

шего медикамента и обусловлено реакцией антиген — антитело. Медикаменты или простые химические вещества (гаптены) обычно становятся антигенами лишь в результате их взаимодействия с белками сыворотки крови, кожи, слизистой оболочки и др. Принципиально любой медикамент может служить причиной развития аллергии. Вместе с тем если одни медикаменты относительно часто сенсибилизируют организм, то другие способны оказать такое воздействие лишь на фоне уже имеющихся расстройств реактивности организма, нарушений функционального состояния нервной системы и др.

Аллергенную активность медикаментов связывают с особенностями химической структуры гаптена. Установлено, что отчетливо выраженной аллергенностью обладают препараты, в формуле которых содержится бензольное кольцо (сульфаниламиды, новокаин, анестезин и др.). Это свойство усиливается присоединенной к нему аминогруппой (особенно в параположении) или хлором. Аналогично действуют медикаменты, в формуле которых содержится пиримидиновое ядро (многие антибиотики, витамин В₁, фенотиазин и др.). Обладают аллергенными свойствами и некоторые металлы (кобальт, хром, ртуть и др.). Общеизвестна также выраженная аллергенность биопрепаратов. Необходимо учитывать способность ряда медикаментов повышать чувствительность организма и к другим веществам, имеющим сходную химическую структуру. Например, особенно большое число групповых (перекрестных) реакций вызывает широко применяющийся зарубежными стоматологами прокаин — аналог отечественного новокаина.

Симптоматика аллергических поражений слизистой оболочки полости рта, кожи и общих реакций не находится в сколько-нибудь определенной зависимости от примененного препарата. Различные медикаменты могут вызвать сходные симптомы, а один и тот же препарат у разных лиц либо в разное время вызывает неодинаковую аллергическую реакцию. Определенную роль играет способ введения препарата. Рассмотрим основные черты каждой из указанных групп аллергических реакций.

1. Аллергические реакции слизистой оболочки полости рта при энтеральном, парентеральном и кожном применении лекарств наблюдаются как в виде изолированных поражений, так и в сочетании с поражениями кожных покровов и внутренних органов. На слизистой оболочке полости рта при этом обычно образуются буллезно-эритематозные, эрозивные, реже пузырьковые элементы, что нередко сопровождается общими явлениями. Такие элементы, как правило, возникают в переднем отделе полости рта, особенно часто поражая красную кайму губ. Поражаются и ткани краевого пародонта [4]. В некоторых случаях эрозии на слизистой оболочке изъязвляются. Этому может способствовать травма зубами, коронка которых разрушена, а пульпа инфицирована. В отличие от неосложненных элементов поражения, которые после отмены соответствующего препарата обнаруживают тенденцию к эпителизации, изъязвления сохраняются, нередко прогрессируя и после отмены препарата-аллергена. Общие явления в виде повышения температуры обычно исчезают после отмены препарата.

Аллергические реакции на слизистой оболочке полости рта особенно часто наблюдаются при введении антибиотиков, барбитуратов, сульфаниламидов, ацетилсалициловой кислоты, фенаcetина, ПАСК, кортикостероидов, коденна, наперстянки, препаратов ртути и др. Диагностике таких поражений способствует тщательно собранный аллергологически направленный анамнез и кожные пробы с соответствующим аллергеном, читаемые через 20—30 мин. после их постановки. Используются и серологические реакции. Наиболее надежны так называемые экспозиционные (провокационные) пробы с соответствующими медикаментами, которые, однако, допустимы лишь при условии абсолютного исключения

роковых последствий [8]. Райка (1966) подчеркивает, что экспозиционную пробу необходимо проводить тем же путем, которым медикамент первоначально попал в организм.

Заслуживает внимания и своеобразное поражение слизистой оболочки в виде фиксированной эритемы полости рта.

Особый интерес с точки зрения генеза, клинического течения и диагностики представляют язвенные поражения слизистой оболочки полости рта, развивающиеся в результате аллергических реакций, приводящих к повреждению зернистых элементов крови. Обнаружение в полости рта, преимущественно в заднем его отделе, язвенно-некротических элементов должно навести врача на мысль об агранулоцитозе как следствии аллергии к ацетилсалициловой кислоте, анальгину, бутадionу и др. В таких случаях даже при отрицательных кожных пробах с соответствующими препаратами важное диагностическое значение приобретает исследование крови, выявляющее резкое снижение числа лейкоцитов (до 500) после приема небольших доз препарата.

Лечение во всех случаях состоит в исключении контакта больного с препаратом-аллергеном и назначении десенсибилизирующих средств. При эрозиях в полости рта достаточной мерой являются индифферентные или обволакивающие полоскания; при появлении язвенных элементов необходима, кроме того, оксидация изъязвленной поверхности слизистой, интенсивная ирригация полости рта, устранение возможных травмирующих факторов, общеукрепляющая терапия и нераздражающее калорийное питание.

Профилактика сводится к борьбе с бесконтрольным применением лекарственных препаратов населением и ранней индикации чувствительности больных к наиболее распространенным в данное время лекарствам. Не меньшее значение приобретает оценка врачом состояния реактивности организма больного при определении курса медикаментозного лечения.

II. Аллергические реакции, проявляющиеся вне полости рта в связи с медикаментозными воздействиями на ткани и органы полости рта, изучены в меньшей степени. Обычно речь идет о двух типичных видах реакций. Первый тип поражения связан с внутриротовой инъекцией раствора того или иного медикамента. Клинические проявления в таких случаях фактически не отличаются от аллергических реакций, возникающих при подкожной, внутримышечной, внутривенной или другой инъекции соответствующего препарата [5]. При этом могут наблюдаться как анафилактический шок или анафилактоидные реакции, так и поражения кожи с весьма неспецифическими высыпаниями и изменениями внутренних органов. В равной степени могут возникать и энантемы в полости рта. Однако поражение слизистой оболочки полости рта при внутриротовом введении отнюдь не обязательно.

Другой тип аллергических реакций вне полости рта связан с введением того или иного медикамента, обладающего выраженными аллергенными свойствами, в кариозную полость, в корневые каналы, а также в патологический десневой карман либо в виде аппликаций на слизистую оболочку рта. Проявляющиеся при этом общая реакция, поражения кожи или внутренних органов характеризуются нерезкой симптоматикой и торпидным течением. При этом уместна аналогия с так называемым очаговым действием, обусловленным хроническим околоверхушечным воспалительным процессом.

По-видимому, оба типа аллергических поражений «на периферии» при действии медикаментов в полости рта следует рассматривать как реакции немедленного типа. В нашей клинике установлено, что после пломбирования корневых каналов зубов йодоформом или биомицином при верхушечном периодонтите в крови больных появляются соответствующие антитела. Так, при обследовании сыворотки крови 39 больных

реакция связывания комплемента на холоду была положительной у 7, а реакция Бойдена — у 6 [3]. У значительно большего числа больных обнаружены положительные внутрикожные пробы.

Диагностика таких поражений нередко весьма затруднительна. Накожные и внутрикожные пробы, а также серологические реакции в состоянии определить лишь наличие сенсибилизации, выявить аллерген. Найти же источник алергизации бывает очень трудно. Такие больные могут ведь и не обратиться к стоматологу. Между тем в случаях, когда источник сенсибилизации кроется в зубе, особенно в его полости, выявление причины аллергической реакции доступно только врачу-стоматологу.

Лечение больных второй группы всецело зависит от того, удалось ли обнаружить источник сенсибилизации в полости рта. Без его устранения даже настойчивая антигистаминная терапия оказывается безуспешной. Если источником сенсибилизации является поступление лекарств через слизистую оболочку или патологический десневой карман, то их введение легко прекратить. Если же аллерген находится в полости зуба или в карнозной полости, его устранение весьма сложно. Так, если речь идет о пломбе из амальгамы или акриловой пластмассы, то недостаточно ее удалить. Следует также произвести иссечение твердых тканей, соприкасающихся с пломбой. Удаление корневой пломбы связано с большими трудностями. К тому же после ее удаления необходимо многократное промывание стенок корневого канала, аспирация содержимого канала с помощью шприца или вакуума, а также значительное расширение просвета корневого канала с помощью эндоканальных инструментов. После этого в корневой канал вводят белую глину или другой, абсорбент. Окончательное пломбирование корневого канала возможно только после исчезновения признаков аллергического поражения. При этом используются пломбировочные материалы, обычно не вызывающие сенсибилизации организма.

Если из корневого канала зуба не удается полностью извлечь аллерген (препарат), которым заполнена полость зуба, прибегают к удалению зуба. В случаях с невыявленным очагом сенсибилизации можно предпринять попытку провести специфическую десенсибилизацию. Надо, однако, иметь в виду, что вопросы специфической десенсибилизации к химическим соединениям разработаны недостаточно.

Профилактика поражений этой группы требует: а) учитывать состояние реактивности организма при проведении медикаментозного лечения; б) ограничить круг средств, обладающих заведомо выраженной аллергенной активностью. В первую очередь это касается препаратов, вводимых в организм на длительное время (пломбировочные материалы и пасты), а также медикаментов, предназначенных для частого повторного введения (для обработки патологических зубо-десневых карманов); в) шире изучать аллергенные свойства медикаментозных средств и материалов, применяющихся в стоматологии [7].

III. Поражения слизистой оболочки полости рта вследствие повторного или длительного локального действия медикаментов и материалов аллергической природы (контактная аллергия) связаны с повышенной чувствительностью замедленного типа. Клинические проявления контактной аллергии в полости рта крайне разнообразны. Это обусловлено прежде всего полиморфизмом элементов поражения на слизистой оболочке полости рта, розовой кайме губы и коже приротовой области. Наряду с эритематозными, папулезными, афтозными и буллезно-эрозивными элементами нередко обнаруживаются явления кератоза, десквамации и помутнения. У некоторых больных элементы поражения по своей картине напоминают красный плоский лишай. Проявления контактной аллергии могут сочетаться с другими поражениями слизистой оболочки полости рта либо способствовать их обострению. Весьма часто

приходится сталкиваться с проявлениями, выражающимися главным образом в субъективных ощущениях различной интенсивности, — от чувства жжения и боли до чувства парестезии и «неловкости» во рту. Больные жалуются на зуд во рту, вязкость слюны и извращение вкуса. Общие явления в виде слабости и повышения температуры у таких больных редки. Как правило, у них наблюдается нарушение функционального состояния нервной системы. Такие больные раздражительны, страдают бессонницей, нередко они депрессивны и склонны к канцерофобии.

Контактная аллергия в полости рта вызывается местным применением антибиотиков, сульфаниламидов, новокаина, анестезина и др. [6, 9]. Причиной контактной аллергии в стоматологической практике могут служить аппликации синтомициновой эмульсии, анестезина, сосание таблеток пенициллина, тетрациклина, повторные интрамукозные инъекции растворов пенициллина, стрептомицина, новокаина, витамина В₁ и др.

Не меньшее значение в происхождении контактной аллергии слизистой оболочки полости рта имеет ее длительный контакт с обычно безвредными пломбирочными и зубопротезными материалами. В частности это касается зубных протезов, их деталей и пломб из акриловых пластмасс, стальных протезов, амальгамовых пломб. Общей чертой контактных поражений акрилатами следует считать относительную ограниченность очага поражения зоной протезного лома. Кстати, наблюдавшиеся нами поражения слизистой оболочки губ, вызванные искусственными зубами, облицованными пластмассой, также строго соответствовали месту контакта пластмассы со слизистой оболочкой.

Принято считать, что нарушения технологии изготовления протеза, приводящие к неполной полимеризации пластмассы, способствуют сенсибилизации организма. Вместе с тем даже технологически и технически полноценный протез может явиться причиной аллергического поражения. Аллергизация способствует и нарушение целостности эпителиального слоя слизистой оболочки.

Относительно часто наблюдается аллергия к хрому у лиц, пользующихся зубными протезами из стали: у них появляется жжение, боли и пощипывание в языке, слизистой оболочке собственно полости рта и ее преддверия, десен, чувство неловкости во рту; иногда преобладают ощущения привкуса металла и вязкости на губах. Употребление кислой и соленой пищи, как правило, вызывает у таких лиц усиление перечисленных выше ощущений. Кроме того, некоторые больные жалуются на сухость в полости рта и извращение вкуса [7, 11]. Отмечено повышение чувствительности к хрому при хронически рецидивирующем афтозном стоматите и красном плоском лишае.

В плане диагностики аллергии к хрому, наряду с направленным сбором анамнеза, анализом клинической картины и ее динамики, важнейшее место занимают накожные пробы, оказавшиеся более чувствительными, чем внутрикожные. Титрированные накожные пробы позволяют количественно оценивать результаты пробы. Косвенным подтверждением диагностической ценности кожных проб служит то, что у ряда больных после их постановки обостряются (или провоцируются) симптомы заболевания.

Лечение аллергии к хрому состоит в устранении контакта с ним. В первую очередь следует удалить зубные протезы и детали съемных протезов из стали. Необходимо иметь в виду, что аллергические реакции могут продолжаться и после удаления зубных протезов, при контакте с хромом на производстве и нередко в быту, при пользовании хромированными ложками, вилками и т. п., а также при ношении обуви из кожи, обработанной солями хрома [11].

Симптомы аллергии к хрому не всегда исчезают сразу после удаления протезов из стали. Иногда приходится весьма длительное время.

проводить антигистаминную и симптоматическую терапию; в отдельных случаях, обычно затяжных, полная ликвидация проявлений достигается лишь после применения транквилизаторов.

Для профилактики контактной аллергии к хрому очень важно при определении показаний к применению зубных протезов из стали учитывать состояние реактивности организма. Лицам, склонным к аллергическим и особенно парааллергическим реакциям, нежелательно вводить в полость рта стальные протезы. Наконец, известную роль может играть и технология изготовления стальных зубных протезов, пайка их отдельных звеньев и др.

Практическое значение имеет аллергическая чувствительность организма к ртути. В частности, этот вопрос представляет интерес в связи с широким использованием амальгам для пломбирования полостей в зубах. Контактные аллергические поражения, вызываемые ртутью, считаются редкими. Вместе с тем такие поражения описаны у людей, имеющих в зубах пломбы из ртутной амальгамы. Накожные пробы с раствором сулемы, проведенные у ряда здоровых лиц и у пациентов с патологией слизистой оболочки рта, имеющих амальгамовые пломбы, оказались у всех обследованных отрицательными.

Описана аллергическая реакция на проволочную шину из нержавеющей стали при повышенной чувствительности к никелю [13].

Контактную аллергию могут вызвать зубные пасты, зубные порошки, губная помада. В качестве аллергенов, входящих в состав зубных порошков, называют дихлорфенол, гексилрезорцин и другие ингредиенты, а в состав губной помады — красители группы эозина и эфирные масла.

Приведенные данные свидетельствуют о необходимости тщательного анализа, с точки зрения развития аллергозов, всей медикаментозной терапии, проводимой как стоматологами, так и другими специалистами.

ЛИТЕРАТУРА

1. Аршанский Н. Д. Стоматология, 1976, 6. — 2. Горчаков Л. Б. Аллергия и социально-гигиенические проблемы. Автореф. докт. дисс., Саратов, 1975. — 3. Зайденштейн А. Ю. В кн.: Кариез зуба и реактивность организма. Казань, 1966. — 4. Захарова—Богатырева В. А. В кн.: Современные вопросы проблемы кариеса зубов. Казань, 1968. — 5. Корытный Д. Л., Овруцкий Г. Д. Неотложные состояния в клинике терапевтической стоматологии. Алма-Ата, 1976. — 6. Лукомский И. Г. Терапевтическая стоматология. М., 1955. — 7. Овруцкий Г. Д. Труды V Всесоюз. съезда стоматологов. М., 1970; Тез. докл. II Всеросс. съезда стоматологов. М., 1970; Материалы 6 научно-практ. конф. врачей Ульяновской области. Ульяновск, 1970. — 8. Овруцкий Г. Д., Зайденштейн А. Ю. В кн.: Экстренная медицинская помощь на догоспитальном этапе. Казань, 1972. — 9. Рыбаков А. И. Стоматиты. М., 1964. — 10. Рыбаков А. И., Гранин А. В. В кн.: Руководство по терапевтической стоматологии. М., 1967. — 11. Ульянов А. Д. В кн.: Вопросы стоматологии. Казань, 1971; Аллергия к хрому при пользовании зубными протезами из стали. Автореф. канд. дисс., Казань, 1974. — 12. Райка Э. Аллергия и аллергические заболевания. Будапешт, 1966. — 13. Schriver W. R., Shereff R. H. a. o. Oral. Surg., 1976, 42, 5.

Поступила 1 декабря 1977 г.

УДК 616.314—002+616.316—056.3

КАРИЕС ЗУБА И АЛЛЕРГИЧЕСКИЕ РЕАКЦИИ СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ

Доц. Х. М. Сайфуллина

Кафедра стоматологии детского возраста (зав. — доц. Х. М. Сайфуллина) Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института им. С. В. Кирова

Реферат. В клинике и в эксперименте изучено влияние нарушения функционального состояния слюнной железы на развитие кариеса зубов. Установлена зависимость развития и остроты течения кариеса зубов от уровня неспецифической реактив-