



Клинический случай

Клинический разбор случаев аллергии и атопии на слизистой оболочке полости рта

И.К. Луцкая✉

УО «Белорусский государственный медицинский университет», Минск, Беларусь
✉lutskaja@mail.ru

Аннотация

На слизистой оболочке полости рта нередко обнаруживаются элементы поражения, характеризующие атопическую или аллергическую реакцию. Диагностика бывает затруднена в силу сходства симптомов и клинических проявлений, а потому требует дополнительных лабораторных исследований и обязательной консультации аллерголога, иммунолога. Назначается комплексное лечение профильными специалистами.

Ключевые слова: слизистая оболочка полости рта, аллергия, атопия.

Для цитирования: Луцкая И.К. Клинический разбор случаев аллергии и атопии на слизистой оболочке полости рта. *Клинический разбор в общей медицине*. 2025; 6 (5): 12–16. DOI: 10.47407/kr2025.6.5.00606

Clinical Case

Manifestation of allergic and atopic reactions on the mucosa of the oral cavity

Irina K. Lutskaya✉

Belarusian State Medical University, Minsk, Belarus
✉lutskaja@mail.ru

Abstract

Elements of damage that characterize an atopic or allergic reaction are often found on the oral mucosa. Diagnosis can be difficult due to the similarity of symptoms and clinical manifestations, and therefore requires additional laboratory tests and mandatory consultation with an allergist and immunologist. Treatment is prescribed comprehensively by specialized specialists.

Keywords: oral mucosa, allergy, atopy.

For citation: Lutskaya I.K. Manifestation of allergic and atopic reactions on the mucosa of the oral cavity. *Clinical review for general practice*. 2025; 6 (5): 12–16 (In Russ.). DOI: 10.47407/kr2025.6.5.00606

Введение

Проявления на слизистой оболочке полости рта (СОПР) аллергического статуса очень разнообразны и сопровождаются многими заболеваниями внутренних органов и систем человека. Пищевые антигены, химические вещества, медикаменты могут стать аллергенами для здорового организма, а при врожденных нарушениях иммунитета – вызывать атопические реакции [1, 2]. Любое из иммунных поражений (реакции немедленного типа – I, II, III, реакция замедленного типа – IV) способно приводить к нарушениям состояния СОПР. Анафилактическая или атопическая реакция возникает немедленно или в течение ближайших часов у сенситивизированных лиц, провоцируя крапивницу, бронхоспазм, анафилактический шок при взаимодействии антиген–антитело.

Анафилактический шок может возникнуть под влиянием ничтожно малого количества аллергена, который попадает в кровь больного при медикаментозной терапии или введении сыворотки. Он проявляется зудом кожи головы, языка, покраснением всего тела. Развиваются затрудненное дыхание, бронхоспазм, отек слизистой оболочки (СО) верхних дыхательных путей, понижение кровяного давления, потеря сознания. Местными проявлениями могут быть крапивница, сенной насморк, бронхиальная астма, отек Квинке [1, 3, 4].

Реакция Артюса (III тип) характеризуется некрозом, возникающим в результате поражения сосудов. Комплексы антиген–антитело осаждаются в сосудистой стенке, последняя становится рыхлой, кровообращение замедляется, возникают тромбы, закупорка сосуда, окружающие ткани некротизируются. Примерами являются многоформная эритема, гранулоцитопения, агранулоцитоз. Лейкоцитопения может провоцироваться амидопирином, сульфонидами, хлорамфениколом, тиоурацилом, золотом, соединениями мышьяка. При этом нередко проявления со стороны полости рта.

При замедленной реакции IV типа лимфоцитарные факторы активируют мононуклеарные клетки, индуцируя воспаление с инфильтрацией тканей. Подобные процессы происходят на СО рта при микробных аллергиях, туберкулезе, рецидивирующем афтозном стоматите, контактном дерматите [5–7].

Лечение аллергических и атопических проявлений требует комплексное. Местную терапию поражения СОПР назначает стоматолог, учитывая этиотропные, патогенетические и симптоматические звенья аллергии или атопии [3, 5, 8–10].

Цель настоящего исследования – анализ эффективности диагностики и лечения основных проявлений на СОПР аллергических и атопических реакций.

Материал и методы

Выполнены ретроспективный анализ медицинской документации, а также оценка результатов собственных клинических наблюдений, в том числе консультаций и консилиумов, на базе Городской клинической стоматологической поликлиники г. Минска за период 6 лет. Обследование пациентов, обращающихся за помощью, производилось на современном оборудовании в соответствии с утвержденными протоколами. Лабораторные исследования осуществлялись в специализированных учреждениях с применением информативных способов оценки общего статуса и локальных изменений показателей гомеостаза.

Результаты и обсуждение

Приводим анализ оценки статуса и описание основных проявлений на СОПР и красной кайме губ в клинических случаях аллергических и атопических заболеваний.

При **ангионевротическом отеке Квинке** пациент предъявляет жалобы на деформацию лица, напряжение в тканях, иногда отмечается зуд. Значительная припухлость мягких тканей, со слов больного, развивается в течение нескольких минут, иногда часов под воздействием аллергенов различной природы: пищевых, медикаментозных, бактериальных.

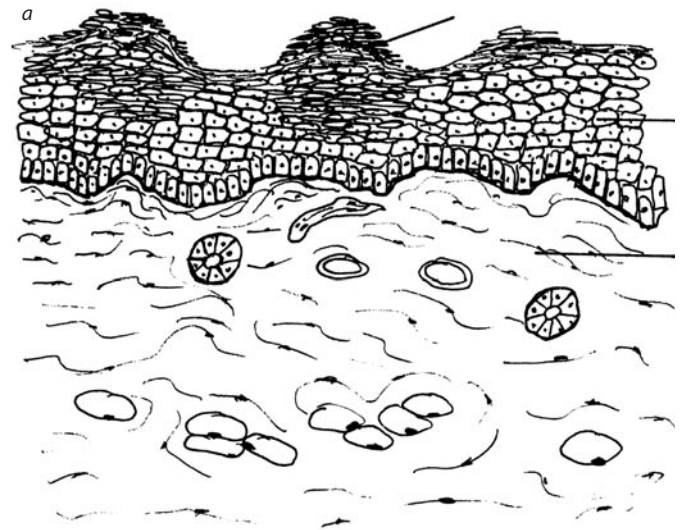
При осмотре обнаруживается ограниченный отек мягких тканей, который располагается чаще на верхней губе, веках. Реже он распространяется на язык, нижнюю губу, перемещаясь на шею, вплоть до гортани с угрозой асфиксии. Кожа напряжена, имеет плотно-эластичную консистенцию заинтересованного участка. Отек может удерживаться от нескольких часов до нескольких суток, проходит бесследно, однако обычно рецидивирует. При обследовании зубных рядов нередко удается выявить очаг хронического сепсиса в полости рта. Причиной отека могут также стать чувствительность к холоду, заболевания желудка, печени, «вегетососудистая дистония».

Лечение требует исключения провоцирующих факторов. Для местного воздействия стоматологом назначается симптоматическое лечение, обязательна санация полости рта. Общую гипосенсибилизирующую терапию осуществляет врач-аллерголог или иммунолог.

При **аллергическом контактном дерматите (стоматите)** пациента беспокоят зуд, жжение, чувство жара на участках контакта с раздражающим веществом. Симптомы могут выходить за пределы зон воздействия аллергенов. Триггером, как выясняется из анамнеза, может быть химическая соль хрома, никеля, кобальта, формальдегидная смола, косметическое средство, инсектицид, синтетическое моющее вещество, лекарственный препарат местного применения. При общем осмотре кожных покровов на фоне выраженного отека соединительной ткани выявляются элементы поражения в виде разнообразной сыпи. Определяется истинный полиморфизм высыпаний (пятна, папулы, везикулы и реже пустулы), в том числе на коже лица.

Рис. 1. Папулезная сыпь: а – схема; б – на СО.

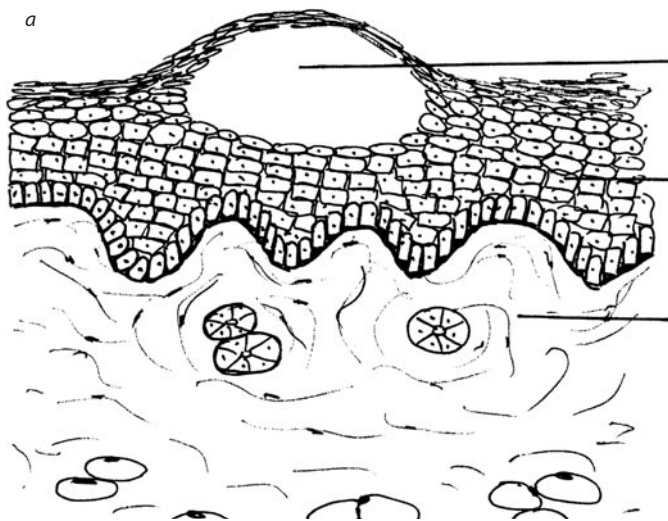
Fig. 1. Papular rash: a – scheme, b – on the mucous membrane.



В практике стоматолога рассматриваются случаи, когда в процесс вовлекаются СО: возникают отек, эритема, геморрагия, папулы, пузырьки или пузыри (рис. 1, 2). Они быстро лопаются с образованием болезненных эрозий. Высыпания локализуются на участках, подверженных травме, либо по всей СОПР. Стоматит может развиваться у лиц, использующих протезы, при непереносимости материалов для их изготовления, например пластмассы. При длительном воздействии кроме острой воспалительной реакции может проявляться гиперплазия участков СО (рис. 3). В редких клинических случаях, при сочетании с механическим раздражением, к воспалению присоединяется гиперкератоз (рис. 4).

При развитии острого периода фиксированной **токсидермии** пациента беспокоят интенсивный зуд, наличие папул, везикул, располагающихся на эритематозной основе участков гладкой кожи и на СО. Они сопровождаются эксфолиациями и эрозиями, выделением серозного экссудата. Может возникать одно или несколько округлых или овальных отечных гиперемированных пятен, в центре которых формируется пу-

Рис. 2. Пузырьковый элемент: а – схема, б – на СО языка.
 Fig. 2. Bullous element: a – scheme, b – on the mucous membrane of the tongue.



зырь. После того как воспалительные явления стихают, пятно существует еще длительное время.

Экзематозный хейлит (экзема губ) может протекать самостоятельно или сопровождается общей экземой, поэтому выявляется врачом любой специализации. Пациента беспокоят зуд, жжение, затрудненное открывание рта, сопровождающиеся развитием эритемы и пузырьков. Требуется тщательный опрос пациента, поскольку аллергенами могут быть самые различные факторы (очаг одонтогенной инфекции, микробы, пищевые вещества, медикаменты, металлы типа никеля и хрома, амальгама, зубная паста). Возникновению экземы может предшествовать заеда или трещины. Крас-

Рис. 3. Выраженная гиперплазия СО десны.
 Fig. 3. Severe gingival mucosal hyperplasia.



Рис. 4. Гиперкератоз нижней поверхности языка.
 Fig. 4. Hyperkeratosis on the lower surface of the tongue.



ная кайма и окружающая кожа отечны, гиперемированы, затем образуются чешуйки и начинается шелушение. Возможно развитие мелких узелков. Далее появляются мокнутие, мелкие везикулезные элементы, быстро подсыхающие в желтоватые или желтовато-серые корочки.

Клиническая картина отличается полиморфизмом, который имеет эволюционный характер: первичные высыпания предшествуют вторичным. При отсутствии лечения возникают рецидивы и процесс приобретает хроническое течение. Состояние может осложняться образованием болезненных, иногда кровоточащих трещин.

Пациентов с экземой губ необходимо консультировать у специалиста с исследованием аллергологического статуса – тестирование с набором стандартных аллергенов. Микробиологический анализ соскоба со

Рис. 5. Атопический хейлит (легкое течение).

Fig. 5. Atopic cheilitis (mild).



дна трещин дополняется специфическими тестами (на стрептококковый аллерген).

Комплексное лечение заключается в гипосенсибилизации организма, назначении седативных средств. Местное воздействие, назначаемое стоматологом, требует симптоматического и патогенетического лечения, в том числе применения кортикостероидных препаратов. Обязательна санация полости рта.

При **атопическом дерматите** (легкое течение) пациента беспокоят слабый зуд, легкая гиперемия, незначительная экссудация, небольшое шелушение, единичные папулы, везикулы (рис. 5). Увеличение лимфатических узлов незначительное. При средней тяжести – зуд умеренный. Имеются множественные очаги поражения кожи и СО с экссудацией или лихенификацией, расчесы и геморрагические корки. Лимфатические узлы ощутимо увеличены (до размера фасоли). При тяжелом течении пациент предъявляет жалобы на зуд сильный, мучительный, часто пароксизмальный, серьезно нарушающий сон и самочувствие. Обнаруживаются множественные сливающиеся очаги поражения, выраженная экссудация или лихенификация, глубокие трещины, эрозии, множественные геморрагические корки, практически все группы лимфатических узлов увеличены до размеров лесного ореха.

Триггером атопического дерматита может служить истинно аллергенный (белковые вещества) и другой раздражитель (химические вещества небелковой природы: пищевые добавки, красители одежды, перегревание, сухой воздух, расчесывание кожи, стресс). Причем неаллергенные факторы усиливают либо вызывают симптомы дерматита самостоятельно. У больных с хроническим атопическим воспалением изменения могут существовать одновременно на разных участках кожи и СОПР.

Диагностические критерии атопического дерматита (стоматита) сочетают субъективное ощущение зуда и объективных анамнестических признаков: дерматита; наличия у ближайших родственников аллергического статуса;

распространенной сухости кожи; развития дерматита в период до 2-летнего возраста. Лабораторные исследования включают иммунологические, серологические, аллергологические тесты. Повышенный уровень концентрации общего сывороточного иммуноглобулина Е, эозинофилия могут свидетельствовать в пользу атопического генеза стоматита. Для обнаружения специфического сывороточного иммуноглобулина Е используют радиоаллергосорбентный тест, иммуноферментный анализ, множественный аллергосорбентный тест и другие методы *in vitro*. Обследование для выявления вирусов или бактерий, провоцирующих осложнения, наиболее часто обнаруживает вирус герпеса, дерматофиты, стрептококки, стафилококки, грибковую флору.

В схеме лечения атопического дерматита предусматривается устранение сухости кожи при помощи увлажняющих и смягчающих средств. Антибактериальные и противогрибковые препараты используются как самостоятельно, так и в двойном (глюкокортикостероид и антибиотик или противогрибковое средство), а также в тройном сочетании (глюкокортикостероид, антибиотик и противогрибковое средство): Пимафукорт, Тридерм, Акридерм. Противовоспалительную активность оказывают глюкокортикостероиды «повышенной безопасности»: Адвантан (метилпреднизолона ацепонат), Афлодерм (алклометазона дипропионат), Локоид (гидрокортизона 17-бутират), Элоком (мометазона фураат). Адвантан можно наносить на любые области, в том числе лицо. Афлодерм используют от 1 до 3 раз в сутки. Локоид применяется для лечения дерматита, включая кожу лица. Элоком можно наносить на кожу лица однократно в течение суток.

Атопический хейлит может протекать самостоятельно либо сопровождать общую картину атопического дерматита. Заболевание начинается остро, вызывая зуд и четко отграниченную розовую эритему, иногда отмечается отечность красной каймы губ. На месте расчесов появляются корочки. Острые явления стихают, развивается лихенизация: красная кайма инфильтрирована, покрыта мелкими чешуйками, тонкими бороздками. В углах рта образуются мелкие трещины. Процесс не переходит на СО и зону Клейна, захватывая кожу вокруг губ. Атопический хейлит протекает длительно, обострения возникают преимущественно в осенне-зимний период, летом наступает ремиссия.

У детей клиника проявляется особенно ярко: отечность кожи в околоротовой области, инфильтрация и шелушение красной каймы губ, радиальная исчерченность. Характерны папулезные высыпания в углах рта. Атопический хейлит и его рецидивы имеют косметические последствия (изменение цвета, архитектоники губ), нарушают питание ребенка, препятствуют санации полости рта. Могут возникать психосоматические нарушения. К окончанию полового созревания у большинства подростков наблюдается самоизлечение, однако могут сохраняться незначительные высыпания, преимущественно в углах рта.

Для уточнения диагноза требуется консультация иммунолога, аллерголога, дерматолога. Специальные аллергологические тесты основаны на генетической предрасположенности к атопии.

Для оценки аллергической реакции *in vivo* на интактном участке СО (чаще на небе) осуществляют мукозную пробу. Изготавливают съемные протезы с двумя углублениями на внутренней поверхности. Одно заполняется водным раствором аллергена, второе – физиологическим раствором. Протез укрепляют на зубах. Спустя 15–25 мин его осторожно снимают и через 1, 24 и 48 ч определяют интенсивность реакции.

Общее лечение атопического хейлита требует назначения гипосенсибилизирующей терапии, применяются антигистаминные средства: Супрастин 0,025 2–3 раза в день; Фенкарол 0,025–0,05 3–4 раза в день; Тавегил 0,001 2 раза в день; лоратадин (Кларитин) 0,01, цетиризин (Зиртек). Хорошее терапевтическое воздействие оказывают гистаглобулин, который назначают курсами по 6–8 инъекций внутривенно 2 раза в неделю в возрастающих дозах, начиная с 0,2 мл до 1 мл, тиосульфат натрия внутрь или внутривенно, седативные препараты (Триоксазин, Седуксен, Меллерил). При упорном течении атопического хейлита можно назначить внутрь кортикостероиды: преднизолон (детям 8–14 лет по 10–15 мг/сут, взрослым по 15–20 мг/сут) или дексаметазон. Местно назначают кортикостероидные мази: 1% крем гидрокортизона ацетат, 0,1% мазь и крем гидрокортизона бутират (Латикорт), 0,1% мазь и крем мометазон (Элоком), 0,5% мазь преднизолон, 0,1% мазь триамцинолона ацетонид (Фторокорт), 0,025% мазь и

гель фторцинолона ацетонид (Флуцинар). Положительный эффект оказывают лучи Букки. Из пищевого рациона пациента следует исключить острую, соленую, пряную пищу, алкоголь, резко ограничить количество углеводов.

Заключение и выводы

Разнообразие проявлений в полости рта аллергических и атопических заболеваний серьезно затрудняет диагностику и выбор местного медикаментозного метода лечения. В ряде случаев высыпания могут быть локальными, однако чаще развиваются на фоне общей картины аллергенного статуса. Для СОПР характерны выраженная болезненность и быстрое нарушение целостности эпителиального покрова. На коже лица и красной кайме губ четко проявляется истинный полиморфизм высыпаний. Практически во всех клинических случаях требуются дополнительные лабораторные исследования (общие и локальные) для уточнения диагноза и выявления этиотропного фактора. Местное лечение назначает стоматолог, при необходимости после консультации с дерматологом. Общая терапия обязательна. Требуется участие аллерголога, иммунолога для коррекции гуморальных и клеточных показателей здоровья. Адекватное лечение позволяет не только улучшить состояние пациента, но и снизить риск развития рецидивов.

Конфликт интересов. Автор заявляет об отсутствии конфликта интересов.

Conflict of interests. The author declares that there is not conflict of interests.

Литература / References

1. Азарова Е.А., Затонская Е.А. Профессиональные заболевания врачей-стоматологов. *Дентал Юг*. 2013;(48):74-6. Azarova E.A., Zatonskaya E.A. Occupational diseases of dentists. *Dental Yug*. 2013;(48):74-6 (in Russian).
2. Борк К. Болезни слизистой оболочки полости рта и губ. Клиника, диагностика и лечение. Атлас и руководство. Пер. с нем. Под ред. В.П. Адашевича, И.К. Лупкой. М.: Медицинская литература, 2011. Bork K. Diseases of the mucous membrane of the oral cavity and lips. Clinic, diagnostics and treatment. Atlas and manual. Translated from German. Edited by V.P. Adaskevich, I.K. Lushko. Moscow: Medical Literature, 2011 (in Russian).
3. Данилевский Н.Ф., Леонтьев В.К., Несин А.Ф. Заболевания слизистой оболочки полости рта и губ. М.: Стоматология, 2001. Danilevsky N.F., Leontiev V.K., Nesin A.F. Diseases of the mucous membrane of the oral cavity and lips. Moscow: Stomatology, 2001 (in Russian).
4. Камышников В.С. О чем говорят медицинские анализы. Справочное пособие. Минск: Медицинская наука, 1997. Kamyshnikov V.S. What medical tests say. Reference manual. Minsk: Medical Science, 1997 (in Russian).
5. Коваль Н.И., Несин А.Ф., Коваль Е.А. Заболевания губ. Клиническая картина. Диагностика. Лечение. Профилактика. Киев, 2013. Koval N.I., Nesin A.F., Koval E.A. Diseases of the lips. Clinical picture. Diagnostics. Treatment. Prevention. Kyiv, 2013 (in Russian).
6. Наумович С.А. Современные материалы и конструкции в ортопедической стоматологии. *Современная стоматология*. 2002;(2):3-7. Naumovich S.A. Modern materials and structures in orthopedic dentistry. *Modern dentistry*. 2002;(2):3-7 (in Russian).
7. Friedman S. Internal Bleaching: long-term outcomes and complications. *J Am Dent Assoc* 1997.
8. Лобко С.С., Хоменко А.И. Антигистаминные средства и их использование в стоматологии. *Стоматолог*. 2012;3(6):68-76. Lobko S.S., Khomenko A.I. Antihistamines and their use in dentistry. *Stomatologist*. 2012;3(6):68-76 (in Russian).
9. Лутская И.К. Заболевания слизистой оболочки полости рта. Карманный справочник врача. 2-е изд. М.: Медицинская литература, 2014. Lutskaya I.K. Diseases of the oral mucosa. Pocket reference book for doctors. 2nd ed. Moscow: Medical Literature, 2014 (in Russian).
10. Современная стратегия терапии атопического дерматита: программа действий педиатра. Согласительный документ Ассоциации детских аллергологов и иммунологов России. М., 2004. Modern strategy of atopic dermatitis therapy: program of actions of pediatrician. Consensus document of the Association of children's allergists and immunologists of Russia. Moscow, 2004 (in Russian).

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРЕ

Лутская Ирина Константиновна – д-р мед. наук, проф. каф. терапевтической стоматологии Института повышения квалификации и переподготовки кадров здравоохранения УО БГМУ. E-mail: lutskaja@mail.ru

Поступила в редакцию: 11.02.2025

Поступила после рецензирования: 28.02.2025

Принята к публикации: 06.03.2025

INFORMATION ABOUT THE AUTHOR

Irina K. Lutskaya – Dr. Sci. (Med.), Professor, Belarusian State Medical University. E-mail: lutskaja@mail.ru

Received: 11.02.2025

Revised: 28.02.2025

Accepted: 06.03.2025