

И.М. КОРСУНСКАЯ,
З. НЕВОЗИНСКАЯ,
С.Д. ГУСЕВА,
М.Т. МИННИБАЕВ,
И.Г. ДИКОВИЦКАЯ

КВД № 16,

ЦТП ФХФ РАН,

ММА им. И.М. Сеченова

Выбор тактики терапии аллергического контактного дерматита на лице

Аллергический контактный дерматит встречается примерно у 2-5% людей.

Показатель заболеваемости аллергическим контактным дерматитом в разных странах может варьировать в зависимости от степени индустриализации страны. Особенно сложны в терапии аллергические контактные дерматиты кожи лица, которые довольно часты после применения косметических средств или после проведения косметических процедур.

Ввиду того что высыпания на коже лица очень часто сопровождаются отеком и яркостью клинической картины, это требует интенсивной терапии, так как качество жизни таких пациентов резко снижено. В мировой практике накоплен многолетний успешный опыт применения препаратов алклометазона для терапии различных дерматозов на чувствительных участках кожи, в том числе положительные результаты терапии острых дерматозов на лице. В частности, высокую эффективность показывает Афлодерм – глюкокортикостероид для наружного применения, активным веществом которого является алклометазона дипропионат.

Являясь классической формой реакции гиперчувствительности замедленного типа, аллергический контактный дерматит опосредованно связан с сенсibilизацией лимфоцитов. Часто причиной развития аллергического контактного дерматита становятся вещества, не вызывающие реакции раздражения у большинства людей, ре-

акция развивается только у тех, кто имеет сенсibilизированные Т-лимфоциты, специфичные именно к этому веществу. Однако вещества, вызывающие раздражающее действие на кожу у всех людей (кислоты, щелочи, красители, ядовитые вещества), также могут вызвать аллергическую реакцию, однако реакция на их воздействие у сенсibilизированных людей может многократно превышать реакцию у обычного человека (1, 2).

Ведущую роль в формировании гиперчувствительности играют макрофаги эпидермиса (клетки Лангерганса) и реакция организма будет направлена не только на вещество-раздражитель, но и на белок-носитель. Аллергический контактный дерматит относится к аллергическим реакциям замедленного типа и возникает, как правило, через 10-14 дней после первого контакта с аллергенами. Более короткий период сенсibilизации бывает при контакте с агрессивными веществами и длится до 7-8 дней, наиболее часто это наблюдается при аппликациях лекарственных препаратов, особенно антибактериальных, реже такую реакцию вызывают антисептики, анестетики и латекс (3, 4, 5).

В развитии аллергического дерматита имеют значение не только особенности строения и функции кожи, но и наследственная предрасположенность.

Аллергический контактный дерматит, в отличие от простого, развивается не сразу после контакта с раздражителем и только после не-

скольких контактов с ним. Для формирования аллергической реакции организму необходимо несколько недель от первого контакта, тогда при повторном контакте с этим фактором развивается дерматит. Часто воспалительная реакция кожи не соответствует интенсивности действия раздражителя: у человека, не страдающего аллергией, он не вызовет никакой реакции, а подверженный аллергии организм может получить такую реакцию, что площадь изменений на коже будет значительно превышать площадь контакта.

При простом контактном дерматите реакция развивается непосредственно после контакта с раздражителем, в качестве которого, как правило, выступают агрессивные вещества (растворители, щелочи, кислоты и т.д.) или физические факторы (перегревание, трение, сдавливание и т.д.). Первичная сенсibilизация отсутствует. И реакция развивается в месте непосредственно воздействия раздражителя.

На сегодняшний день известно более 3000 разнообразных веществ, способных вызвать развитие аллергического контактного дерматита. Большинство из них является низкомолекулярными химическими соединениями и ионами металлов. Обладая слабыми антигенными свойствами, эти соединения, вступив при попадании в кожу в связь с белками и став гаптенами, становятся полноценными антигенами (5, 6).

Физическими факторами, приводящими к развитию аллергического дерматита, чаще всего становятся солнечное излучение и холод.

Химическими факторами являются очень часто синтетические моющие средства, растения, наружные лекарственные препараты, изделия из латекса, косметические и парфюмерные изделия и т.д.

В отличие от atopического дерматита, когда сенсibilизация организма происходит от воздействия нескольких аллергенов и обострение может наступить под воздействием разных факторов, сенсibilизация при аллергическом контактном дерматите происходит в отношении одного аллергена и только при контакте с ним.

Кратковременный контакт с аллергеном обычно приводит к заболеванию длительностью в несколько дней или недель, но постоянный контакт с аллергеном может привести к развитию хронического процесса и даже к стойкой нетрудоспособности пациента.

Острые проявления аллергического контактного дерматита сопровождаются выраженной эритемой и отеком, затем могут возникать как мелкие пузырьки, так и большие пузыри, после вскрытия оставляющие мокнущие эрозии. В дальнейшем в очагах поражения появляются корки, чешуйки, в некоторых случаях после заживления остаются участки гиперпигментации.

Принципы лечения аллергического дерматита такие же, как и простого контактного дерматита, и включают несколько общих положений:

- устранение раздражителей и аллергенов;
- десенсибилизирующее лечение с использованием системных антигистаминных препаратов;
- применение наружных средств (мазей и кремов), содержащих глюкокортикостероиды.

Особенно сложны в терапии аллергические контактные дерматиты кожи лица, которые довольно часты после применения косметических средств или после проведения косметических процедур.

Ввиду того что высыпания на коже лица очень часто сопровождаются отеком и яркостью клинической

картины, это требует интенсивной терапии, так как качество жизни таких пациентов резко снижено.

В мировой практике накоплен многолетний успешный опыт применения препаратов алклометазона для терапии различных дерматозов на чувствительных участках кожи, в том числе положительные результаты терапии острых дерматозов на лице.

Под нашим наблюдением находилось 26 пациенток в возрасте от 17 до 62 лет. У 9 пациенток картина аллергического контактного дерматита развилась непосредственно после косметических процедур (кислотного пилинга). Всем пациенткам ранее проводились данные процедуры, и реакция на них была менее интенсивной. У 17 пациенток высыпания возникли после применения косметических средств (кремов, лосьонов, масок, средств макияжа). Терапия данной группы пациентов проводилась следующим образом: антигистаминные препараты применялись в течение 14-20 дней, дезинтоксикационная терапия проводилась 8 пациентам с резко выраженным отеком и буллезными высыпаниями. Наружно все пациенты применяли крем Афлодерм 2 раза в день.

На 7-й день отмечалось уменьшение гиперемии, отека, исчез зуд. К 14-му дню у большинства пациентов (19 человек) оставалось незначительное шелушение. У оставшихся пациентов процесс полностью регрессировал к 18-му дню. В процессе терапии препаратом не было отмечено нежелательных побочных реакций.

Афлодерм – глюкокортикостероид для наружного применения, активным веществом которого является алклометазона дипропионат. По химической структуре алклометазона дипропионат относится к C_{21} – карбоксил эфирам и имеет атом хлора в типичном 7 положении, что и определяет его особые фармакологические свойства. Ал-

клометазон дипропионат является пролекарством и подвергается метаболизму в эпидермисе до активных лабильных метаболитов, которые в свою очередь оказывают положительный терапевтический эффект, не накапливаясь в эпидермисе и дерме и не вызывая отрицательных катаболических эффектов, присущих устаревшим фторированным молекулам (9, 10).

Афлодерм обладает выраженным местным противовоспалительным, противоаллергическим, противозудным и сосудосуживающим эффектами. При нанесении на поверхность кожи препарат оказывает быстрое локальное действие в очаге воспаления, уменьшая выраженность объективных симптомов (эритема, отек) и субъективных ощущений (зуд, жжение).

Одним из важнейших свойств препарата Афлодерм крем является наличие увлажняющих и защитных свойств основы препарата. Корнеометрическое исследование показало, что препарат значительно улучшает показатели гидратации кожи и способствует восстановлению функции эпидермального барьера у пациентов с дерматозами, использующими Афлодерм крем. Это свойство препарата проявляется дополнительным положительным эффектом при терапии аллергических дерматитов фасциальной локализации.

Слабый антипролиферативный эффект алклометазона является его значимым преимуществом при терапии дерматозов на участках кожи с тонким эпидермисом. Доказано, что атрофогенное действие у алклометазона дипропионата не проявляется даже при использовании его на чувствительных участках кожи в течение длительного времени (7, 8, 9). Афлодерм может применяться на чувствительных участках кожи – на лице, шее и в складках, а также у пациентов с истонченной, в том числе возрастной и чувствительной кожей.



Рисунок 1. Больная С., 61 год, с яркой гиперемией, выраженным отеком, очагами мокнутия и множественными корочками на коже лица



Рисунок 2. Больная С. на 7-й день терапии кремом Афлодерм



Рисунок 3. Больная С. на 18-й день терапии кремом Афлодерм

В то же время выраженность локального противовоспалительного и противозудного эффекта препарата Афлодерм в значительной степени превосходит многие другие препараты.

Еще одним важнейшим свойством препарата Афлодерм крем является наличие увлажняющих и защитных свойств основы препарата. Корнеометрическое исследование показало, что препарат значительно улучшает показатели гидратации кожи и способствует восстановлению функции эпидермального барьера у пациентов с дерматозами, использующими Афлодерм крем (4). Это свойство препарата проявляется дополнительным положительным эффектом при терапии аллергических дерматитов фасциальной локализации (11).

В качестве примера приводим историю болезни больной С., 61 года. Высыпания на коже лица появились через четыре дня после начала применения крема от морщин. Аллергоanamнез отрицательный. Пациентка отказалась от применения крема, однако процесс усиливался, и через 7 дней больная обратилась к врачу (рисунок 1). Субъективно пациентку беспокоил сильный зуд.

На момент осмотра на коже лица имелась яркая гиперемия, выраженный отек, очаги мокнутия и множественные корочки. Больная получала антигистаминную и дезинтоксикационную терапию, местно был назначен крем Афлодерм с аппликацией 2 раза в день. Через 7 дней на фоне проводимой терапии отмечалось значитель-

ное улучшение. На коже лица, в области носа, щек и подбородка гиперемия, инфильтрация и мокнутие исчезли, а в области век и лба – значительно уменьшились (рисунок 2).

На коже в области лба и век на фоне незначительной гиперемии и инфильтрации отмечалось незначительное шелушение и сухость кожи. Больной было рекомендовано продолжать лечение, и дополнительно назначена лечебная косметика, к 18 дню отмечалось полное разрешение процесса на лице (рисунок 3).

Полученные результаты показали высокую эффективность крема Афлодерм, отсутствие нежелательных эффектов и преимущества гидратирующих свойств его основы в терапии аллергического контактного дерматита на коже лица. 

Литература

- Харрисон Т.Р. Внутренние болезни. Под ред. Э. Фаучи, Ю. Браунвальда и др. В двух томах. Пер. с англ. М. Практика. Мак-Гроу Хилл (совмест. изд.). 2002.
- Паттерсон Р., Грэммер Л.К., Гринбергер П.А. Аллергические болезни: диагностика и лечение. Пер. с англ. под ред. А.Г. Чучалина. М. Гэотар-Медицина. 2000.
- Полов Н.Н., Лавров В.Ф., Солошенко Э.Н. Клиническая иммунология и аллергология. М. Реинфор. 2004.
- Звездина И.В., Перламутов Ю.Н. Влияние наружной кортикостероидной терапии Аклометазона дипропионатом (Афлодерм) на функциональные показатели кожи пожилых пациентов, страдающих зудящими дерматозами. РМЖ. 2007. 6: 573.
- Лусс Л.В., Ерохина С.М., Успенская К.С. Новые возможности диагностики аллергического контактного дерматита // Российский аллергологический журнал. 2008. № 2.
- Степанова Е.В. Аллергический контактный дерматит: основные подходы к диагностике, лечению и профилактике // Лечащий врач. 2009. № 10: 15-19.
- Ломоносов К.М., Игнатьев Д.В. Аллергический контактный дерматит // Дерматология № 2 (приложение consilium medicum). 2009. С. 17-21.
- A. Lassus. Clinical comparison of Aclometasone Dipropionate Cream 0,05% and Hydrocortisone Butyrate Cream 0,1% in the treatment of Atopic dermatitis in Children // J. of International medical research. Vol. 11. № 5. 1983.
- C. Thornfeldt, R.C. Cornell, R.B. Stoughton. The effect of Aclometasone Dipropionate Cream 0,05% on the Hypothalamic –Pituitary-Adrenal Axis of normal volunteers // Vol. 276. № 13. 1985.
- A. Kansky, B. Podrumac and A. Godič Non-fluorinated corticosteroid topical preparations in children // ACTA. Dermatovenerologica, Alpina, Pannonica et Adriatica. 2000. Vol. 9. № 2.
- H. Degreef. New Corticosteroids // Skin Therapy Letter. 1999. Vol. 4. № 6.
- Duchková H., Hašková M. Korneometrické vyšetření prokázalo zvýšení hydratace kůže po aplikaci dermosteroidu Alclometasone Dipropionate cream 0,05%. Materials of scientific study. 2005.