КОНТАКТНЫЕ ДЕРМАТИТЫ

КОНТАКТНЫЕ ДЕРМАТИТЫ

- **Контактные дерматиты представляют собой воспалительное поражение кожи, возникающее в результате непосредственного воздействия на нее внешних раздражителей.**
- Возникают у лиц любого возраста и пола, на любых участках кожного покрова и слизистых оболочках.
- Среди внешних агрессивных факторов выделяют облигатные и факультативные.
- *Облигатные факторы* вызывают дерматит у любого человека;
- *факультативные факторы* - только у лиц, имеющих повышенную чувствительность к определенному аллергену.
- Дерматиты, развившиеся под воздействием облигатных раздражителей относят к **простым** (артифициальным, контактным).
- Дерматиты, развившиеся после повторных воздействий на кожу факультативных раздражителей, относят к **аллергическим контактным дерматитам**.

Кодирование по МКБ 10

- XII Болезни кожи и подкожной клетчатки (**L00-L99**)
- **L23 Аллергический контактный дерматит**
  L23.0 Аллергический контактный дерматит, вызванный металлами
  L23.1 Аллергический контактный дерматит, вызванный клейкими веществами
  L23.2 Аллергический контактный дерматит, вызванный косметическими средствами
  L23.3 Аллергический контактный дерматит, вызванный лекарственными средствами при их контакте с кожей
  L23.4 Аллергический контактный дерматит, вызванный красителями
  L23.5 Аллергический контактный дерматит, вызванный другими химическими веществами цементом, инсектицидами, пластиком, резиной
  L23.6 Аллергический контактный дерматит, вызванный пищевыми продуктами при их контакте с кожей
  L23.7 Аллергический контактный дерматит, вызванный растениями, кроме пищевых
  L23.8 Аллергический контактный дерматит, вызванный другими веществами
  L23.9 Аллергический контактный дерматит, причина не уточнена

Кодирование по МКБ 10

- L24 Простой раздражительный [irritant] контактный дерматит
  L24.0 Простой раздражительный контактный дерматит, вызванный моющими средствами
  L24.1 Простой раздражительный контактный дерматит, вызванный маслами и смазочными материалами
  L24.2 Простой раздражительный контактный дерматит, вызванный растворителями: хлорсодержащей, циклогексановой, эфирной, гликолевой, углеводородной, кетоновой, группы
  L24.3 Простой раздражительный контактный дерматит, вызванный косметическими средствами
  L24.4 Раздражительный контактный дерматит, вызванный лекарственными средствами при их контакте с кожей
  L24.5 Простой раздражительный контактный дерматит, вызванный другими химическими веществами цементом, инсектицидами
  L24.6 Простой раздражительный контактный дерматит, вызванный пищевыми продуктами при их контакте с кожей
  L24.7 Простой раздражительный контактный дерматит, вызванный растениями, кроме пищевых
  L24.8 Простой раздражительный контактный дерматит, вызванный другими веществами красителями
  L24.9 Простой раздражительный контактный дерматит, причина не уточнена
- L25 Контактный дерматит неуточненный

Эпидемиология

- Не менее 10% всех визитов к дерматологу связано с наличием у пациента признаков контактного дерматита.
- Почти 7% профессиональных заболеваний – поражения кожи от воздействия раздражающих агентов.
- Контактный дерматит несколько чаще регистрируется у женщин, вследствие их более частого контакта с широким кругом раздражающих факторов (косметические и моющие средства, ювелирные украшения и др.).
- В высокоразвитых странах от аллергического контактного дерматита, по статистике, страдает от 1 до 30% населения.

КОНТАКТНЫЕ ДЕРМАТИТЫ

Выделяют несколько видов простого контактного дерматита:

- *эритематозный*,
- *буллезный*,
- *некротический*.

- ***Эритематозный*** — проявляется гиперемией и отеком места взаимодействия кожи с раздражителем. Отмечается повышенная сухость кожных покровов, появляется слабый зуд.
- ***Буллезный*** — характеризуется образованием пузырей с прозрачным содержимым, которые впоследствии лопаются, образуя эрозии. Может сопровождаться повышением температуры тела, болезненностью и сильным жжением в месте контакта.
- ***Некротический дерматит*** — развивается, как результат воздействия агрессивных химических препаратов, высоких и низких температур, электрического тока и проявляется язвенными образованиями, которые затем покрываются струпом. После заживления может остаться рубцовая ткань. Некротическая форма сопровождается сильной болезненностью.

Хроническая форма простого контактного дерматита

- Хроническая форма простого контактного дерматита развивается при многократном воздействии слабого раздражителя.
- Наиболее часто поражается кожа рук.
- Заболевание, как правило, связано с использованием средств бытовой химии или профессиональной деятельностью.
- Хронический дерматит характеризуется лихенификацией, застойной гиперемией, инфильтрацией, сухостью кожи и гиперкератозом.
- В некоторых случаях наблюдаются атрофические процессы в коже.
- Субъективные ощущения слабо выражены и мало беспокоят больного.

ПРОСТОЙ КОНТАКТНЫЙ ДЕРМАТИТ

Этиология и патогенез

***Облигатные факторы*:**

- химические раздражители (кислоты, щелочи, детергенты, растворители и др.);
- механические раздражители (давление, трение);
- высокие и низкие температуры;
- УФ- и ионизирующие излучения;
- биологические раздражители (растения - молочай, лютик, борщевик и др.; гусеницы, некоторые насекомые);
- вода (при длительном воздействии на кожу), слюна, моча, кал и т. д.

Условно внешние агрессивные факторы можно разделить на 2 группы: - факторы с выраженным раздражающим действием (сильные ир-

ританты) и

- факторы, обладающие слабым раздражающим действием (слабые ирританты).

- К сильным ирритантам относят концентрированные кислоты и щелочи, высокие и низкие температуры, ионизирующее

ПРОСТОЙ КОНТАКТНЫЙ ДЕРМАТИТ

Этиология и патогенез

- При воздействии слабого раздражающего фактора разрушается кожный эпидермальный барьер и формируется подострая или хроническая воспалительная реакция, вызванная проникновением в эпидермис антигенов.
- В случае воздействия на кожу сильных агрессивных внешних факторов происходит разрушение клеток эпидермиса, дермы, а также глубжележащих тканей, вплоть до формирования некрозов.

Особенности заболевания

- Клиническая картина развивается непосредственно сразу после контакта с раздражителем.
- Характерно возникновение поражения кожи исключительно на месте воздействия раздражающего фактора, отсутствие тенденции к диссеминации и периферическому росту.
- Высыпания, как правило, носят ассиметричный характер.
- Течение острое.
- Через 1-2 недели после прекращения действия

ПРОСТОЙ КОНТАКТНЫЙ ДЕРМАТИТ

Воздействие слабых раздражителей

- **Ирритантный дерматит кистей**

Ирритантный дерматит кистей развивается при длительном воздействии на кожу рук горячей воды, мыла и других детергентов, мясного и овощного сока, рассолов и т.д. («руки прачки», «руки кухарки»), а также при воздействии влаги и холода, сухого горячего воздуха и т.д.

Клинически характеризуется эритемой, эритематозно-сквамозными очагами, мелкими трещинами, сухостью кожи.

ПРОСТОЙ КОНТАКТНЫЙ ДЕРМАТИТ

Воздействие слабых раздражителей

Потертости

- Потертости возникают при длительном воздействии механических факторов (трения, давления) и развиваются в местах трения обуви, инструментов, ремней и т.д.
- Приводят к формированию на коже гиперкератотических очагов – *мозолей или пузырей и эрозий* (зависит от толщины эпидермиса).

ПРОСТОЙ КОНТАКТНЫЙ ДЕРМАТИТ

Воздействие слабых раздражителей

- **Опрелости**, или *интертриго*, развиваются вследствие трения или сдавления соприкасающихся поверхностей кожи в крупных и мелких складках.
- По степени активности воспалительного процесса выделяют три стадии течения:
- *Первая стадия*. Внутри кожной складки появляется яркая гиперемия, поражённая кожа приобретает характерный блеск, болезненность. Участок воспаления горячий при прикосновении.
- *Вторая стадия*. Кожа становится ярко-красной, выглядит влажной, травмированной, возникает отёк. Может присоединяться неприятный запах.
- *Третья стадия*. Отёк усиливается, воспаление распространяется по направлению к более глубоким слоям кожного покрова, на поверхности эпидермиса появляются эрозии, может наблюдаться отслойка верхнего слоя кожи. Болезненные ощущения усилены, может также наблюдаться повышение температуры тела. Возможно присоединение инфекции.

ПРОСТОЙ КОНТАКТНЫЙ ДЕРМАТИТ

Воздействие сильных раздражителей

Ожоги

Ожоги возникают при воздействии на кожу высоких температур.

Выделяют 4 степени ожогов.

Прогноз зависит не только от степени ожога, общего состояния организма больного, присоединения вторичной инфекции, но и от площади поражения.

ПРОСТОЙ КОНТАКТНЫЙ ДЕРМАТИТ

Воздействие сильных раздражителей

Отморожение

- Развивается при воздействии на кожу низких температур и приводит к повреждению тканей холодом.
- Чаще всего отморожение наступает на открытых и дистальных участках тела (пальцы кистей и стоп, ушные раковины, нос, щеки, лоб).
- Способствуют отморожению повышенная влажность воздуха, ветер, тесная обувь, снижение сопротивляемости организма, которые могут приводить к развитию отморожений даже при плюсовой температуре (5-7 °С).

ПРОСТОЙ КОНТАКТНЫЙ ДЕРМАТИТ

Воздействие сильных раздражителей

Солнечный дерматит

- Солнечный дерматит развивается при длительном пребывании на солнце или при облучении искусственными источниками облучения вследствие воздействия на кожу УФ-излучения.
- Выделяют 3 степени тяжести дерматита, которые прямо пропорциональны интенсивности и времени воздействия УФ-излучения на кожу, а также зависят от фототипа кожи (наиболее чувствительны к УФО лица с 1 и 2-м фототипами).
- Солнечный дерматит развивается через 4-6 ч после воздействия солнца и только на тех участках, на которые действовал солнечный свет.
- Границы ожога четкие, часто по форме одежды или линии нанесения солнцезащитного крема.

Шкала фототипов по Фицпатрику

1. Кельтский. Люди этого фототипа имеют наиболее светлый оттенок кожи. Они практически никогда не загорают (т.е. кожа не принимает загар), риск возникновения солнечных ожогов (обгорания) очень велик.

2. Нордический. Кожа этого типа также характеризуется светлым оттенком и высокой чувствительностью к УФ-излучению. Риск обгорания велик, как и в предыдущем случае. Однако нордический фототип кожи незначительно, но принимает загар.

3. Темный европейский. Фототип, характеризующийся светлым оттенком и минимальным обгоранием на солнце. Кожа хорошо поддается загару.

4. Средиземноморский. Светло-коричневый оттенок кожи. Шанс солнечного ожога – минимальный. Загар на кожу ложится всегда хорошо.

5. Индонезийский. Коричневый оттенок кожи. Люди с этим фототипом кожи практически никогда не обгорают на солнце. Загар характеризуется темным оттенком.

6. Афроамериканский. Люди этого фототипа имеют наиболее темный оттенок кожи. Шанс обгорания на солнце практически нулевой. Загар лишь делает кожу еще темнее.

Таблица усредненного времени на солнце без риска солнечного ожога

Фототип	Безопасное время на неактивном солнце, мин	Безопасное время на активном солнце, мин
I - Кельтский	67	5-7
II- Нордический	100	10
III- Темный европейский	200	20
IV- Средиземноморский	300	30
V - Индонезийский	400	40
VI - Афроамериканский	500	50

ПРОСТОЙ КОНТАКТНЫЙ ДЕРМАТИТ

Воздействие сильных раздражителей

Лучевые дерматиты

- Лучевые дерматиты возникают при воздействии на кожу ионизирующей радиации (α-, β-, γ-нейтронное и рентгеновское излучение).
- Наиболее часто развиваются при проведении лучевой терапии онкологических больных.
- При острых поражениях характерна стадийность: эритема с голубоватым оттенком, отек, выпадение волос, пузыри, некроз, нарушение общего состояния.
- Исход острого лучевого дерматита - атрофия

ПРОСТОЙ КОНТАКТНЫЙ ДЕРМАТИТ

Воздействие сильных раздражителей

Воздействие электрического тока

Воздействие электрического тока на кожу характеризуется развитием коагуляции ткани и дегенеративными изменениями в кровеносных сосудах и нервах.

На коже в местах входа и выхода тока появляются возвышающиеся над уровнем кожи струпы - «знаки тока».

Заживление длительное с формированием рубцов.

ПРОСТОЙ КОНТАКТНЫЙ ДЕРМАТИТ

Воздействие сильных раздражителей

Химические дерматиты

- Химические дерматиты вызываются воздействием на кожу сильных кислот, щелочей, окислителей и других веществ [яд животных (медуз, рыб, гусениц), растений и т. д.].
- Развитие дерматита преимущественно обусловлено прямым повреждающим действием химических веществ на клетки кожи.

ПРОСТОЙ КОНТАКТНЫЙ ДЕРМАТИТ

Воздействие сильных раздражителей

Химические дерматиты

Выделяют 4 степени поражения.

Химический дерматит может развиться при наружном использовании лекарственных средств в завышенной концентрации, а также при их длительной экспозиции на коже у грудных и маленьких детей.

Наиболее типичны дерматиты при применении йодных настоек, эфира, спирта и т.д.

АЛЛЕРГИЧЕСКИЙ КОНТАКТНЫЙ ДЕРМАТИТ

- **Аллергический контактный дерматит** представляет собой воспалительную иммунную реакцию, развивающуюся в коже непосредственно в месте контакта с аллергеном.
- Редко встречается у детей до 1 года.

АЛЛЕРГИЧЕСКИЙ КОНТАКТНЫЙ ДЕРМАТИТ

Этиология и патогенез

- Аллергенами могут быть самые разнообразные химические вещества, которые встречаются в быту, производстве, природе.

Патогенез аллергического контактного дерматита включает:

- фазу первичного контакта с аллергеном (сенсибилизация) и
- фазу повторного воздействия аллергена на кожу с развитием клинических проявлений (дерматита) на всех участках кожного покрова, когда-либо сенсибилизированных данным аллергеном.

АЛЛЕРГИЧЕСКИЙ КОНТАКТНЫЙ ДЕРМАТИТ

Этиология и патогенез

- При повторном соприкосновении кожи с аллергеном происходит моновалентная сенсибилизация организма, в основе которой лежит аллергическая реакция замедленного типа с образованием в клетках эпидермиса комплекса антиген-антитело.
- Время сенсибилизации колеблется от нескольких дней до нескольких месяцев и лет, что зависит от аллергической реактивности, состояния нервной и эндокринной системы.
- Наиболее часто встречаемые аллергены, вызывающие аллергический контактный дерматит: никель, растения, косметика, наружные лекарственные средства, бытовая химия.
- Повышенная чувствительность может быть врожденной – *идиосинкразия* (к яйцам, цитрусовым, землянике и др.).

АЛЛЕРГИЧЕСКИЙ КОНТАКТНЫЙ ДЕРМАТИТ

Этиология и патогенез

- При повторных рецидивах контактного дерматита сенсибилизация может стать групповой , реже, поливалентной, что является одним из признаков трансформации аллергического дерматита в экзему.

АЛЛЕРГИЧЕСКИЙ КОНТАКТНЫЙ ДЕРМАТИТ

Клиника

Особенности течения

1. Возникает после продромального периода (от 1 суток до 30-45 дней) после повторных контактов с раздражителем.

2. Площадь дерматита превышает площадь контакта с раздражителем.

3. При остром течении высыпания носят, как правило, симметричный характер.

Эритема, отечность, папулы и везикулы локализуются на участках, подвергающихся воздействию аллергена (чаще – тыльная поверхность кистей, лицо, щеки, шея, реже – нижние конечности, предплечья, плечи), с тенденцией распространения процесса на другие участки тела.

Повторные контакты с аллергенами способствуют трансформации аллергического дерматита в экзему.

Отличием от экземы является разрешение аллергического дерматита после устранения

АЛЛЕРГИЧЕСКИЙ КОНТАКТНЫЙ ДЕРМАТИТ

Диагностика

- Сбор анамнеза и кожные аллергические пробы - диагностическая процедура, цель которой - выявление у пациентов аллергии на вещества, контактирующие с кожей.
- Методика заключается в нанесении на кожу небольшого количества разведенных аллергенов, которые оставляют на коже в течение 2 дней.
- Если у пациента имеется аллергия на какое-либо из этих веществ, то в течение 2 дней у него развивается реакция гиперчувствительности замедленного типа в виде участка дерматита в месте нанесения аллергена.

Дифференциальный диагноз

- атопический дерматит,
- дерматофитии,
- псориаз,
- себорейный дерматит,
- чесотка,
- красный плоский лишай и др.

КОНТАКТНЫЕ ДЕРМАТИТЫ

Лечение

Цели лечения:
Регресс высыпаний.

Общие замечания по терапии
При контактном дерматите приоритетное значение имеет выявление и устранение воздействия раздражителя.
В случае необходимости, особенно при профессиональном контакте с раздражителями и аллергенами, должна быть подобрана адекватная защита кожного покрова от попадания химических веществ на кожу – спецодежда, правильно подобранные (с учетом специфики раздражающего фактора) перчатки (A), защитные кремы и мази (D), корнеопротекторы и эмолиенты (A).
При ПКД часто достаточно применения наружных противовоспалительных средств и, в зависимости от клинической картины заболевания, влажно-высыхающих компрессов (C).

Применяются топические глюкокортикостероидные препараты.

Как правило, терапию начинают с использования глюкокортикостероидных препаратов средней и высокой степени активности.

Если проявления АКД локализуются на лице, веках, в складках и на сгибательных поверхностях конечностей, то целесообразно использовать глюкокортикостероидные препараты с низкой степенью активности (D).
Эффективность топического применения селективных ингибиторов кальциневрина такролимуса и пимекролимуса, блокирующих выработку Т-клетками воспалительных цитокинов, при ПКД и АКД пока не нашла свое подтверждение в ходе контролируемых исследований.
При выраженном зуде возможно применение антигистаминных препаратов (D).

КОНТАКТНЫЕ ДЕРМАТИТЫ

Лечение

Схемы терапии
Наружная терапия

- ***флутиказон пропионат***, крем, мазь 0,05% (С) 1–2 раза в сутки наружно тонким слоем на пораженные участки кожи в течение 2 недель

или

- ***триамцинолона ацетонид***, мазь 0,025%, 0,1% (С) 1–2 раза в сутки наружно тонким слоем на пораженные участки кожи в течение 2 недель; терапию начинают с препарата концентрацией 0,1%, затем переходят на препарат концентрацией 0,025%

или

- ***клобетазола пропионат***, мазь 0,05% (С), 1–2 раза в сутки наружно тонким слоем на пораженные участки кожи в течение 3–4 недель

или

- ***бетаметазона валерат***, крем, мазь (С), 1–3 раза в сутки наружно тонким слоем на пораженные участки кожи в течение 2 недель

или

- ***мометазона фуроат***, крем, мазь 0,1% (С), 1 раз в сутки наружно тонким слоем на пораженные участки кожи в течение 2 недель.

Течение контактного дерматита, хотя и нечасто, может осложняться присоединением вторичной бактериальной инфекции.

В этом случае показано местное применение *антибактериальных препаратов*:

- ***фузидовая кислота***, крем, гель 2% (С) 1–2 раза в сутки наружно тонким слоем на пораженные участки кожи в течение 1–2 недель

или

- ***мупироцин***, мазь 2% (С) 2-3 раза в сутки наружно тонким слоем на пораженные участки кожи в течение 2 недель.

КОНТАКТНЫЕ ДЕРМАТИТЫ

Лечение

Системная терапия

Если распространенность АКД больше 20% кожного покрова, то показана системная терапия *глюкокортикостероидными препаратами*:

- преднизолон (С) 0,5–1,0 мг на кг массы тела перорально в течение 5–7 дней, с последующим снижением дозы препарата до полной отмены.

Требования к результатам лечения

Регресс высыпаний.

Тактика при отсутствии эффекта от лечения

При рефрактерном течении АКД возможно использование иммуносупрессивных препаратов: азатиоприна (В) и циклоспорина (С). В случае хронического, торпидного течения АКД возможно применение фототерапии: UV-B (средние волны ультрафиолетового излучения) или PUVA-терапию (метод лечения, который включает использование фотоактивного вещества (псоралены — класс фурокумаринов) совместно с облучением кожи длинноволновым ультрафиолетовым излучением) (С).

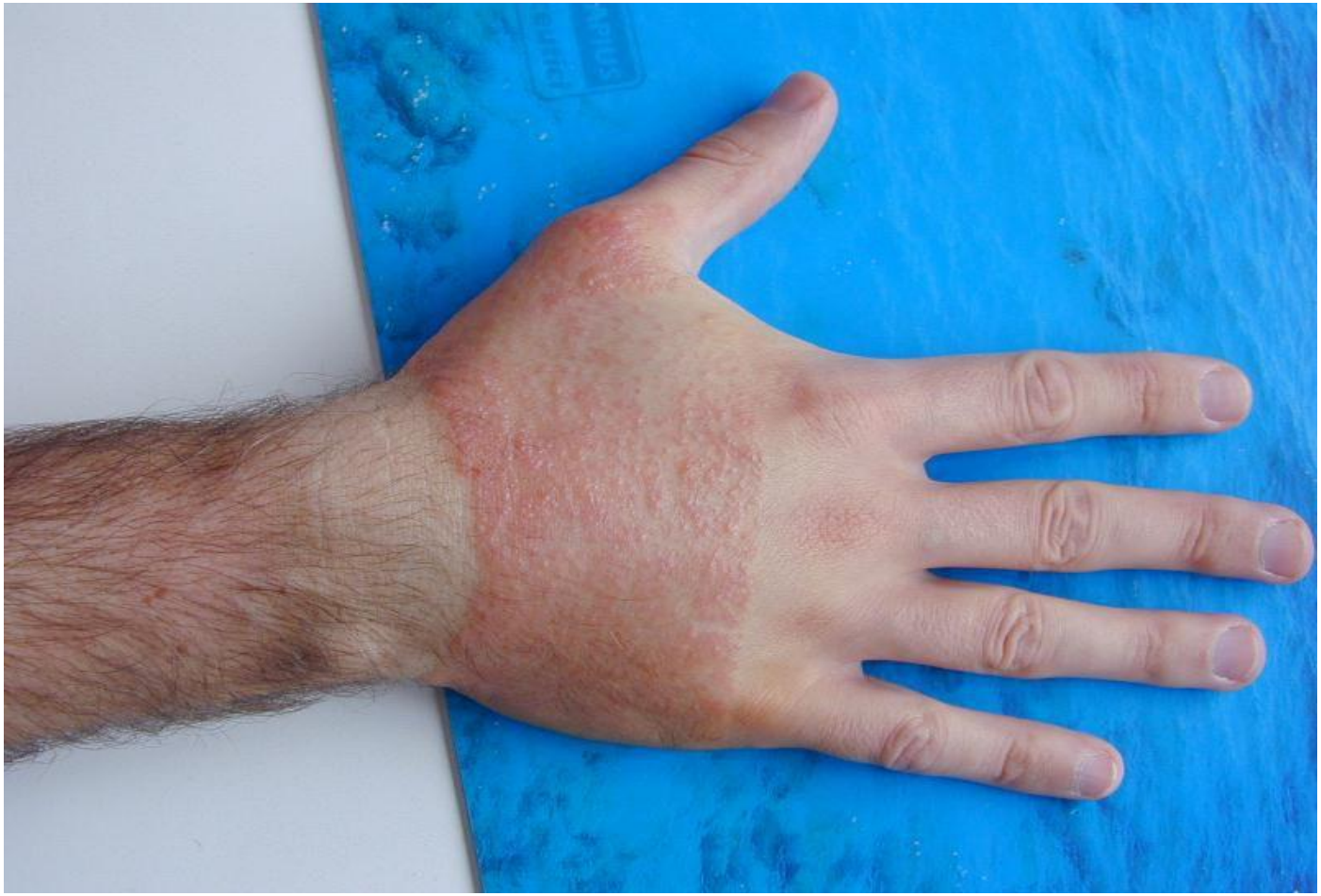
ПРОФИЛАКТИКА

При подтверждении контактного дерматита следует исключить возможность контакта с аллергенами, в том числе и профессиональными.

Пациентам необходимо знать, что возникшая аллергия является пожизненной и даже кратковременное воздействие может привести к рецидиву дерматита.

ПРОСТОЙ КОНТАКТНЫЙ ДЕРМАТИТ

ПРОСТОЙ КОНТАКТНЫЙ ДЕРМАТИТ



ПРОСТОЙ КОНТАКТНЫЙ ДЕРМАТИТ

АЛЛЕРГИЧЕСКИЙ КОНТАКТНЫЙ ДЕРМАТИТ

АЛЛЕРГИЧЕСКИЙ КОНТАКТНЫЙ ДЕРМАТИТ

АЛЛЕРГИЧЕСКИЙ КОНТАКТНЫЙ ДЕРМАТИТ

АЛЛЕРГИЧЕСКИЙ КОНТАКТНЫЙ ДЕРМАТИТ