

УРАЖЕННЯ СЛИЗОВОЇ ОБОЛОНКИ ПОРОЖНИНИ РОТА ПРИ ГОСТРИХ РЕСПІРАТОРНИХ ВІРУСНИХ ІНФЕКЦІЯХ У ДІТЕЙ З ОБТЯЖЕНИМ АЛЕРГОЛОГІЧНИМ АНАМНЕЗОМ

УРАЖЕННЯ СЛИЗОВОЇ ОБОЛОНКИ ПОРОЖНИНИ РОТА ПРИ ГОСТРИХ РЕСПІРАТОРНИХ ВІРУСНИХ ІНФЕКЦІЯХ У ДІТЕЙ З ОБТЯЖЕНИМ АЛЕРГОЛОГІЧНИМ АНАМНЕЗОМ – Прояви уражень слизової оболонки порожнини рота при гострих вірусних інфекціях респіраторного тракту в дітей, нашаровуючись на алергічні реакції, приводять до маніфестації клінічних проявів алергії.

ПОРАЖЕННЯ СЛИЗИСТОЇ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА ПРИ ОСТРЫХ РЕСПІРАТОРНЫХ ВИРУСНЫХ ИНФЕКЦИЯХ У ДЕТЕЙ С ОТЯГОЩЕННЫМ АЛЛЕРГОЛОГИЧЕСКИМ АНАМНЕЗОМ – Проявления поражений слизистой оболочки полости рта при острых вирусных инфекциях респираторного тракта у детей, наслаиваясь на аллергические реакции, приводят к манифестации клинических проявлений аллергии.

LESIONS OF THE ORAL MUCOSA IN ACUTE RESPIRATORY VIRAL TRACT INFECTIONS IN CHILDREN WITH PRONE ALLERGIC REACTION – Manifestations of lesions of the oral mucosa in acute viral respiratory tract infections in children, the layering of allergic reactions through activation of pathological processes lead to the manifestation of clinical symptoms of allergy.

Ключові слова: слизова оболонка порожнини рота, гострі респіраторні вірусні інфекції, алергічні реакції, неспецифічний імунітет.

Ключевые слова: слизистая оболочка полости рта, острые респираторные вирусные инфекции, аллергологический анамнез, неспецифический иммунитет.

Key words: oral mucosa, acute respiratory viral infection, allergic reactions, nonspecific immunity.

ВСТУП Найпоширенішими в дитячому віці є гострі респіраторні вірусні інфекції (ГРВІ), на долю яких припадає до 90 % всіх зареєстрованих захворювань [7, 9, 12], причому діти, схильні до алергічних реакцій, хворіють на ГРВІ частіше та у тяжчій формі [1, 11, 13, 19, 20, 22]. Оскільки ГРВІ мають здатність індукувати синтез імуноглобуліну Е та утворення специфічних ІgЕ-антитіл, то при контакті з респіраторною вірусною інфекцією у дітей з обтяженим алергологічним анамнезом можуть обтяжитись алергічні симптоми [1, 3, 11, 13, 19].

Разом з тим, результати численних досліджень [2, 5, 8, 18, 25] показали, що в організмі хворих на алергію дітей наявний постійний рівень мінімального персистуючого запалення, яке характеризується інфільтрацією тканин еозинофілами, нейтрофілами тощо. Вказані зміни відіграють важливу роль у підвищеній сприйнятливості дітей до респіраторної інфекції та зростанні ймовірності захворювання, а також значною мірою пояснює схильність хворих на алергію до частих епізодів ГРВІ [17, 21, 23, 24]. Проте питання клінічних проявів ГРВІ у дітей з обтяженим алергологічним анамнезом залишаються актуальними проблемами педіатрії [6, 7, 16].

Метою дослідження було виявити взаємозв'язок клінічних проявів уражень слизової оболонки порожнини рота при гострих респіраторних вірусних інфекціях у дітей з обтяженим алергологічним анамнезом.

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ Для типової клінічної картини ГРВІ, як відомо [9], характерне поєднання двох провідних синдромів – загальної інтоксикації і катаральних явищ верхніх дихальних шляхів, і залежно від їх вираження, характеру ускладнень за ступенями тяжкості перебігу захворювання у дітей з обтяженим алергологічним анамнезом виділяли легку (35 осіб), середньотяжку (76 осіб) та тяжку форми (43 осіб).

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕНЬ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ У перший день захворювання симптоми загальної інтоксикації були максимально виражені: явища інтоксикації організму хворих дітей домінували над катаральним симптомом. В наступні дві–три доби уражалась слизова оболонка порожнини рота (СОПР), однак ці зміни не мали строго специфічного характеру, їх вираження визначали тяжкістю перебігу ГРВІ. При огляді порожнини рота привертала увагу гінгівіт, переважно катаральний (70,8 % випадків), значно рідше – гіпертрофічний та виразково-некротичний (20,1 та 9,1 % випадків відповідно). СОПР гіперемована, набрякла, судинний малюнок посилений, відмічаються геморагії, переважно на слизовій м'якого піднебіння, піднебінних дужок. Елементи ураження – афти – виявлялись в 23,3 % дітей, хворих на ГРВІ, як правило, при тяжкій формі захворювання, причому в дітей з обтяженим алергологічним анамнезом. Елементи ураження частіше поодинокі, рідше – множинні, розміром 1–5 мм у діаметрі, без схильності до злиття. Локалізуються афти на різних ділянках слизової оболонки порожнини рота – м'якому та твердому піднебінні, язика (боковій поверхні та кінчику), слизовій оболонці губ, щік, ясен. Наліт на поверхні афт жовто-білого чи сіруватого кольору, при знятті оголюється болюча ерозивна поверхня.

У всіх обстежених відмічали гіпосалівацію: слина в'язка, тягуча, з неприємним запахом. Язик покритий біло-сірим нальотом, який знімався з деяким зусиллям, на різних ділянках спинки язика спостерігали десквамацію епітелію.

У дітей із схильністю до алергічних уражень в 15,5 % випадків діагностували медикаментозний стоматит, який обтяжував перебіг вірусного захворювання. На червоній каймі губ та шкірі приротової ділянки у цих хворих відмічали сухість, тріщини, в частини дітей (13,6 % випадків) були наявні кров'яністі кірочки, а в деяких випадках (3,2 % із числа обстежених) міхурці із серозним вмістом локалізувались в ділянці кутів рота.

Клінічним проявам ГРВІ у дітей з обтяженим алергологічним анамнезом відповідали результати лабораторного дослідження. На даний час встановлено, що у дітей, схильних до алергічних реакцій, характерним є послаблення противірусного та протимікробного захисту, що зумовлює часті епізоди ГРВІ [4, 14, 15].

Напруженість неспецифічного імунітету, яку оцінювали за станом колонізаційної резистентності СОПР, індексом колонізації букальної епітелію, показала

наступне. При легкому перебігу ГРВІ в групі обстежених дітей суттєвих змін не виявляли, відбувалось тільки кількісне збільшення аутохтонної флори ротової порожнини, індекс колонізації букального епітелію був дещо нижчим, ніж при перебігу ГРВІ у формі середньої тяжкості. При середньотяжкій формі захворювання у 24,50 % обстежених хворих з порожнини рота виділялись умовно-патогенні та патогенні мікроорганізми – золотистий стафілокок, β -гемолітичний стрептокок, кишкова паличка, гриби роду *Candida*; індекс колонізації букального епітелію становив 1,07. Тяжка форма ГРВІ характеризувалась наявністю асоціації патогенних мікроорганізмів з грибами роду *Candida* та суттєвим зменшенням індексу колонізації букального епітелію (0,89).

Відомо, що алергія як преморбідний фон у дітей, хворих на ГРВІ, нерідко визначає особливості перебігу патологічних станів та підвищує ризик виникнення алергічних реакцій на застосування медикаменти [6, 7, 10, 11]. Виходячи із сказаного вище, лікування основного вірусного захворювання включало, крім засобів місцевої противірусної дії, застосування гіпосенсибілізуючої терапії. В результаті проведеного нами дослідження показано, що подвійна дія (антигістамінна та протизапальна) полегшує ураження слизової порожнини рота при ГРВІ та зменшує тяжкість алергічних реакцій у випадку їх виникнення.

ВИСНОВКИ Розвитку клінічних симптомів алергічних реакцій сприяє спадкова схильність до алергії, яка провокує проникнення респіраторних вірусів.

У дітей раннього віку респіраторна вірусна інфекція може провокувати виникнення алергічних станів, що, очевидно, пов'язано з мінімальним персистуючим алергічним запаленням дихальних шляхів. У свою чергу, ГРВІ, нашаровуючись на алергічні реакції через активізацію цитопатологічних процесів, приводять до маніфестації клінічних проявів алергії. Хоча ураження СОПР у дітей із обтяженим алергологічним анамнезом не має специфічних клінічних проявів, проте при потрапленні в організм алергенів, якими можуть бути і респіраторні віруси та їх токсини, розвивається запальний процес, що проявляється у вигляді виражених алергічних реакцій.

Перспективи подальших розробок у даному напрямку Подальші дослідження будуть направлені на вивчення мікробіоценозу порожнини рота у дітей при ГРВІ, колонізаційної резистентності СОПР, активності лізоциму змішаної слини тощо.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Особенности показателей иммунитета больных бронхиальной астмой в сочетании с аллергическими риносинусопатиями / В. Н. Бобырев [и др.] // Иммунология та алергологія. – 2005. – № 3. – С. 68.
2. Бородай Н. В. Морфофункціональні особливості слизової оболонки порожнини рота та зміни в ній при різних патологічних процесах / Н. В. Бородай // Лабораторная диагностика. – 2001. – № 1. – С. 49–54.
3. Булгакова В. А. Значение вирусной инфекции при аллергических болезнях у детей и подростков. В кн.: Пульмонология детского возраста: проблемы и решения; под ред. Ю. Л. Мизерницкого и А. Д. Царегородцева / В. А. Булгакова, И. И. Балаболкин, Т. Б. Сенцова. – М. – 2006. – Вып.6. – С. 106–115.
4. Волянська Л. А. Стан біотопу ротоглотки у дітей з частими респіраторними захворюваннями / Л. А. Волянська, Л. Б. Романюк, Р. Н. Калатай // Перинатология и педиатрия. – 2009. – № 3 (39). – С. 160–161.
5. Гемонов В. В. Защитные свойства поверхностных слоев эпителия слизистой оболочки полости рта / В. В. Гемонов, М. А. Могильный // Стоматология. – 2003. – Т. 25, № 3. – С. 4–6.
6. Симптоматическое применение антигистаминных препаратов при острых респираторных заболеваниях у детей / Н. А. Геппе, М. Н. Снегочкая, Н. Г. Колосова [и др.] // Педиатрия. – 2009. – Т. 87, № 3. – С. 86–89.
7. Заплатников А. Л. Иммунопрофилактика и иммунотерапия острых респираторных инфекций у детей / А. Л. Заплатников // Леч. врач. – 2006. – № 9. – С. 50–56.
8. Коровина Н. А. Острые респираторные вирусные инфекции в амбулаторной практике врача-педиатра. / Н. А. Коровина, А. Л. Заплатников. – М. : Медпрактика, 2004. – 114 с.
9. Кушнарева М. В. Особенности иммунного ответа слизистых оболочек дыхательных путей у недоношенных детей с пневмониями / М. В. Кушнарева, Г. М. Дементьева, Т. В. Виноградова // Педиатрия. – 2002. – № 1. – С. 13–18.
10. Ласица О. І. Алергологія дитячого віку / О. І. Ласица, Т. С. Ласица, С. М. Недельська. – К. : Книга плюс, 2004. – 367 с.
11. Некоторые аспекты терапии острых респираторных заболеваний у детей с аллергией / Э. Э. Локшина, О. В. Зайцева, С. В. Зайцева [и др.] // Леч. врач. – 2012. – № 3. – С. 50–56.
12. Маричев І. Л. Вплив інфекційних агентів на формування імунodefіцитних станів / І. Л. Маричев // Вісник проблем біології і медицини. – 1999. – № 11. – С. 64–67.
13. Мостовой Ю. М. Антибиотикотерапия при бронхиальной астме / Ю. М. Мостовой // Укр. пульмонолог. журнал. – 2000. – № 2. – С. 37–40.
14. Микробиоценоз полости рта в норме и патологии / И. И. Олейник, В. Н. Покровский, В. И. Царев [и др.] // Медицинские аспекты микробной экологии. – М., 1992. – С. 61–64.
15. Покровский В. Н. Медицинская микробиология / В. Н. Покровский, О. К. Поздеев. – М. : Медицина, 1999. – 1183 с.
16. Савичук Н. О. Новый фармако-терапевтический подход к лечению хронических стоматитов / Н. О. Савичук, А. В. Савичук, А. В. Пьянкова // Современная стоматология. – 2008. – № 4. – С. 14–18.
17. Стефани Д. В. Иммунология и иммунопатология детского возраста / Д. В. Стефани, Ю. Е. Вельтищев. – М., 1996. – 384 с.
18. Чернушенко Е. Ф. Иммунология бронхиальной астмы / Е. Ф. Чернушенко // Укр. пульмонолог. журнал. – 2000. – № 2 (додаток). – С. 18–22.
19. British Society for Allergy and Clinical Immunology ENT Sub-Committee. Rhinitis – Management Guidelines. - Dunitz., London. UK. – 2000. – 638 p.
20. Eder W. The Asthma Epidemic / W. Eder, M. J. Ege, E. Mutius // NEJM, 2006. – Vol. 355, № 21. – P. 2226–2235.
21. Gern J. E. Rhinovirus respiratory infections and asthma / J. E. Gern // American Journal of Medicine, 2002. – Vol. 112, Suppl. 6A. – P. 19–27.
22. Mutius E. Infection: friend or foe in the development of atopy and asthma? The epidemiological evidence / E. Mutius // Eur. Respir. J., 2001. – Vol. 18. – P. 872–881.
23. Peebles R. S. Respiratory viruses and asthma / R. S. Peebles, T. V. Hartert // Current Opinion in Pulmonary Medicine, 2000. – Vol. 6(1). – P. 10–14.
24. Revillard J.P. Mecanismes de defense contre les infections virales / J.P. Revillard // Infect.et immunol., 2004. – № 2. – P. 55–73.
25. Sissons J. G. P. Viruses. In: Clinical aspects of immunology / J. G. P. Sissons, L. K. Borysiewicz; Ed by P. J. Lachmann // Fifth edition. – 2003. – Vol. 3. – P. 1497–1518.

Отримано 14.10.13