Секція: Фармацевтика та фармакотерапія

DOI 10.70286/SV-27.10.2026.001

Гострі алергічні реакції в практиці лікаря-стоматолога

Фенько Поліна Віталіївна, здобувачка магістерського рівня освіти за спеціальністю «Стоматологія»,
Кафедра медико-біологічних дисциплін,
Навчально-науковий інститут стоматології та лабораторної медицини Ужгородського університету, м. Ужгород, Україна
Мисик Аліна Олександрівна, здобувачка магістерського рівня освіти за спеціальністю «Стоматологія»,
Кафедра медико-біологічних дисциплін,
Навчально-науковий інститут стоматології та лабораторної медицини Ужгородського університету, м. Ужгород, Україна
Бокоч Софія Іванівна, здобувачка магістерського рівня освіти за спеціальністю «Стоматологія»,
Кафедра медико-біологічних дисциплін,
Навчально-науковий інститут стоматології та лабораторної медицини Ужгородського університету, м. Ужгород, Україна
Науковий керівник:
Юсько Леся Сергіївна, кандидат біологічних наук, доцент
Кафедри медико-біологічних дисциплін,
Навчально-науковий інститут стоматології та лабораторної медицини Ужгородського університету, м. Ужгород, Україна

Вступ

У сучасній стоматологічній практиці зростає кількість ускладнень, спричинених алергічними ураженнями. Це пояснюється, зокрема, застосуванням місцевих анестетиків складного хімічного складу, а також багатокомпонентних реставраційних матеріалів, адгезивів і полімерів. Гострі алергічні реакції (ГАР) становлять особливу небезпеку в умовах стоматологічного кабінету, оскільки розвиваються стрімко після контакту з певним алергеном. Це вимагає від лікаря готовності до миттєвого реагування на клінічні прояви та чіткого виконання алгоритму первинної допомоги. Особливої уваги потребують пацієнти з підвищеним ризиком алергії, а також ті, хто має супутні серцево-судинні та інші соматичні захворювання.

Мета дослідження: систематизувати, узагальнити та критично проаналізувати новітні науково-практичні дані щодо розвитку, діагностики,

лікування та профілактики гострих алергічних реакцій під час стоматологічних втручань, а також алгоритмів надання первинної медичної допомоги.

Основна частина

Матеріали та методи. Проаналізовано наукові статті, опубліковані у фахових виданнях та міжнародних базах даних (PubMed, Google Scholar, ResearchGate) за останні роки, присвячені гострим алергічним реакціям під час стоматологічних втручань.

Результати досліджень та їх обговорення. За результатами аналізу публікацій встановлено, що у стоматологічній практиці основними причинами гострих алергічних реакцій є антибіотики, а саме амоксицилін та метронідазол [1]. За даними досліджень, проведених у Великій Британії та Франції, на антибіотики припадає приблизно 50 % усіх випадків періопераційної анафілаксії [2]. Ще 10 % випадків періопераційної анафілаксії зумовлені алергеном, який часто застосовують у стоматологічній практиці, – хлоргексидином [2]. Його використовують для промивання лунок після видалення зубів, а також для ротових ванночок і обробки пародонтальних кишень; він розглядається як одна з причин летальних анафілактичних реакцій.

Справжня IgE-опосередкована алергія становить лише 0,1 % випадків небажаних реакцій на амідні анестетики (артикаїн, убістезин, мепівакаїн) [3]. Загалом реакції на анестетики мають психогенний або вазовагальний характер (панічна атака, непритомність); найчастіше їх провокують консерванти та антиоксиданти у складі розчинів з адреналіном (бензоати, метабісульфіти). Ефірні анестетики та бензокаїн можуть спричиняти контактний дерматит і реакції уповільненого типу через метаболіт – параамінобензойну кислоту (ПАБК).

До групи ризику належать пацієнти з хірургічним втручанням в анамнезі та особи із синдромом «латекс-фрукти» (перехресна алергія на банани, ківі, авокадо). За наявними даними, сенсибілізація серед пацієнтів сягає 30,4 %, а середня поширеність алергії становить майже 7,2 %. Основним чинником у стоматологічній практиці є латекс, що міститься в кофердамі та латексних рукавичках. Пацієнтам із підвищеною чутливістю до йоду та прокаїнових анестетиків протипоказані йодоформвмісні пасти для ендодонтичного лікування (Метарех, Альвожил). Небезпеку для хворих на харчову алергію становить і казеїн, що входить до складу ремінералізувальних паст і може спровокувати фатальні реакції. [4].

Клінічна картина анафілаксії є поліорганною. Шкірні прояви включають відчуття тепла, кропив’янку, свербіж та ангіонабряк. У ротовій порожнині виникають поколювання губ, язика й піднебіння, набряк губ і язика, металевий присмак, у носі – свербіж, закладеність і ринорея. Залучення гортані проявляється відчуттям стиснення в горлі та захриплістю, а нижніх дихальних шляхів – задишкою, хрипами, бронхоспазмом і ціанозом. Шлунково-кишковий тракт реагує нудотою, переймоподібним болем у животі, діареєю та дисфагією

(утруднене ковтання). Серцево-судинні розлади включають слабкість, непритомність, зміну психічного стану, тахікардію, брадикардію, гіпотензію, тунельний зір і зупинку серця, а розлади нервової системи – тривогу, відчуття неминучої загибелі, судоми та сплутаність свідомості (у дітей – раптову зміну поведінки, дратівливість). Ураження органів зору виявляється еритемою та набряком, сльозотечею, гіперемією кон'юнктиви. Діагноз встановлюють за критеріями Всесвітньої організації алергії (WAO): він ґрунтується на гострому розвитку ураження шкіри в поєднанні з респіраторними, гемодинамічними або тяжкими шлунково-кишковими розладами, а також на гіпотензії чи бронхоспазмі [5].

Алгоритм допомоги при підозрі на анафілактичний шок починається з негайного припинення введення препарату з фіксацією його назви, дози та часу введення й виклику швидкої допомоги. Препаратом першої лінії є адреналін (епінефрин), що зумовлено його комплексним впливом на всі ланки патогенезу. Як неселективний агоніст α- і β-адренорецепторів, він діє на кількох рівнях: стимуляція α_1-адренорецепторів спричиняє вазоконстрикцію периферичних судин, що підвищує артеріальний тиск і зменшує набряк слизових оболонок; β_1-адренорецептори забезпечують стимуляцію серцевої діяльності; β_2-адренорецептори усувають бронхоспазм, стабілізують мембрани тучних клітин і базофілів та пригнічують вивільнення медіаторів алергії (гістаміну, триптази). Доза для дорослого становить 0,5 мг, для дітей масою від 7,5 до 25 кг – 0,15 мг, понад 25 кг – 0,3 мг; препарат уводять внутрішньом'язово в передньобокову ділянку стегна. За відсутності анафілаксії застосовують антигістамінні препарати 2-го покоління та системні глюкокортикостероїди; за її наявності ці засоби вводять виключно після адреналіну [6]. Під час надання допомоги обов'язково проводять забір крові для визначення рівня триптази у часовому вікні від 15 хвилин до 3 годин після маніфестації реакції. Після стабілізації стану пацієнта скеровують до алерголога, якщо в анамнезі є анафілаксія або задокументовані реакції на передбачуваний препарат, а також якщо будь-яка реакція гіперчутливості (РГЧ) розвинулася безпосередньо під час стоматологічного прийому [7].

Проведений аналіз свідчить, що ризик гострих алергічних реакцій у стоматології визначається не окремим чинником, а поєднанням трьох груп причин: фармакологічних (антибіотики, антисептики, місцеві анестетики та їхні консерванти), матеріальних (латекс, компоненти ендодонтичних і ремінералізувальних паст) та індивідуальних (обтяжений алергологічний анамнез, перехресна алергія, супутня соматична патологія). Найчастішими причинами є речовини, які лікар застосовує рутинно й зазвичай не сприймає як потенційні алергени, – антибіотики та хлоргексидин. Натомість справжня IgE-опосередкована алергія на місцеві анестетики трапляється рідко, а більшість небажаних реакцій на них зумовлена неімунними механізмами – вазовагальними реакціями, дією адреналіну чи передозуванням [8]. Отримані оцінки узгоджуються з даними Національного аудиту періопераційної анафілаксії у

Великій Британії (NAP6), де на антибіотики припадало 94 із 199 ідентифікованих причинних агентів (близько 47 %), а на хлоргексидин – 18 (близько 9 %) [8]. Водночас ці дані стосуються хірургічних втручань загалом, тому до стоматологічної практики їх слід переносити з обережністю.

Одержані результати дають змогу сформувати для лікаря-стоматолога послідовну стратегію дій, що охоплює як профілактику, так і невідкладну допомогу [9]. На етапі підготовки до втручання вона передбачає ретельний збір алергологічного анамнезу, виявлення перехресної алергії (зокрема синдрому «латекс-фрукти») та вибір безпечних матеріалів і препаратів. У разі розвитку реакції ключовим є вчасне розпізнавання перших ознак анафілаксії та негайне введення адреналіну як засіб першої лінії, після чого застосовують антигістамінні препарати та глюкокортикостероїди. Після стабілізації стану необхідно провести забір крові для визначення рівня триптази й скерувати пацієнта до алерголога для верифікації діагнозу. Такий підхід дає змогу лікарю діяти впевнено ще до прибуття бригади екстреної допомоги. Особливої уваги заслуговують чинники, які часто недооцінюють: хлоргексидин, латекс, казеїн і йодоформвмісні пасти [10].

Висновки

Отже, аналіз наукових статей підтверджує, що найчастішими причинами ГАР у стоматологічній практиці є антибіотики та хлоргексидин, тоді як справжня алергія на місцеві анестетики трапляється рідко. Ключовим чинником запобігання ГАР є ретельний збір алергологічного анамнезу перед початком будь-якого втручання, а також постійна готовність стоматологічної бригади до проведення серцево-легеневої реанімації та наявність укомплектованої аптечки невідкладної допомоги. Врахування факторів ризику та зважений вибір антисептиків і анестетиків дають змогу звести до мінімуму ймовірність виникнення загрозливих для життя алергічних ускладнень. Препаратом першої лінії при розвитку анафілаксії є адреналін, який необхідно вводити негайно, до застосування антигістамінних препаратів і глюкокортикостероїдів.

Список використаних джерел

1. (Ed.). (2025). Щодо діагностики та диференціації порушень свідомості і надання невідкладної допомоги (лекція). Ukrainian Medical Journal. https://doi.org/10.32471/umj.1680-3051.264114
2. (Ed.). (2024). Diving deep into fish allergen immunotherapy: Current knowledge and future directions. Asian Pacific Journal of Allergy and Immunology. https://doi.org/10.12932/ap-030923-1687
3. Міністерство охорони здоров'я України. (2016). Клінічні протоколи надання медичної допомоги за спеціальністю «Стоматологія». Фармацевт Практик. Режим доступу: https://moz.gov.ua/uploads/0/848-dn_20161229_1422_dod_1.pdf
4. Міністерство охорони здоров'я України. (2022). Про затвердження порядків надання домедичної допомоги особам при анафілаксії (Наказ від 09 березня 2022 р. № 441). https://moz.gov.ua/uploads/8/40980-dn_441_09032022_dod26.pdf

5. Sonal Ugalmugle, Dr., Lina Chaban, Dr., Archana Nimale, Dr., Manjiri Chakor, Dr., Sruthi Kalakota, Dr., Monica Milagros Parra Rodil, Dr., Sandeep Singh, Dr., & Ridhi Bhola, Dr. (2026). Medical Emergencies in the Dental Office: Prevention and Preparedness. American Journal of Clinical Medicine Research, 14(1), 1–7. https://doi.org/10.12691/ajcmr-14-1-1
6. 4Bina, B., Hersh, E. V., Hilario, M., Alvarez, K., & McLaughlin, B. (2018). True allergy to amide local anesthetics: A review and case presentation. Anesthesia Progress, 65(2), 119–123. https://doi.org/10.2344/anpr-65-03-06
7. Cardona, V., Ansotegui, I. J., Ebisawa, M., El-Gamal, Y., Fernandez Rivas, M., Fineman, S., Geller, M., Gonzalez-Estrada, A., Greenberger, P. A., Sanchez Borges, M., Senna, G., Sheikh, A., Tanno, L. K., Thong, B. Y., Turner, P. J., & Worm, M. (2020). World Allergy Organization anaphylaxis guidance 2020. World Allergy Organization Journal, 13(10), Article 100472. https://doi.org/10.1016/j.waojou.2020.100472
8. Harper, N. J. N., Cook, T. M., Garcez, T., Farmer, L., Floss, K., Marinho, S., Torevell, H., Warner, A., Ferguson, K., Hitchman, J., Egner, W., Kemp, H., Thomas, M., Lucas, D. N., Nasser, S., Karanam, S., Kong, K.-L., Farooque, S., Bellamy, M., & McGuire, N. (2018). Anaesthesia, surgery, and life-threatening allergic reactions: Epidemiology and clinical features of perioperative anaphylaxis in the 6th National Audit Project (NAP6). British Journal of Anaesthesia, 121(1), 159–171. https://doi.org/10.1016/j.bja.2018.04.014
9. Malamed, S. F. (2015). Acknowledgments. Medical Emergencies in the Dental Office, x. https://doi.org/10.1016/b978-0-323-17122-9.09993-5
10. Muraro, A., Worm, M., Alviani, C., Cardona, V., DunnGalvin, A., Garvey, L. H., Riggioni, C., de Silva, D., Angier, E., Arasi, S., Bellou, A., Beyer, K., Bijlhout, D., Bilò, M. B., Bindslev-Jensen, C., Brockow, K., Fernandez-Rivas, M., Halken, S., Jensen, B., . . . European Academy of Allergy and Clinical Immunology, Food Allergy, Anaphylaxis Guidelines Group. (2022). EAACI guidelines: Anaphylaxis (2021 update). Allergy, 77(2), 357–377. https://doi.org/10.1111/all.15032