



Н. Ю. Резніченко

Алергічний контактний дерматит: сучасні уявлення про лікування на основі огляду наукової літератури

Запорізький державний медичний університет

Ключові слова: алергічний контактний дерматит, лікування.

Наведено огляд наукової літератури щодо поширеності, етіології, патогенезу, вікових особливостей алергічного контактного дерматиту. Розглянули новітні відомості про сучасні методи лікування хворих на хронічні алергічні захворювання шкіри загалом і алергічний контактний дерматит зокрема.

Аллергический контактный дерматит: современные представления о лечении на основании обзора научной литературы

Н. Ю. Резниченко

Приведен обзор научной литературы, касающийся распространенности, этиологии, патогенеза, возрастных особенностей аллергического контактного дерматита. Рассмотрели новейшие сведения о современных методах лечения больных хроническими аллергическими заболеваниями кожи в целом и аллергическим контактным дерматитом в частности.

Ключевые слова: аллергический контактный дерматит, лечение.

Allergic contact dermatitis: modern concepts of treatment based on the review of literature

N. Yu. Reznichenko

The aim of this work was to analyze the literature data concerning modern methods of treatment of patients, who suffer from chronic allergic skin diseases in general, and from allergic contact dermatitis in particular.

Key words: allergic contact dermatitis, treatment.

Алергічні дерматози – це велика група захворювань шкіри, що включає алергічний контактний дерматит, атопічний дерматит, різні форми екземи, кропив'янку, алергічні васкуліти, алергічну висипку, пов'язану з дією лікарських засобів, а також менш поширені дерматози, у патогенезі котрих провідними є саме алергічні реакції [4,5,14].

В останні кілька років учені різних країн у науково-дослідній роботі приділяють багато уваги саме алергічному дерматиту, що підтверджується великою кількістю багатоцентрових досліджень і доповідей на міжнародних педіатричних, алергологічних і дерматологічних конгресах. Вивчення етіопатогенезу та клінічних особливостей алергічного дерматиту, а також обґрунтований вибір його оптимальної терапії є надзвичайно актуальною проблемою сучасної медицини, що пов'язують, передусім, із поширеністю патології. Так, опитування National Ambulatory Medical Care Survey (1995 р., США) виявило 8,4 млн амбулаторних звернень пацієнтів до лікарів у зв'язку з контактним дерматитом, який посів друге місце за частотою дерматологічних діагнозів.

Частота захворюваності на алергічний контактний дерматит перевищує частоту простого контактного дерматиту. Наприклад, у дерматологічній клініці студентського оздоровчого центру (США) 3,1% пацієнтів мали прояви алергічного контактного дерматиту, а 2,3% хворих страждали на простий контактний дерматит. У країнах Європи захворюваність на алергічний контактний дерматит коливається у межах від 2,7 випадків на 1000 населення (Швеція) до 12 випадків на 1000 населення (Данія). Персистентні форми алергічного контактного дерматиту розвиваються у осіб старших

вікових груп, контактна алергія у відповідь на вплив медичних препаратів зовнішньої дії більш властива особам, старшим за 70 років [24,27]. Це пов'язують, передусім, із професійною діяльністю людини (алергічний контактний дерматит належить до десятки найчастіших професійних захворювань) і «стажем» проживання в умовах несприятливого екологічного оточення [18]. Про це свідчить покращення стану пацієнтів протягом відпусток (за умови утримання від праці), хоча через хронічний алергічний контактний дерматит значного поліпшення в цей час може і не відбуватись.

Незважаючи на те, що більшість випадків алергічного контактного дерматиту пов'язана із професійною діяльністю людини, це захворювання може виникати і у дітей, у т.ч. раннього віку [33,34]. У дослідженнях Goncalo et al. доведено наявність вікових особливостей сенсibiliзації до контактних алергенів: найвищий відсоток позитивних аплікаційних тестів спостерігали у дітей віком до 5 років, потім він поступово знижувався у осіб віком 6–10 років, а з 11 років відбувалось його зростання [25]. При цьому у дітей перших місяців життя алергічний контактний дерматит маніфестує в результаті впливу барвників, складу одягу та інших факторів і може супроводжувати перебіг атопічного дерматиту [31,33,35]. Зв'язок цих двох захворювань недостатньо зрозумілий, оскільки алергічний контактний дерматит пов'язують із Th1-типом імунної відповіді, а атопічний дерматит – із Th2-цитокіновою експресією [28,30]. Однак, за даними наукової літератури, контактну сенсibiliзацію визначають у 25–70% дітей, які хворі на атопічний дерматит [29,32,34,35]. Це явище може бути пов'язане з порушенням цілісності шкірного бар'єра за умов атопії.

Наведені дані підтверджують актуальність вивчення етіопатогенезу та клінічних особливостей алергічного контактного дерматиту як одного з найпоширеніших алергодерматозів, а також важливість пошуку шляхів удосконалення діагностики та лікування захворювання.

Мета роботи

Аналіз даних наукової літератури щодо сучасних методів лікування хворих на хронічні алергічні захворювання шкіри загалом та алергічного контактного дерматиту зокрема.

Матеріали і методи дослідження

Протягом виконання огляду наукової літератури використали загальнонаукові, аналітичний, синтетичний, логічний та інші методи пошуку і відбору джерел та синтезу даних.

Результати та їх обговорення

Основними принципами лікування будь-яких алергодерматозів є комплексність та індивідуальний підхід, урахування основних патогенетичних ланок захворювання та його клінічних проявів. Як відзначає Я.Ф. Кутасевич (2003 р.), алергодерматози (у тому числі алергічний контактний дерматит), навіть якщо вони починаються гостро, часто набувають хронічного перебігу, а отже, потребують не лише лікування в період загострення, але й постійного контролю за перебігом для запобігання рецидивів і подовження ремісії [14].

Комплексне лікування алергодерматозів передбачає не лише елімінацію алергенів і неалергенних тригерів, медикаментозну системну та зовнішню терапію, але й дотримання режиму дня та дієти (виключення з харчування продуктів-алергенів і продуктів-гістамінолібераторів), усунення супутньої патології (алергічного риніту, бронхіальної астми, алергічного гастриту й ентериту, неалергічної патології шлунково-кишкового тракту, патології нервової системи тощо), використання фізіотерапії, фототерапії, санаторно-курортного лікування, косметичного догляду за шкірою, санітарно-гігієнічні заходи за місцем проживання та роботи [2,11,16,17].

Лікування алергодерматозів (у тому числі алергічного контактного дерматиту) потрібно починати не з медикаментозних заходів, а з навчання пацієнта та його родичів. Для цього в лікувально-профілактичних закладах педіатричного, алергологічного і дерматологічного профілю треба створювати відповідні школи для пацієнтів, де спеціалісти проводитимуть консультації, надаватимуть рекомендації щодо режиму дня, формування «правильних» гіпоалергенних умов удома і на роботі (навчання), особливостей харчування. Дуже важливим етапом є консультації психологів і відповідне психотерапевтичне лікування, що дозволить значно поліпшити якість життя хворих.

Системна терапія алергодерматозів передбачає застосування антигістамінних препаратів (I–III поколінь), мембраностабілізуючих засобів, неспецифічної гіпосенсибілізуючої терапії (тіосульфату натрію, хлориду кальцію, глюконату кальцію), вітамінів, препаратів, що впливають на нервову систему (седативних засо-

бів, а інколи транквілізаторів, нейролептиків, антидепресантів), засобів, що нормалізують функціонування шлунково-кишкового тракту (гепатопротектори, ферменти підшлункової залози, антигельмінтні засоби тощо) [7,9,13–15,22]. Враховуючи системність порушень мікробіоценозу (зміни мікрофлори шкіри у хворих на алергодерматози, і не лише в місцях ураження, але й на візуально здоровій шкірі, й дисбактеріоз кишечника), особливе місце в лікуванні захворювання серед груп препаратів, що впливають на роботу шлунково-кишкового тракту, посідають пробіотики [12,21]. Перспективним, на наш погляд, є також застосування антиоксидантів, нейропротекторних засобів, ноотропних препаратів у системній терапії хворих на хронічні алергодерматози. Вважаємо, що важливу роль у лікуванні хронічних алергічних захворювань шкіри мають відігравати також капіляростабілізуючі, антигіпоксичні, антиагрегантні, гіполіпідемічні та загальнозміцнюючі засоби. За наявності показань (наприклад, при супутньому вторинному чи первинному інфекційному процесі) виникає необхідність у призначенні антибактеріальних або антимікотичних засобів [8]. Крім того, при різних порушеннях роботи імунної системи можливе застосування (за суворими показаннями) імуномодуючих або імуносупресивних препаратів (наприклад, циклоспорина А) [23]. У випадках тяжкого перебігу алергодерматозів до терапії додають системні кортикостероїдні препарати [2,7,26]. При поєднанні алергодерматозів із бронхіальною астмою й алергічним ринітом виникає потреба у використанні бронхолітичних засобів, кромонів, деконгестантів.

У ряді випадків для досягнення клінічної ремісії алергічного контактного дерматиту достатньо виявити й усунути алерген і призначити адекватне топічне лікування. При цьому зовнішня терапія має бути спрямована на усунення запалення шкіри та пов'язаних із ним об'єктивних і суб'єктивних клінічних проявів захворювання, відновлення бар'єрних функцій шкіри, регрес сухості шкірних покривів [10,14].

У зовнішньому лікуванні алергодерматозів загалом та алергічного контактного дерматиту зокрема використовують широкий арсенал різноманітних засобів: топічних кортикостероїдів, селективних інгібіторів кальціоневрина, топічних антигістамінних препаратів, емольєнтів, кератолітичних, кератопластичних, епітелізуючих засобів, фітопрепаратів, традиційних протизапальних засобів (танін, риванол, борна кислота тощо) [1,6,8]. За умов приєднання інфекційного чинника до алергічного процесу призначають також антибактеріальні, антимікотичні, антисептичні топічні препарати. Під час загострення будь-якого алергодерматозу засобом вибору зовнішньої терапії є топічні кортикостероїди, але вони мають величезний спектр несприятливих побічних дій, і саме тому після регресу гострозапальних явищ слід переходити до використання селективних інгібіторів запальних цитокінів, емольєнтів, фітопрепаратів [10,19]. Селективні інгібітори запальних цитокінів, емольєнти, фітопрепарати, на відміну від топічних кортикостерої-

дів, можна використовувати протягом тривалого часу, бо вони якісно забезпечують подальший регрес висипів, свербіж, сухості шкіри, відновлення її бар'єрних функцій [8,20]. Тривале використання безпечних засобів зовнішньої дії – один із найважливіших методів контролю за перебігом алергодерматозів загалом і алергічного контактного дерматиту зокрема, а також можливість подовження ремісії захворювання [3].

Висновки

Огляд сучасних джерел наукової літератури свідчить про поширеність алергічного контактного дерматиту, його часту асоціацію з іншими алергічними захворюваннями, багатогранність етіопатогенетичних факторів розвитку захворювання, наявність клінічних і патогенетичних вікових особливостей його перебігу.

Огляд новітніх даних наукової літератури показує

різномпланові підходи до проблеми лікування хворих на хронічні алергодерматози загалом і алергічний контактний дерматит зокрема.

Результати огляду даних спеціалізованої літератури свідчать про необхідність ретельного вивчення етіопатогенетичних ланок хронічних алергодерматозів загалом та алергічного контактного дерматиту зокрема з подальшим обґрунтуванням найефективніших схем терапії.

Перспективи подальших наукових досліджень.

Отримані результати дозволяють спрямувати подальші дослідження на вивчення етіопатогенетичних факторів виникнення та прогресування хронічних алергічних захворювань шкіри загалом та алергічного контактного дерматиту зокрема з наступним обґрунтуванням оптимальних методів їх лікування та профілактики залежно від віку хворих.

Список літератури

1. Айзятуллов Р.Ф. Особенности наружного лечения атопического дерматита / Р.Ф. Айзятуллов, В.В. Юхименко, Н.В. Ермилова // Журнал дерматовенерологии и косметологии им. Н. А. Торсуева. – 2009. – №1–2 (18). – С. 49–52.
2. Атопический дерматит: Руководство для врачей / под ред. Ю.В. Сергеева. – М.: Медицина для всех, 2002. – 183 с.
3. Болотная Л.А. Сухость кожи: средства лечебной косметики / Л.А. Болотная // Український журнал дерматології, венерології, косметології. – 2012. – №4 (47). – С. 98–101.
4. Дюдюн А.Д. «Ирикар» в комплексном лечении больных атопическим дерматитом, нейродермитом и экземой / А.Д. Дюдюн, Н.Н. Полион, Н.И. Ющипин // Дерматовенерология, косметология, сексопатология. – 2008. – №1–2 (11). – С. 229–232.
5. Ишейкин К.С. До питання уніфікації класифікації та критеріїв діагностики атопічного дерматиту й екзема дитячої / К.С. Ішейкін, В.І. Степаненко, І.П. Крайдашев // Український журнал дерматології, венерології, косметології. – 2009. – №1. – С. 61–65.
6. Калюжная Л.Д. Принципиально новое направление в наружной терапии атопического дерматита / Л.Д. Калюжная // Український журнал дерматології, венерології, косметології. – 2005. – №1. – С. 42–45.
7. Калюжная Л.Д. Рациональный подход к обоснованной терапии атопического дерматита / Л.Д. Калюжная, М.М. Шмыгло, Ю.Т. Ибрагим // Вісник Харківського університету. – 2002. – №545. – С. 102–104.
8. Клименко В.А. Клініко-патогенетичні особливості та обґрунтування терапії атопічного дерматиту у дітей: автореф. дис. ... д-ра мед. наук: спец. 14.01.10 «Педіатрія» / В. А. Клименко. – Харків, 2009. – 36 с.
9. Кобец Т.В. Анализ сочетанной патологии: атопический дерматит и функциональные нарушения билиарной системы у детей / Т.В. Кобец, Е.В. Гостищева, А.Ш. Ибрагимова [та ін.] // Вестник физиотерапии и курортологии. – 2011. – Т. 17, №3. – С. 66–67.
10. Коган Б.Г. Атопічний дерматит: акцент на безпечності лікування / Б.Г. Коган // Український журнал дерматології, венерології, косметології. – 2013. – №1 (48). – С. 81–89.
11. Коган Б.Г. Новые европейские подходы в терапии резистентных форм алергодерматозов / Б.Г. Коган, Е.А. Верба // Український журнал дерматології, венерології, косметології. – 2013. – №1 (48). – С. 137–143.
12. Корекція дисбіотичних станів у мешканців індустріальних центрів / Ю.Г. Резніченко, Н.Ю. Резніченко, Г.І. Резніченко, М.О. Ярцева. – Запоріжжя: «Просвіта», 2013. – 148 с.
13. Коррекция метаболических нарушений при патологических состояниях / Ю.Г. Резниченко, Г.И. Резниченко, Н.И. Литвин, Н.Ю. Резниченко. – Запоріжжя: «Просвіта», 2008. – 96 с.
14. Кутасевич Я.Ф. Новые возможности в наружной терапии хронических дерматозов / Я.Ф. Кутасевич, И.А. Маштакова, Н.А. Ляпунов // Український журнал дерматології, венерології, косметології. – 2003. – №3 (10). – С. 15–17.
15. Кутасевич Я.Ф. Принципы лечения атопического дерматита / Я.Ф. Кутасевич // Клінічна імунологія. Алергологія. Інфектологія. – 2008. – №3/1. – С. 37–44.
16. Мавров И.И. Особенности патогенеза и терапии больных алергодерматозами жителей промышленных регионов / И.И. Мавров, В.В. Савенкова // Доктор. – 2005. – №1. – С. 15–17.
17. Охотникова Е.Н. Атопический дерматит: проблемные вопросы и пути их решения / Е.Н. Охотникова // Современная педиатрия. – 2010. – №6. – С. 67–72.
18. Перинатальні проблеми великого промислового міста України / [Лук'янова О.М., Резніченко Ю.Г., Антипкін Ю.Г. та ін.]. – Запоріжжя: «Просвіта», 2007. – 356 с.
19. Притуло О.А. Эмоменты и медицинские технологии коррекции синдрома сухой кожи в дерматологической и косметологической практике / О.А. Притуло, А.В. Горбенко // Український журнал дерматології, венерології, косметології. – 2012. – №2 (45). – С. 97–101.
20. Проценко Т.В. Опыт активной терапии больных атопическим дерматитом / Т.В. Проценко, О.А. Проценко, А.С. Черновол // Український журнал дерматології, венерології, косметології. – 2013. – №1 (48). – С. 118–122.
21. Резніченко Ю.Г. Хронічні алергічні захворювання шкіри: сучасні уявлення про етіопатогенез та підходи до вибору оптимальної терапії / Ю.Г. Резніченко, Л.І. Пантюшенко, Н.Ю. Резніченко // Дерматовенерология, косметология, сексопатология. – 2012. – №1–4. – С. 247–254.
22. Свирид С.Г. Терапія хворих на екзему: стан проблеми та можливий напрям її вирішення / Свирид С.Г., Рощина О.В., Гречуха М.В. // Український журнал дерматології, венерології, косметології. – 2007. – №3. – С. 43–45.
23. Степаненко В.І. Імуносупресивна терапія при атопічному дерматиті (Огляд сучасних літературних даних та обґрунтування перспективних напрямків подальших досліджень) / В.І. Степаненко, К.С. Ішейкін, П.П. Рижко, І.П. Кайдашев // Український журнал дерматології, венерології, косметології. – 2005. – №1. – С. 19–22.
24. Bernstein I.L. Allergy diagnostic testing: an updated practice parameter. Part 1. / I.L. Bernstein, J.T. Li, D.I. Bernstein [et

- al.] // Annual Allergy Asthma Immunology. – 2008. – №100. – P. 15–66.
25. *Goncalo S.* Allergic contact dermatitis in children / S. Goncalo, M. Concalo, A. Azenha // *Ibid.* – 1992. – №26. – P. 112–115.
26. *Gönül M.* Detection of contact hypersensitivity to corticosteroids in allergic contact dermatitis patients who do not respond to topical corticosteroids / M. Gönül, U. Gül // *Contact Dermatitis.* – 2005. – №53 (2). – P. 67–70.
27. *Green C.M.* Contact allergy to topical medicaments becomes more common with advancing age: an age-stratified study / C.M. Green, C.R. Holden, D.J. Gawkrödger // *Contact Dermatitis.* – 2007. – №56 (4). – P. 229–231.
28. *Hanifin J.* Epidemiology of atopic dermatitis / J. Hanifin // *Immunol. Allergy.* – 2002. – №22. – P. 1–24.
29. *Manzini B.* Contact sensitization in children / B. Manzini, G. Ferdani, V. Simonetti // *Pediatric Dermatology.* – 1998. – №15. – P. 12–17.
30. *Pease C.* Contact allergy: the role of skin chemistry and metabolism / C. Pease, D. Basketter, G. Patlewicz // *Clinical and Experimental Dermatology.* – 2003. – №28. – P. 177–183.
31. p-Phenylenediamine in black henna tattoos: a practice in need of policy in children / S. E. Jacob, T. Zapolanski, P. Chayavichitsilp et al. // *Arch. of Pediatric Adolescence Medicine.* – 2008. – №162 (8). – P. 790–792.
32. *Roul S.* Usefulness of the European standard series for patch testing in children. A 3-year single-centre study of 337 patients / S. Roul, G. Ducombs, A. Taieb // *Ibid.* – 1999. – №40. – P. 232–235.
33. *Spiewak R.* Allergische Kontaktdermatitis im Kindesalter. Eine Übersicht und Meta-Analyse. / R. Spiewak // *Allergologie.* – 2002. – №7. – P. 374–381.
34. *Thyssen J. P.* Contact allergy to allergens of the TRUE-test (panels 1 and 2) has decreased modestly in the general population / J.P. Thyssen, A. Linneberg, T. Menne [et al.] // *British Journal of Dermatology.* – 2009. – №161 (5). – P. 1124–1129.
35. *Thyssen J. P.* The association between contact sensitization and atopic disease by linkage of a clinical database and a nationwide patient registry / J.P. Thyssen, J. D. Johansen, A. Linneberg [et al.] // *Allergy.* – 2012. – №67 (9). – P. 1157–1164.
36. *Vozmediano F.* Allergic contact dermatitis in children / F. Vozmediano, A. Hita // *Journal of European Academy of Dermatology and Venereology.* – 2005. – №19 (1). – P. 42–46.

Відомості про автора:

Резніченко Н.Ю., к. мед. н., асистент каф. дерматовенерології та косметології з циклом естетичної медицини ФПО ЗДМУ.

Надійшла в редакцію 09.08.2013 р.