

*Осмоналиев М.К., Койбагарова А.А., Ибраимова А.Д.,
Шакирова А.Т., Калыбекова Г.М.*

АЛЛЕРГИЯЛЫК КОНТАКТТЫК ДЕРМАТИТКЕ ЧАЛДЫККАН ООРУЛУУЛАРДЫ АЛЫП БАРУУ БОЮНЧА КЛИНИКАЛЫК КӨРСӨТМӨЛӨР

*Осмоналиев М.К., Койбагарова А.А., Ибраимова А.Д.,
Шакирова А.Т., Калыбекова Г.М.*

КЛИНИЧЕСКИЕ ПОКАЗАНИЯ ПО ВЕДЕНИЮ БОЛЬНЫХ АЛЛЕРГИЧЕСКИМ КОНТАКТНЫМ ДЕРМАТИТОМ

*M.K. Osmonaliev, A.A. Koybagarova, A.D. Ibraimova,
A.T. Shakirova, G.M. Kalybekova*

THE CLINICAL RECOMMENDATIONS ON ADMINISTRATION PATIENTS WITH ALLERGIC-CONTACT DERMATITIS

УДК: 616.5-002

Макалада далилдүү медицинанын негизинде аллергиялык контакттык дерматит ооруларына чалдыккан бейтаптарды дарт аныктама жана дарылоонун клиникалык көрсөтмөлөрү берилген. Кыргызстанда аллергиялык контакттык дерматит оорулары тууралуу статистикалык так маалыматтар жок. Жогоруда айтылган оорулууларга көрсөтүлгөн медициналык кызматтын сапатын жогорулатуу, атап айтканда, натыйжалуу, коопсуз кийлигишүү жана дарыгердик катанын тобокелдигин азайтуу зарыл. Ошондуктан, АКД оорулуулар жөнүндө маалыматтарды жаңылоо максатында, практикалык саламаттык сактоонун дарыгерлери үчүн Клиникалык көрсөтмө жүргүзүү боюнча долбоор иштелип чыкты. Анда, аллергиялык контакттык дерматит оорусунун аныктамасы, таралышы, этиологиясы, патогенези, клиникасы, текшерүү алгоритми, ооруканага жаткырууга карата болгон көрсөтмөсү, диагноз коюуда негизги критерийлери жана дарылоо тууралуу берилген. Ошондой эле, болжолдоо жана алдын алуу, окутуу жана оорулууну реабилитациялоо, мүмкүн болгон каталар көрсөтүлгөн.

Негизги сөздөр: изилдөөнүн алгоритми, аллергиялык дерматит, дарт аныктама, далилдүү медицина, патогенез, дарылоо, прогнозу, клиникалык көрсөтмө, таралышы, дарылоо.

В статье даны клинические показания по диагностике и лечению больных с аллергическим контактным дерматитом (АКД) на основе доказательной медицины. Так, в Кыргызской Республике отсутствуют статистически достоверные данные об АКД. Необходимо повышение качества оказываемых медицинских услуг данным больным, в частности эффективные, безопасные вмешательства, уменьшение риска врачебных ошибок. Поэтому с целью обновления подходов ведения данных больных разработан проект Клинические показания по ведению больных с АКД для врачей практического здравоохранения. В нем представлены определение, распространенность, этиология, патогенез, кли-

ника, алгоритмы обследования, показания к госпитализации, основные критерии при постановке диагноза, лечение.

Ключевые слова: алгоритм обследования, аллергический дерматит, диагностика, доказательная медицина, патогенез, прогноз, распространенность, клинические показания, лечение.

In article clinical evidences on diagnostics and treatment of patients with the allergic contact dermatitis (ACD) on the basis of evidential medicine are given. So, in the Kyrgyz Republic there are no statistically reliable data about ACD. Improvement of quality of the rendered medical services by this patient, in particular effective, safe interventions, reduction of risk of medical errors is necessary. Therefore for the purpose of updating of approaches of maintaining these patients the project Clinical indications on maintaining patients with ACD is developed for doctors of practical health care. In it definition, prevalence, an etiology, pathogenesis, clinic, algorithms of inspection, the indication to hospitalization, the main criteria are presented at diagnosis, treatment. Possible mistakes, training and rehabilitation of the patient, the forecast and prevention are also shown.

Key words: inspection algorithm, allergic dermatitis, diagnostics, evidence based medicine, pathogenesis, indications to hospitalization, the forecast, prevention, prevalence, clinical indications, treatment.

Актуальность.

В настоящее время, в подавляющем большинстве стран, медицинское сообщество приняло концепцию, основанную на доказательной медицине (перевод с англ. Evidence - BASED MEDICINE – медицина, основанная на доказательствах), основными принципами которой является их эффективность и безопасность.

В этом плане, в Кыргызстане ведется активная фаза в разработке клинических руковод-

ств по всем разделам медицины, основанная на стандартах доказательной медицины. Научно-обоснованные исследования по АКД в республике не проводились, также отсутствуют достоверные статистические данные об этой патологии в нашем регионе, хотя удельный вес аллергического контактного дерматита в структуре кожной патологии высокий.

Традиционные методы подхода к этому заболеванию устарели, изменились приоритеты и требуются обоснованные коррективы.

Нами разработан проект клинические показания по ведению больных с диагнозом: АКД для врачей практического здравоохранения. Все ваши критические замечания и пожелания нами будут с благодарностью учтены в дальнейшей работе.

Целью настоящего проекта клинических показаний является предоставление врачам практического звена современных международных рекомендаций по диагностике, лечению и профилактике АКД, что адекватно поможет в

реализации эффективных и безопасных вмешательств, уменьшить риск врачебных ошибок, а также повысит качество оказываемых медицинских услуг [3,4].

Целевые группы: врачи-дерматологи, аллергологи, терапевты, врачи последипломного обучения.

Объект применения: взрослые.

Клинические показания по ведению АКД
КОД - МКБ – 10 1.23. (1.23.0-1.23.9).

1. Определение. Аллергический контактный дерматит – это воспаление кожи в ответ на воздействие внешних раздражителей.

2. Эпидемиология. Частота распространённости аллергического контактного дерматита 5-8%. Болеют лица всех возрастных групп.

3. Этиология. Чаще болеют взрослые женщины, так как больше контактируют с аллергенами. Например, делают пирсинг, пользуются ювелирными изделиями, косметическими средствами, мыло-моющими и другими средствами, имеющими химическую природу (табл. 1).

Таблица 1

Факторы, влияющие на развитие АКД и группы риска

№ пп	Группа аллергенов	Вид аллергена	Группа риска
1.	Лекарственные препараты	Антибиотики, обезболивающие средства, препараты цитостатики, витамины, соединения ртути, галогены.	Лица, имеющие аллергическую предрасположенность, а также медицинские работники.
2.	Металлы	Соединения хрома, никеля, кобальта.	- Лица, работающие на производствах; - Контакт в быту с украшениями, браслетами от часов, заколки для волос; - Зубные протезы.
3.	Резиновые изделия	Перчатки из латекса, резиновая обувь, шины, а также презервативы.	- Лица, работающие на производствах, - Лица, использующие данные средства
4.	Краска и лаки для волос	Органическое соединение – парафенилдиамин	Лица, работающие в косметических салонах
5.	Агенты химической природы	Клей, краска, скипидар, красители ткани и кожи, эпоксидная смола	- Лица, работающие на производствах
6.	Пищевые аллергены	Коровье молоко, яйца, томаты, цитрусовые, сладости	Любое предрасположенное лицо
7.	Инсектные аллергены	Укусы змей, пауков, насекомых	Контактные лица
8.	Аллергены растительного характера	Злак, примула, полынь, плющ ядовитый, лебеда	- Лица, работающие на фермах, садах и цветочные

4. Патогенез. АКД развивается в результате аллергической реакции замедленного типа. Проявляется не сразу, необходим скрытый период – сенсibilизация, в среднем - 7-14 дней. У большинства больных аллергические проявления обусловлены антителами IgE – класса, которые формируются в результате неоднократного воздействия аллергена (чужеродного белка). Иммуноглобулин IgE вырабатывается в тканях, которые контактируют с внешней средой (дыхательные пути, кожа, желудочно-кишечный тракт), фиксируются на мембране тучных клеток (иммунные клетки в соединительной ткани, которые содержат такие биологически активные вещества как гистамин, серотонин, брадикинин и др.). IgE повреждает мембрану тучных клеток, тем самым способствует к высвобождению большого количества биологически активных веществ [1, 4], которые в свою очередь вызывают активизацию воспалительного процесса в сосудах, тканях, серозных оболочках [2, 3]. То есть, в динамике мы наблюдаем реализацию клинических проявлений на воздействия определенного аллергена или аллергенов.

5. Клиника. АКД сопровождается зудом и жжением. Кожа гиперемирована, отечна, сыпь в виде папул, везикул, корочек, которые обычно располагаются на открытых участках. У ряда лиц, при длительном контакте с аллергеном и неадекватном лечении, АКД может трансформироваться в экзему.

По течению АКД подразделяют на острую и хроническую формы.

6. Алгоритмы обследования:

6.1. Установление раздражителя на основании тщательно собранного анализа.

6.2. Определение IgE в сыворотке крови методом ИФА.

6.3. Общий анализ крови (повышенное содержание эозинофилов).

6.4. Кожные пробы на аллерген (Брик тесты, скарификационные, внутрикожные).

6.5. Консультация аллерголога, при отсутствии провоцирующего фактора и безуспешности лечения.

7. Показания к госпитализации

7.1. Показания к экстренной госпитализации отсутствуют

7.2. Плановая госпитализация проводится при отсутствии эффекта от амбулаторного лечения и при распространенности воспалительного процесса.

8. Основные критерии при постановке диагноза

8.1. Жалобы и анамнез:

- зуд и жжение (различной интенсивности);
- характер кожных высыпаний;
- тщательно собранный анамнез на предмет предрасположенности к какому-либо аллергену;
- наличие аллергических заболеваний у родителей;
- эффективность ранее проводимой терапии.

9. Лечение

- местная (наружная) терапия;

- системная терапия.

В острый период назначают компрессы с холодной водой. Широко используют примочки, обладающие противовоспалительными и антисептическими свойствами: 2% р-р борной кислоты, 1% резорцина, 0,25% нитрата серебра.

Основными наружными средствами (табл. 2), применяемыми при лечении аллергического контактного дерматита, являются топические глюкокортикостероиды (ТГКС), которые уже на протяжении 50 лет показали свою эффективность и являются препаратами первого выбора [2, 5].

Для повышения эффективности лечения ТГКС целесообразно накладывать под повязку на 6 часов в течение 5-7 суток.

При поражении кожи более 20%, а также неэффективности применяемой наружной терапии назначают системные глюкокортикостероиды.

Лечение начинают с преднизолона или других системных глюкокортикостероидов в эквивалентных дозах, в дозе 0,5 до 1 мг/кг перорально. Максимальная доза 60 мг в день, длительность лечения - 7 дней. В течение следующих 5-7 дней дозу препарата снижают на 50%, через 2 недели препарат отменяют.

Таблица 2

Топические глюкокортикостероиды
(Международная классификация по силе активности)

№ пп	Активность (степень)	Название (генерическое)	Название торговое
1.	Очень высокая	Мазь - 0,005% клобетазола пропионат, Крем - 0,1% хальционид	Дермовейт Хальцидерм
2.	Высокая	Мазь - 0,05%, крем - мометазон фураат, Мазь 0,1% - бетаметазон валерат, Мазь 0,1% - триамсинолон ацетонид, Флутиказон метилпреднизалон ацепонат, дексаметазон - 0,025%, Мазь - флуметазон пивалат, гидрокортизон.	Элоком Целестодерм-В Фторокорт Кутивейт Адвантан Эсперон Лоринден Локоид
3.	Умеренная	Аклометазон Преднизалон 0,5% Мазь Предникорбат 0,25%.	Афлодерм Преднизалон Дерматол
4.	Слабая	Мазь Гидрокортизон 0,1-1,5%.	Гидрокортизон.

В настоящее время дискутируется вопрос об эффективности антигистаминных препаратов в терапии АКД. Большинство зарубежных исследователей считают, что они не имеют доказательной базы (2). Наш многолетний опыт подсказывает, что антигистаминные препараты 1 и 2-го поколения имеют право на жизнь, т.к. они обладают мощным седативным эффектом и в какой-то мере уменьшают интенсивность зуда, что немаловажно при данной патологии.

Антигистаминные препараты 1 и 2-го поколения:

- клемастин 1 мг, по 1 табл. 2 раза в день, в течение 10-15 дней;
- прометазин (пипольфен) 1 драже – 25 мг, по 1 драже 2 раза в день, 10 дней;
- хлоропирамин (супрастин), 1 табл.- 25 мг, по 1 табл. 3 раза в день, 10-15 дней;
- хифенадин (фенкорол), 25 мг, по 1 табл. 3 раза в день, 10 -15 дней.

Иммуносупрессоры (циклоsporин или азатиоприн) и фототерапия (PUVA-терапии) назначаются при длительном, устойчивом к терапии течении, которое возможно связано с невозможностью элиминации аллергена.

Назначение препаратов-иммуносупрессоров при аллергическом контактном дерматите:

- циклоsporин (25, 50, 100 м) по 1 капсуле - 2,5 мг/кг, при положительном эффекте, доза постепенно снижается до полной отмены;
- азатиоприн (0,05 гр.) по 1 таблетке - 1,5-2 мг/кг, в 3 приема за сутки, длительность - 1-2 месяца (2,4).

При осложнении аллергического контактного дерматита инфекцией микробного характера целесообразным является применение комбинированных наружных лекарственных средств, содержащих помимо системного глюкокортикостероида антибиотик и противогрибковые компоненты (табл. 3).

Таблица 3

Перечень комбинированных препаратов

№ пп	Действующий компонент	Торговое название
1.	- Бетаметазона дипропионат + гентамицин	- Дипрогент, Бетадерм
2.	- Бетаметазон дипропионат + гентамицин сульфат + клотримазол	- Тридерм
3.	- Гидрокортизон + неомицин + натамицин	- Пимафукорт

В случае неэффективной местной терапии, распространении бактериальной инфекции на более обширную поверхность назначают антибиотики, которые оказывают системное действие:

- группы макролидов - кларитромицин 250 мг 2 раза в сутки в течении 7-10 дней или вильпрафен 500 мг, 3 раза в сутки в течении 7 дней или азитромицин 500 мг, 1 раз в сутки в течении 3-5 дней;
- группы тетрациклинового ряда – доксицилин моногидрат по 100 мг, 2 раза в день в течении 7-10 дней;

- группы цефалоспоринов - цефтриаксон 1,0 в сутки в/м в течении 7-10 дней.

10. Возможные ошибки.

К неадекватности элиминационных мероприятий ведет недооценка факторов риска, которые влияют на аллергический контактный дерматит.

11. Обучение и реабилитация больного.

Необходимо пациенту представлять полную информацию о причинно-значимых агентах, которые вызывают аллергический контактный дерматит, для проведения адекватных элиминационных мероприятий. Нужно уметь пациенту оценивать свое состояние и вести самоконтроль.

12. Прогноз.

Возможен благоприятный прогноз заболевания, когда причина связана с профессиональной деятельностью, необходимо заключение профпатолога, для того чтобы поменять место работы.

13. Профилактика.

Устранить или свести к минимуму воздействие факторов риска на пациента. И в каждом

отдельном случае требуется индивидуальный подход.

Литература:

1. Балтабаев М.К. Частная дерматология. - Бишкек, 2013. - С. 141-143.
2. Федеральные клинические рекомендации по диагностике и лечению аллергического контактного дерматита. - Москва, 2014.
3. Кацамба А.Д. Европейское руководство по диагностике и лечению дерматологических болезней / А.Д. Кацамба, Т.М. Лотти. - 2014. - С. 245-246.
4. Forte G. Metal allergens. Inflamm allergy dry targets. - 2008. - Vol. 7. - P. 145-162
5. Паттерсон Р. Аллергические болезни / Р. Паттерсон, А. Греммер // пер. с англ. - М. - 2000.
6. Consultation and referral guidelines citing the evidence: how the allergist/immunologist can help Milwaukee: American Academy of allergy: 2011, Feb. VARIONS.
7. Goler M.D. Allergic contact dermatitis / Gurr. Dir. Autoimmun. - 2008. - №10. - P. 1-26.
8. American Academy of Allergy, American college of Allergy. Contact Dermatitis 2006, 97:S1., Guidelines for care of Contact Dermatitis (J Bourke, I Coulson, J English) BJD. - 2009. - Vol. 160. - №5. - P. 946-954.

Рецензент: д.м.н. Усубалиев М.Б.