут или часов). Иногда реакция может возникать от запахов пищи;
- наличие сочетания аллергического заболевания кожи и бронхиальной астмы;

- наличие хронического заболевания органов пищеварения.

Клинические проявления пищевой аллергии могут быть локализованы в месте первичного прямого контакта с аллергеном, т.е. в области ротоглотки (оральный аллергический синдром) или гастроинтестинального тракта. Эти симптомы могут развиваться спустя минуты или несколько часов (1-2 часа) после употребления аллергена.

У 40-70% больных с поллинозом развивается оральный аллергический синдром (ОАС). Большинство пациентов с этим синдромом имеют только орофарингиальные симптомы: зуд и жжение во рту, папулезные и/или везикулезные высыпания на слизистой рта, отек губ, которые появляются в течение секунд или минут после контакта с пищевыми продуктами. Однако в некоторых случаях клинические проявления могут распространяться на область гортани и глотки, вызывая отек гортани, сопровождающийся охриплостью голоса, затруднением глотания, кашлем, хриплым затрудненным дыханием.

Кроме того, ОАС может быть проявлением анафилаксии. Например, у высокосенсибилизированных пациентов с пищевой аллергией к арахису.

Приблизительно у 60% пациентов ОАС сопровождается симптомами ринита и конъюнктивита. При обращении таких пациентов к стоматологу, они должны urgently направляться в аллергологическое отделение с целью предупреждения генерализации процесса и развития системных осложнений.

Особое внимание следует уделить аллергическим заболеваниям полости рта. Аллергические заболевания слизистой полости рта, губ и языка – это большая группа заболеваний, в этиопатогенезе которых, основная роль отводится аллергии.

В возникновении стоматологических аллергических заболеваний при вероятной сенсибилизации организма человека, важным является как наличие факторов риска (дисбактериоз, заболевания желудочно-кишечного тракта, гепатобилиарной системы, патология щитовидной железы), так и местных предрасполагающих факторов (снижение pH слюны, манипуляции при стоматологических вмешательствах в полости рта).

Аллергические заболевания в стоматологии целесообразно разделить на три основных группы:

- аллергические протезные стоматиты.
- аллергические поражения органов и тканей полости рта, в основе которых лежит лекарственная, пищевая аллергия.
- аллергические заболевания вызывающие существенные изменения общего состояния организма (крапивница, отек Квинке, анафилаксия, синдром Стивенса-Джонсона).

Аллергические протезные стоматиты, обусловленные материалами, из которых выполнены зубные несъемные и съемные протезы, по механизму возникновения представляют аллергическую реакцию замедленного типа, клинически проявляющуюся явлениями контактного стоматита.

Симптомы аллергического стоматита

Этиологический фактор	Симптомы, выявленные при		
	опросе	осмотре	исследовании
Металлы	Стоматит возникает через 10-15 лет после повторного протезирования. Жжение всех слизистых оболочек, отек, сухость. Сопутствующие заболевания: медикаментозная аллергия, мигрень, бронхиальная астма, отек Квинке, другие аллергические заболевания	Гиперемия, отек, сухость слизистых оболочек, глоточного кольца; разнородные металлы, изменение цвета металлических протезов, поры в припое и т.д.	Клинический анализ крови: лейкопения, лимфоцитоз, уменьшение содержания сегментоядерных лейкоцитов. Кожные пробы на гаптены (никель, хром, кобальт) положительные. Иммунологические показатели: изменение функционального состояния Т-и В-лимфоцитов, секреторного IgA, лизоцима и др.

Этиологический фактор	Симптомы, выявленные при		
	опросе	осмотре	исследовании
Акрилаты	Стоматит возникает после длительного пользования протезом, его модификации. Чаще жжение под верхним протезом, иногда всех слизистых оболочек. Сопутствующие заболевания те же, что при стоматите, вызванном металлами.	Гиперемия, отек, сухость (чаще под съемным протезом), иногда всех слизистых оболочек. Часто папилломатоз, некачественные протезы	Показатель РСАЛ положительный Показатель ретракции кровяного сгустка положительный

Различия между интоксикацией и аллергией на материалы зубных протезов

Критерии	Интоксикация	Аллергия
Этиология	Патогенный агент токсичный. Токсичная доза у всех веществ приблизительно одинакова. Токсическое действие связано с веществом.	Патогенный агент (гаптен) может быть слаботоксичным или практически нетоксичным. Доза аллергенам индивидуальна. Действие зависит также от реактивности организма.
Патогенез	Скрытый период имеет место при хронической интоксикации (при острой его нет). Постепенное развитие.	Наблюдается скрытый период - период сенсibilизации. Развитие часто приступами.
Клиническая картина	Зависит от химического вещества	Одинаковые (местные и общие) реакции и развитие сенсibilизации на различные аллергены (крапивница, отек, зуд)
Диагностические пробы	Клинические, параклинические, биохимические	Иммунологические, аллергологические
Лечение	Детоксикация, противоядие	Специфическая и неспецифическая десенсibilизация (глюкокортикостероиды, антигистамины, антилейкотриены)

Клиника токсико-химического стоматита, развившегося под действием материалов протезов

Клинический симптом	Металлические протезы	Пластмассовые протезы
Жжение	Чаще языка, реже губ, слизистых оболочек полости рта	Чаще под протезом, реже слизистых оболочек полости рта
Сухость (гипосаливация)	- , +	+ , -
Гиперсаливация	+	- , +
Отек	+ , -	+ , -
Явления глоссалгии	+	+
Время появления клинических симптомов	Сразу после фиксации протезов	Сразу после наложения протезов
Нарушение неврологического статуса	+	+
Нарушения функции органов желудочно-кишечного тракта	Диспепсические явления, дискинезия, обострение хронических заболеваний ЖКТ	+

Диагностика заболевания и лечения больных с жалобами на жжение языка

Заболевания, для которых характерно жжение языка	Выявление симптомов методом			Лечение
	опроса	осмотра	исследования	
Глоссалгия	Жжение, покалывание, чувство зуда чаще кончика языка, проходящее во время еды	Видимые объективно изменения обычно отсутствуют. Иногда имеются признаки атрофии нитевидных сосочков языка, лимфатических фолликулов	В 50% случаев изменения языка не отмечаются.	Лечение основного заболевания, ортопедическое лечение благородными сплавами
Глоссит	Боли, реже жжение, усиливающееся во время еды, разговора	Ограниченное абсцедирующее воспаление языка	Боли при пальпации языка, иногда отек и боли на дне полости рта	Медикаментозное Симптоматическое
Гальванизм	Жжение языка, парестезия слизистых оболочек полости рта, возникающее после протезирования	Отек языка с отпечатками зубов на боковой поверхности. Наличие разнородных металлов в полости рта. Гиперсаливация.	Увеличение микротоков (разность потенциалов) между разнородными металлами, слизистой оболочки рта. Изменение качественного состава и содержания микроэлементов слюны.	Устранение разнородных металлов. Протезирование благородными сплавами, золочение протезов
Заболевание органов желудочно-кишечного тракта	Жжение языка постоянно, чаще утром, иногда совпадает с обострением основного заболевания	Язык обложен, иногда запах изо рта.	Анализ желудочного сока (отклонения). Заключение терапевта ФГДС с определением <i>Helicobacter pylori</i>	Медикаментозное (у терапевта, гастроэнтеролога)
Медикаментозный стоматит	Жжение языка как первый симптом медикаментозного стоматита (антибиотики и др.)	Гиперемия, отек слизистых оболочек полости рта	Изменения в гемограмме (лейкопения, тромбоцитопения)	Медикаментозное в условиях аллергологического отделения
Кандидоз	Жжение спинки, корня языка, проходящее во время еды	Белый налет языка, шершавый язык, чаще на фоне гиперплазии нитевидных сосочков («волосатый язык»)	Гриб <i>Candida</i> в смешанной ротовой флоре	Медикаментозное антикандидозное
Снижение окклюзионной высоты	Жжение языка постоянное, проходящее ночью при открытом рте, при закладывании в рот ваты, марли	Полная или частичная вторичная адантия, глубокое резцовое перекрытие, пародонтоз, патологическая стертость тканей зубов	Снижение высоты нижнего отдела лица (окклюзионной высоты)	Восстановление высоты нижнего отдела лица (окклюзионной высоты) путем ортопедического лечения
Токсическая реакция на металлы	Жжение постоянно, усиливается при приеме кислот, растительной пищи	Стоматиты, гингивиты, глоссит, изменение цвета протезов из золота, нержавеющей стали, хромо-кобальтовых сплавов	Увеличение разности потенциалов (микротоки) между разнородными металлами. Появление в слюне микропримесей меди, свинца, кадмия, марганца, ртути и др. В крови лейкоцитоз, повышение СОЭ, уменьшение содержания гемоглобина.	Элиминирующая терапия. Ортопедическое лечение благородными сплавами
Аллергический стоматит на металлы зубных протезов	Жжение постоянно, усиливается к вечеру и ночью	Отек языка, слизистых оболочек щек, губ, глоточного кольца, отпечатки зубов на боковой поверхности языка, щек. Язык увеличен. Наличие разнородных металлов	В слюне увеличено содержание гаптен (никель, кобальт, хром). Изменение в крови: лейкопения, лимфоцитоз, моноцитоз	Элиминирующая терапия. Ортопедическое лечение благородными сплавами

Особое внимание необходимо уделить диагностике синдрома Стивенса-Джонсона, являющегося признаком острой токсико-аллергической реакции. Нередко отмечается повышение температуры тела, признаки интоксикации, возникновение эрозий на слизистых оболочках. Повреждение слизистых оболочек приводит к появлению сильных болевых ощущений. Поражение кожи при синдроме Стивенса-Джонсона обширно. Возможно нарушение функций печени, почек, легких. Течение затяжное. Наиболее часто син-

дром Стивенса-Джонсона вызывают следующие лекарственные препараты: сульфаниламиды, противосудорожные, барбитураты, тераксикалы, аллопуринол, пенициллины, цефалоспорины, противотуберкулезные средства, НПВС.

Лечение синдрома Стивенса-Джонсона только в специализированном аллергологическом стационаре.

Меры предосторожности врача стоматолога у пациентов с различной аллергологической патологией:

Нозология	Исключить
Аллергический ринит (сезонный) или круглогодичный	Фитопрепараты, мед, апипродукты Пенициллины.
БА	Обратить внимание на правильное применение базисной терапии (ингаляции глюкокортистероидов, β 2-агонистов, пролонгированные антилейкотриеновые препараты). Перед стоматологическими манипуляциями убедиться, что больной получает терапию в адекватной дозировке.
БА (астматическая триада, полипоз носа, непереносимость аспирина, приступы удушья)	Не использовать для снятия боли после манипуляции (НПВС, пиразолоны, и т.д.
Пищевая аллергия на мед, орехи, семечки, халву, подсолнечное масло, бахчевые, сельдерей	Фитопрепараты, мед.
Аллергия на грибы, дрожжесодержащие, твердые сыры	Пенициллины, цефалоспорины
Аллергия на томаты, цитрусовые, молодой картофель, продукты, имеющие красный цвет	Аспирин, все НПВС, преднизолон
Аллергия на кукурузный хлеб, смеси для выпечки (входят сульфиты, свежая рыба, вина, ликеры, наливки).	Р-р лидокаина, тобрамицина, прокан, амикацин.
Лекарственная аллергия на пенициллин	Все пенициллины, цефалоспорины
Лекарственная аллергия на стрептомицин	Все аминогликозиды
Лекарственная аллергия на аспирины	Все пиразолоны, НПВС
Лекарственная аллергия на сульфаниламиды, сахароснижающие сульфаниламиды	Лидокаин, новокаин и их производные
Лекарственная аллергия на карбоксилазу	Vit. B1
Лекарственная аллергия на йод	Все йодсодержащие
Лекарственная аллергия на эуфиллин	Супрастин
Лекарственная аллергия на аминазин	Пипольфен, дипразин
Инсектная аллергия	Противопоказаны продукты пчеловодства, мед.

При виявленні в анамнезі алергического захворювання середньої ступені тяжкості або важкого течення, цілесобразно за 30 мин. до введення препаратів ввести дексаметазон (2,0%) 8мг в/в (на фіз. р-ре 10,0).

При виникненні анафілаксії:

НЕОТЛОЖНА ПОМОЦЬ ПРИ АНАФЛАКСИИ:

ПЕРВЫЙ ЭТАП ЛЕЧЕНИЯ: АДРЕНАЛИН

- Адреналин может спасти жизнь пациента, поэтому должен быть немедленно введен в виде первой линии лечения для неотложной помощи при анафилаксии.
- Раннее введение адреналина должно проводиться в индивидуальном порядке, когда аллергическая реакция, вероятно, перерастает в анафилаксию.
- Адреналин следует вводить внутримышечно в середину внешней части бедра 0,01 мг/кг р-ра (1 мг/мл); максимум 0,5 мг (взрослый) или 0,3 мг (ребенок) или при наличии автоинъектора: детям от 7,5 до 25 кг - 0,15 мг, ≥25 кг - 0,3 мг.
- У пациентов, нуждающихся в повторных дозах адреналина, введения должны осуществляться по крайней мере через каждые 15 минут (большинство пациентов реагируют на введение 1-2 доз).
- В случае неадекватной реакции на 2 или более дозы адреналина внутримышечно, его можно вводить в виде вливания (инфузии) в отделении неотложной помощи, интенсивной терапии, в сопровождении врачей, с соответствующим кардиомониторингом.

ВТОРОЙ ЭТАП

- Остановить действие триггера анафилактической реакции.
- Оперативно, одновременно вызвать помощь и оценить состояние пациента.
- Пациентов с анафилаксией следует положить на спину с приподнятыми нижними конечностями, если они проявляют нестабильность кровообращения, перевести в позицию "сидя" пациентов, если у них развивается дыхательная недостаточность, или в спасительное положение на боку, если пациент потерял сознание.
- Всем пациентам с анафилаксией следует вводить высокую концентрацию кислорода через маску.
- Быстро ввести 1-2 литра 0,9% (изотонического) солевого раствора через катетер (5-10 мл/кг в первые 5-10 минут взрослому 10 мл /кг ребенку).

- Пациентам с бронхоспазмом следует дополнительно ввести ингаляционные бета2 агонисты через небулайзер для облегчения симптомов бронхоспазма.

ТРЕТИЙ ЭТАП

- Системные H1 (и H2) - антигистаминные препараты могут облегчить кожные симптомы анафилаксии
- Системные глюкокортикостероиды указать дозы на кг веса и путь введения могут быть использованы, поскольку они могут снизить риск респираторных симптомов поздней фазы и генерализации процесса
- Пациентов, у которых были проявления дыхательной недостаточности, следует тщательно осматривать крайней мере 6-8 часов; пациентов, с признаками нестабильности кровообращения, следует осматривать в течение 12-24 часов в отделении реанимации с последующим переводом в аллергологическое отделение
- Перед выпиской следует оценить риск будущих реакций, автоинъектор с адреналином должен быть назначен для лиц, подверженных риску рецидива

ВЫВОДЫ

1. При проведении занятий со студентами стоматологами обратить их внимание на рост аллергических болезней во всем мире.
2. Необходимость их распознавания путем сбора аллергологического анамнеза.
3. Научить дифференцировать аллергические заболевания полости рта с другими болезнями, которые манифестируются симптомами в полости рта.
4. Научить будущих стоматологов правилам перекресту лекарственных препаратов и продуктов питания с целью предупреждения аллергических реакций во время стоматологических манипуляций.
5. Научить быстро оказывать адекватную медицинскую помощь при возникновении острых аллергических реакций.
6. Четко определить показания для направления к врачу аллергологу (с-м Стивенса Джонсона, перенесенный в анамнезе анафилактический шок, синдром Лайелла, бронхиальная астма вне контроля, острые аллергические заболевания, крапивница, отек Квинке).

ЛИТЕРАТУРА

1. C1 inhibitor deficiency: consensus document//2005 British Society for Immunology,

- Clinical and Experimental Immunology, 139: 379-394.
2. *Charlesworth EN.* Urticaria and angioedema: a clinical spectrum. *Ann Allergy Asthma Immunol.* 1996 Jun; 76(6): 484-95.
 3. *Koplan A.* Urticaria and angioderma. In: *Allergy. Principles and Practice.* Ed. by E. Middleton, Ch E Reed, E.F. Ellis et al. 5th ed. «Mosby_Year Book, Inc.» St. Louis, 1998, p. 1104-1122.
 4. *Rebecca S.* Grucnalla Cincal assessment of drug-induced disease *Lancet.* 2000, 356; S.1505-1511.
 5. *Рой Паттерсон, Леслим К.Грэмму, Пол А.Гринбергу.* Аллергические болезни. Диагностика и лечение. Гэотар медицины. Москва 2000. С.313-412.
 6. Всемирная организация по аллергии: Руководство по профилактике аллергии и аллергической астмы. Под ред. SG. O. Janasson Tari и Haantela. Аллергология и иммунология. 2005, т.6 № 1. С. 81-91.
 7. *С.Б. Хацкель* «Аллергология в схемах и таблицах» Санкт-Петербург. Спец.Лит.- 2000.
 8. *С.В. Зайков, П.В. Гришило, А.П. Гришило.* «Диагностика и лечение аллергии к стоматологическим, ортопедическим материалам».
 9. Клінічна імунологія, алергологія, інсектологія. Спецвипуск №2.- 2014.

РЕЗЮМЕ

ОСНОВНІ ПРИНЦИПИ ВИКЛАДАННЯ АЛЕРГОЛОГІЇ ЛІКАРЯМ СТОМАТОЛОГАМ

Дитятковська Є.М

Дніпропетровський медичний інститут традиційної і нетрадиційної терапії

Стаття присвячена концепції викладання алергології студентам стоматологічного факультету. Представлено поширеність головних алергічних захворювань в світі, Україні та місті Дніпропетровськ. Наведені особливості алергологічного анамнезу при різноманітній сенсibiliзації. Систематизовані перехресні властивості медикаментозних препаратів та харчових продуктів з медикаментами. Наведена диференційна діагностика алергічних захворювань порожнини рота. Розроблений алгоритм надання медичної допомоги при ургентних станах у алергології.

Ключові слова: алергія, медикаментозна алергія, стоматологія.

SUMMARY

MAIN PRINCIPLES OF TEACHING ALLERGOLOGY TO STOMATOLOGY STUDENTS

Dyatyatkovs'ka E. M.

Dnipropetrovsk medical institute of traditional and alternative medicine

The article deals with the concept of teaching allergology to stomatology's to students. There is shown the incidence of the main allergic diseases in the world, Ukraine, city of Dnipropetrovsk, peculiarities of allergologic anamnesis within different types of sensitization. There are summarized the cross- features of drugs and food products with drugs. There is aggregated the differential diagnosis of mouth cavity allergic diseases. The algorithm of providing medical aid at the emergency states in allergologic department is composed.

Key words: Allergology, drag allergy, stomatology.

УДК 616.833.15-022.7:578.825.1

РЕФРАКТЕРНА АТИПОВА ТРИГЕМІНАЛЬНА НЕВРАЛГІЯ, АСОЦІЙОВАНА З РЕАКТИВОВАНОЮ ГЕРПЕСВІРУСНОЮ ІНФЕКЦІЄЮ: ПАТОГЕНЕТИЧНИЙ ЗВ'ЯЗОК І ЕФЕКТИВНІСТЬ КОМБІНОВАНОГО ПРОТИВІРУСНОГО ЛІКУВАННЯ

МАЛЬЦЕВ Д.В.¹, ФЕДІРКО В.О.², ЛІСЯНИЙ М.І.³, ВАСИЛЬЄВА І.Г.⁴

¹Національний медичний університет імені О.О. Богомольця МОЗ України, Інститут імунології та алергології; ² Центр лікування болю Інституту нейрохірургії імені академіка А.П. Ромаданова НАМН України; ³ Відділ нейроімунології Інституту нейрохірургії імені академіка А.П. Ромаданова НАМН України;

⁴ Лабораторія нейробіохімії Інституту нейрохірургії імені академіка А.П. Ромаданова НАМН України

Невралгія трійчастого нерву є поширеним важким захворюванням людини, що є складним для лікування. Щонайменше третина випадків хвороби характеризується рефрактерністю до рекомендованого лікування, яке включає здебільшого антиконвульсанти і антидепресанти

різних фармакологічних груп. У таких пацієнтів значно звужується діапазон соціальної адаптації та погіршується якість життя у зв'язку з щоденним інтенсивним, виснажуючим невропатичним болем та побічними ефектами від вказаної медикаментозної терапії. У деяких із них