

Clinical Handbook of Contact Dermatitis

Diagnosis and
Management by
Body Region

Edited by

Robin Lewallen, MD

Adele Clark, PA-C

Steven R. Feldman, MD, PhD

Department of Dermatology

Wake Forest University School of Medicine

Winston-Salem, North Carolina, USA



CRC Press

Taylor & Francis Group

Boca Raton London New York

CRC Press is an imprint of the
Taylor & Francis Group, an **informa** business

Клиническое руководство по контактному дерматиту

Диагностика и лечение
в зависимости
от области поражения

Под редакцией Р.Льюаллен,
А.Кларк, С.Р.Фелдмана

Перевод с английского

*Под общей редакцией
проф. О.Ю.Олисовой*



Москва
«МЕДпресс-информ»
2016

УДК 616.5-001.1

ББК 55.83

К49

Все права защищены. Никакая часть данной книги не может быть воспроизведена в любой форме и любыми средствами без письменного разрешения владельцев авторских прав.

Авторы и издательство приложили все усилия, чтобы обеспечить точность приведенных в данной книге показаний, побочных реакций, рекомендуемых доз лекарств. Однако эти сведения могут изменяться.

Информация для врачей. Внимательно изучайте сопроводительные инструкции изготовителя по применению лекарственных средств.

Книга предназначена для медицинских работников.

Перевод с английского: В.Ю.Халатов

К49 **Клиническое руководство по контактному дерматиту:** Диагностика и лечение в зависимости от области поражения / под ред. Р.Льюаллен, А.Кларк, С.Р.Фелдмана ; пер. с англ. ; под общ. ред. проф. О.Ю.Олисовой. – М. : МЕДпресс-информ, 2016. – 96 с. : ил.
ISBN 978-5-00030-288-0

Контактный дерматит – распространенное заболевание кожи, с которым часто сталкиваются врачи. Цель данного руководства – акцентировать внимание на локализации процесса, сделать это широко распространенное заболевание более доступным клиническому изучению. В книге приводится алгоритм диагностики, включающий выполнение аппликационных аллергологических проб, и лечения, в том числе препаратами для местного применения.

Руководство будет полезно не только дерматологам, но и терапевтам, студентам медицинских вузов, а также врачам других специальностей, интересующимся данной проблемой.

УДК 616.5-001.1

ББК 55.83

ISBN 978-1-4822-3717-7

© 2015. Authorized translation from English language edition published by CRC Press, an imprint of Taylor & Francis Group LLC

ISBN 978-5-00030-288-0

© Издание на русском языке, перевод на русский язык, оформление, оригинал-макет. Издательство «МЕДпресс-информ», 2016

Оглавление

| | |
|--|----|
| Благодарности | 6 |
| Список сокращений | 7 |
| Глава 1. Введение | 9 |
| Глава 2. Волосистая часть головы | 15 |
| Глава 3. Лицо | 21 |
| Глава 4. Веки | 28 |
| Глава 5. Рот, губы и периоральная область | 32 |
| Глава 6. Шея | 40 |
| Глава 7. Кисти | 46 |
| Глава 8. Конечности | 54 |
| Глава 9. Стопы | 58 |
| Глава 10. Туловище | 62 |
| Глава 11. Аногенитальная область | 67 |
| Глава 12. Аппликационные аллергологические пробы | 73 |
| Глава 13. Лечение | 80 |
| Приложение | 88 |
| Алфавитный указатель | 90 |

Введение

Robin Lewallen, Steven R. Feldman

Контактный дерматит – распространенное заболевание кожи, с которым часто сталкиваются врачи. Им страдает примерно 20% населения США. На его долю приходится 70–80% профессиональных заболеваний кожи, и он занимает ведущее положение в структуре причин обращения к врачу [1]. Выделяют два основных типа контактного дерматита: ирритантный, или простой, контактный дерматит (ИКД) и аллергический контактный дерматит (АКД). Хотя клинические проявления этих двух типов дерматита иногда могут быть одинаковыми, АКД отличается от ИКД по многим признакам (табл. 1.1).

Перечень аллергенов, вызывающих АКД, продолжает расти. В литературе описано более 3500 контактных аллергенов, встречающихся во внешней среде [5]. Контакт с аллергеном может длиться многие годы, прежде чем появятся признаки аллергической реакции замедленного типа, даже при минимальных концентрациях аллергена [6]. Весьма распространенным аллергеном является урушиол, содержащийся в ядовитом сумахе, который, однако, не включен в список аллергенов, с которыми ставят стандартные аппликационные пробы, и не приводится в списке контактных аллергенов, публикуемом NACDG на основании проводимых ею исследований*. Частой причиной контактного дерматита являются лекарственные препараты для местного применения, такие как антибиотики (58%), глюкокортикоиды (30%) и анестетики (6%). Это создает большие трудности при выборе средств для лечения контактного дерматита, так как число пациентов с повышенной чувствительностью к лекарственным препаратам, у которых положительные аппликационные пробы на топические кортикостероиды (ТКС) (на собственно глюкокортикоид или, вероятнее всего, на добавки, содержащиеся в наполнителе), достигает 30% [7]. В настоящее время многие из лекарственных препаратов, применяемых ежедневно, содержат один или более аллергены (табл. 1.2).

В отличие от АКД, который возникает только у лиц, сенсибилизированных к данному аллергену, ИКД может развиться у всех людей при контакте с раздражающими веществами высокой концентрации или при длительном воздействии раздражителя (при хроническом течении). Имеется много ирритантов, которые могут нарушить барьерную функцию кожи и активировать иммунный ответ. Экономический ущерб от профессионального дерматита, который часто представляет собой ИКД, ежегодно составляет примерно

* В РФ ядовитый сумах не произрастает. – *Прим. ред.*

Таблица 1.1. Различия между АКД и ИКД

| Признак | АКД | ИКД |
|--|--|--|
| Определение | Приобретенное воспалительное заболевание, в основе которого лежит реакция на аллерген и которое развивается только у лиц, сенсibilизированных к аллергену | Неспецифическая иммунная реакция кожи на некоторое вещество, приводящая к появлению сыпи у всех, кто контактирует с высокими концентрациями данного вещества |
| Молекулярный механизм | Повышенная чувствительность, опосредуемая клетками Лангерганса и Т-лимфоцитами CD4 ⁺ , которые сенсibilизируются при контакте со специфическим аллергеном (аллергическая реакция IV, замедленного типа) | Нарушение барьерной функции кожи, повреждение клеточной мембраны кератиноцитов в результате контакта с раздражающим веществом (ирритантом), которое активирует иммунную систему |
| Время от момента контакта до появления изменений на коже | От нескольких часов до нескольких дней | От нескольких минут до нескольких часов |
| Локализация на теле | Поражение волосистой части головы наблюдается редко | Часто поражаются лицо и кисти |
| Симптомы | Зуд | Боль и жжение |
| Факторы, влияющие на тяжесть реакции | Концентрация аллергена и длительность контакта. У лиц с атопией АКД наблюдается реже | При сухой и более толстой коже реакция бывает менее выраженной. Атопия усугубляет клинические проявления дерматита из-за нарушенной барьерной функции кожи |
| Наиболее частые аллергены/ирританты | Десять наиболее частых аллергенов, с которыми ставят аппликационные пробы [2]: сульфат никеля, перуанский бальзам (смола из коры бальзамного дерева <i>Myroxylon pereirae</i>), парфюмерные композиции, консервант кватерниум-15*, неомидин сульфат, бацитрацин, формальдегид, хлорид кобальта, метилдибромоглутаронитрил и парафенилендиамин (ПФД) | Ирританты, наиболее часто вызывающие контактный дерматит [3, 4]: повышенная влажность, температура воздуха, вода, детергенты, растворители, масла, пот, пыль и волокна, кислоты и щелочи |

ГЛАВА 2

Волосистая часть ГОЛОВЫ

*Monica Huynh, Michael P. Sheehan, Michael Chung,
Matthew Zirwas, Steven R. Feldman*

Волосистая часть головы (ВЧГ) часто подвергается действию многих факторов и средств, содержащих известные аллергены, тем не менее контактный дерматит в этой части тела развивается относительно редко. Это, по-видимому, связано главным образом с топографическими особенностями ВЧГ. Толстая кожа, обилие в ней сально-волосных фолликулов и отсутствие морщин или трещин служат эффективным барьером для развития контактного дерматита. Иначе обстоит дело в случае век. Кожа их очень тонкая и образует многочисленные складки, которые удерживают вещества, содержащие ирританты и аллергены, увеличивают длительность их воздействия и тем самым обуславливают более тяжелую реакцию. В связи с этим контактный дерматит в дифференциальной диагностике дерматита ВЧГ стоит далеко не на первом месте. Даже в тех случаях, когда вещество содержит «агрессивный» аллерген, а в области лица, ушей, шеи развивается дерматит с типичной симптоматикой, ВЧГ может не поражаться вовсе или клинические проявления при такой локализации могут быть минимальны [1]. Чаще приходится говорить о воздействии ирритантов и аллергенов на ВЧГ, чем иметь дело с изолированным контактным дерматитом этой локализации.

Клиническая картина

Об аллергенах, которые могут вызвать контактный дерматит ВЧГ, уже говорилось. У пациентов с дерматитом ВЧГ при постановке аппликационных проб с аллергенами примерно в 2/3 случаев положительные результаты проб бывают связаны с краской для волос, моющими средствами для волос и лекарственными препаратами [2]. К сожалению, исследования для оценки клинического значения положительных аппликационных проб не проводились. Когда необходимо выяснить, какой аллерген явился причиной контактного дерматита, следует учитывать клинические особенности дерматита (табл. 2.1).

Прежде чем говорить о контактном дерматите ВЧГ, врачу необходимо ответить на два важных вопроса. Во-первых, есть ли у пациента дерматит ВЧГ? Как и в случае других анатомических областей, особенности контактного дерматита ВЧГ являются по существу патогномоничными для нее.

Таблица 2.1. Дерматит ВЧГ: аллергены и особенности поражения

| Средства и предметы, содержащие аллерген/ирритант | Аллерген | Особенности поражения |
|---|--|---|
| Лента или бандана, шапочка для купания, сетка для волос, шляпа | Кожа или резина | Линейная сыпь на лбу Окружает голову Может охватывать также уши |
| Парики | Адгезивы | Окружает голову |
| Заколки и шпильки для волос | Никель | Изолированное поражение Соответствует по очертаниям предмету, вызвавшему аллергию |
| Смываемые с головы средства ухода за волосами, включая шампуни и кондиционеры | Кватерниум-15, метилдибромоглутаронитрил, феноксиэтанол, душистые вещества, метилхлороизотиазолинон/метилизотиазолинон, кокамидопропилбетаин | «Смывной» дерматит, очаговое распределение |
| Краски для волос | ПФД | Острый отечный дерматит |
| Раствор перманента | Глицерилтиогликолат | Острый отечный дерматит |
| Косметические средства (муссы, гели, помады, спреи для волос) | Парфюмерные композиции, консерванты, акрилаты | Хронический дерматит с эпизодами обострения Спрей для волос может вызвать дерматит на висках в непосредственной близости к ВЧГ |

На ВЧГ пораженный очаг может иметь очертания ювелирного изделия, например никелевой шпильки, заколки или других декоративных изделий для волос. Бигуди и выпрямители для волос также могут быть источником аллергенов. Эти изделия чаще всего вызывают дерматит у людей с повышенной чувствительностью к никелю [3]. Полосовидные очертания, локализующиеся вокруг лба или на завитке ушной раковины, говорят о том, что причиной контактного дерматита, по-видимому, являются аксессуары для головы, имеющие кожаные или резиновые части, например подкладка шапки, околыш шляпы (рис. 2.1) [4]. Следует учесть также, что возможной причиной дерматита указанной локализации может стать лейкопластырь, используемый для фиксации парика [5].

Второй вопрос, на который необходимо ответить: «Вызван ли дерматит действием аллергена на кожу ВЧГ?» Топические реакции на средства для ухода за волосами далеко не всегда ограничиваются ВЧГ и часто распространяются также на лицо, веки, ушные раковины и шею. Поэтому для установления диагноза важно проявить клиническую настороженность и помнить о возможности дерматита данной локализации. Поражение участков кожи лица, на которые стекает вода при мытье волос, позволяет предпо-



Рис. 2.1. Контактный дерматит, вызванный головным убором.

ложить, что аллерген был нанесен на ВЧГ («смывной» дерматит; рис. 2.2). Дерматит в таких случаях проявляется четко очерченными полосовидными очагами на лице в преаурикулярной области и на боковой поверхности шеи. При обследовании пациентов с классическим для «смывного» дерматита характером поражения следует выяснить, какими средствами для ухода за волосами они пользуются [2]. Наибольшее клиническое значение из аллергенов, содержащихся в шампунях и кондиционерах, имеют ароматические добавки, кокамидопропилбетаин и консерванты, в том числе кватерниум-15 [6]. Кокамидопропилбетаин представляет особый интерес, так как он содержится во многих шампунях, в том числе и в поступающих в продажу с пометкой «не щиплет глаза» на этикетке и предназначенных для детей грудного и более старшего возраста. При повышенной чувствительности к кокамидопропилбетаину отмечено два типа поражения, в какой-то степени уникальных: хронический зуд и шелушение ВЧГ и хронический дерматит с эпизодами обострения [2]. В косметических средствах в качестве окислительного красителя часто используют ПФД. По данным, опубликованным в 2006-м и 2007-м годах, случаи контактного дерматита, связанного с ПФД, в популяции значительно участились, и в 2006 г. ПФД был назван Американским обществом по проблеме контактного дерматита контактным аллергеном года [7]. У лиц с повышенной чувствительностью к ПФД часто развивается тяжелый острый дерматит, поражающий лицо, веки и шею с минимальным вовлечением в процесс ВЧГ (рис. 2.3).

ГЛАВА 5

Рот, губы и периоральная область

*Monica Huynh, Michael P. Sheehan, Michael Chung,
Matthew Zirwas, Steven R. Feldman*

Введение

Область рта на лице уникальна из-за ее трех зон (кожа, красная кайма губ и слизистая оболочка рта), покрытых разными типами эпителия. Кожа в области красной каймы губ подобна коже остальной части лица. В ней имеются типичные образования: сальные и потовые железы, волосяные фолликулы. В то же время красная кайма губ покрыта неороговевающим эпителием, т.е. эпителием, в котором нет барьера в виде рогового слоя. Таким эпителием выстланы также слизистая оболочка губ, влажная поверхность красной каймы, вентральная поверхность языка, дно полости рта, мягкое нёбо, слизистая оболочка щек. Слизистая оболочка рта увлажнена слюной, которая обладает буферным свойством и действует как растворитель. Подверженность действию аллергенов и раздражителей перечисленных анатомических зон неодинакова. Многие раздражители и аллергены вызывают изменения в этих зонах, имеющие классические признаки, которые помогают поставить диагноз (табл. 5.1).

Полость рта

Субъективные и объективные симптомы контактного дерматита полости рта выражены не столь отчетливо, как при дерматите других локализаций, рассматриваемом в данной главе. Такие симптомы, как зуд и шелушение, часто отсутствуют, однако на слизистой оболочке, покрытой неороговевающим эпителием, в результате контакта с аллергеном или раздражителем наблюдаются различные реакции. Особенно важными среди них является лихеноидная реакция, возникающая на слизистой оболочке рта. Поскольку прототипом такой реакции является красный плоский лишай, то у пациента с этим заболеванием следует исключить возможную роль лекарственных препаратов или контакт с определенными аллергенами или раздражителями [1]. Клинически лихеноидная реакция проявляется белым сетчатым рисунком слизистой оболочки, эритемой или эрозиями. Поражение может не беспоко-

Таблица 5.1. Диагностическое значение рисунка поражения при дерматите полости рта, губ и периоральной области

| Средства или предметы, содержащие аллерген/ирритант | Аллерген или ирритант | Особенности поражения |
|---|--|---|
| <i>Полость рта</i> | | |
| Зубные коронки, пломбы, в том числе амальгамные, зубные протезы, брекет-системы | Чаще всего изготовленные из ртути, никеля, золота и кобальта (аллергены) | Слизистая оболочка щек и край языка Лихеноидные изменения |
| Средства гигиены полости рта | Лаурилсульфат натрия (ирритант), содержащийся в зубных пастах и растворах для полоскания рта Ароматизатор, включаемый в состав корицы и мяты (ирритант) | Поражается слизистая оболочка губ, а также полость рта Очаговое распределение элементов сыпи Зубная паста может вызвать асимметричное поражение углов рта |
| <i>Губы</i> | | |
| Косметика | Масло перечной мяты, содержащееся в губной помаде (аллерген) | Поражается верхняя и нижняя губа Поражение бывает диффузным |
| Музыкальный инструмент, прикладываемый к губам | Флейта, труба | Поражается верхняя и нижняя губа Очаг поражения копирует очертания контактной части инструмента |
| Музыкальный инструмент с мундштуком | Саксофон, кларнет, продольная флейта | Поражается нижняя губа Очаг поражения соответствует по очертаниям контактирующей части мундштука |
| Привычка брать в рот посторонние предметы | Ручка, карандаш; украшения, содержащие никель (аллерген), повторная травматизация (ирритант) | Поражается верхняя и нижняя губа Соответствует по очертаниям предмету |
| <i>Периоральная область</i> | | |
| Дерматит от облизывания губ | Слюна (ирритант) | Дерматит от раздражения кожи вокруг ротового отверстия |
| Средства гигиены полости рта | См. выше | См. выше |

ить больного или вызывает жжение, иногда интенсивное. Спектр заболеваний для дифференциальной диагностики весьма широк, часто приходится выполнять многочисленные анализы, прежде чем будет установлен правильный диагноз. Обычно возникает необходимость в выполнении биопсии для исключения диффузных болезней соединительной ткани, буллезного

Перечень личных аксессуаров довольно широк. АКД, развивающийся от контакта с металлом, из которого сделаны ювелирные изделия, например ожерелья (рис. 6.2 и 6.3) и серьги (рис. 6.4), а также фонендоскоп, перекидываемый через шею, могут вызвать сыпь в виде полулуния на поверхности шеи [2, 6, 7]. Деревянные ожерелья, изготовленные из экзотических пород древесины, также могут вызвать аллергическую реакцию. Сыпь в виде прямой полосы, огибающей шею, может подсказать диагноз дерматита, вызванного контактом с воротником рубашки или пальто. Такая сыпь может быть реакцией на трение грубой тканью, например шерстяной, если у пациента имеется атопический диатез. Реакция может иметь также и аллергическую природу. Аллерген может изначально присутствовать в одежде, например входить в состав текстильных смол либо красящих веществ, или может попасть в нее извне. Наиболее часто аллергены задерживаются в одежде, которую стирают или чистят сравнительно редко: пальто, шляпа, обувь.

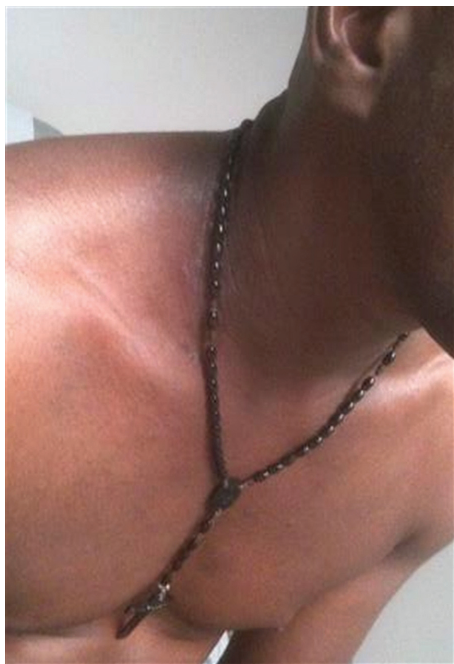


Рис. 6.2. Пациент с ожерельем, содержащим широко распространенный контактный аллерген никель, который вызвал аллергический контактный дерматит; пораженный участок соответствует локализации ожерелья.



Рис. 6.3. Пациент с ожерельем, содержащим широко распространенный контактный аллерген никель, который вызвал аллергический контактный дерматит; пораженный участок соответствует локализации ожерелья.