

СОВРЕМЕННЫЕ ИНСТРУМЕНТЫ ДИАГНОСТИКИ КОНТАКТНОГО АЛЛЕРГИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА

© Шишалова Т.Н.* , Уханова О.П.*

Ставропольский краевой клинический
консультативно-диагностический центр, г. Ставрополь
Ставропольская государственная медицинская академия, г. Ставрополь

Высокая распространенность аллергического контактного дерматита (АКД) доказана, как среди взрослого, так и среди детского населения [1]. Одним из «золотых стандартов» диагностики АКД является постановка кожных тестов с помощью аппликаций со стандартными аллергенами, позволяющих выявить причиннозначимый аллерген [2]. К сожалению, в России аппликационный тест не нашел достойного применения, как важнейший инструмент диагностики и дифференциальной диагностики данного заболевания [4]. Также существует проблема использования данного теста в практике педиатра, по возрастным ограничениям. Однако, наши зарубежные коллеги используют данный инструмент диагностики КАД с 2-х летнего возраста пациента [5]. На наш взгляд, в практике аллерголога-иммунолога, дерматолога и педиатра, своевременное и безопасное выявление КАД у детей и подростков, сенсibilизированных к низкомолекулярным веществам, а также проведение лечебно-профилактических мероприятий является наиболее актуальным. Мы провели аллергологическое исследование пациентов разной возрастной категории с подозрением на КАД, используя аппликационный тест – «Аллертест» (Дания), с целью доказательства его информативности и безопасности.

Материалы и методы. Нами обследовано 40 пациентов с предполагаемым диагнозом КАД. Среди них было 2 юноши в возрасте 14 лет и 38 женщин в возрасте от 12 до 48 лет.

Основными инструментами диагностики КАД являлись сбор аллергологического анамнеза и постановка кожных тестов (аппликационных «Аллертест» (Дания)). Оценку аппликационных тестов проводили в течение 48, 96 часов, согласно инструкции.

Результаты исследования. При проведении анализа анамнеза пациентов, был выявлен целый ряд провоцирующих бытовых и профессиональных факторов: моющие средства, металлы, резиновые изделия, косметические средств и лекарственные препараты.

* Врач аллерголог-иммунолог Ставропольского краевого клинического консультативно-диагностического центра.

* Доцент кафедры Клинической фармакологии, бактериологии, аллергологии и иммунологии ИПДО Ставропольской государственной медицинской академии, главный внештатный аллерголог-иммунолог МЗ СК, заведующий отделением ГУЗ «СККЦ СВМП», врач аллерголог-иммунолог, доктор медицинских наук.

У всех наблюдаемых пациентов высыпания носили локальный характер (табл. 1) и были представлены очагами гиперемии, лихенификацией различной степени выраженности и инфильтрацией. В области высыпаний отмечались эксфолиации, микротрещины, мелкопластинчатое шелушение, мелкопапулезные и везикулезные элементы, расположенные в местах непосредственного контакта кожи с химическими веществами (фото 1-3).

Субъективно пациенты отмечали зуд и шелушение кожи различной степени интенсивности.

Таблица 1

Локализация кожного воспалительного процесса при КАД

Лок-я	Туловище	Плечи	Кисти	Голени	Стопы	Шея	Лицо
%	33,4	33,2	46,2	5,1	10,2	28,2	23,1



Фото 1.

Пациентка К. 12 лет, школьница



Фото 2. Пациент Д. 18 лет.



Фото 3. Пациентка А. 20 лет, студентка. КАД на мобильный телефон.

По данным анамнеза, пациенты ранее обращались за медицинской помощью к дерматологу, педиатру, врачу общей практики и получали традиционные методы терапии в амбулаторных условиях.

Лечение включало в себя: антигистаминные препараты 1-го и 2-го поколения, энтеросорбенты, топические глюкокортикостероидные препараты, средства лечебной косметики и топические антибактериальные препараты. Однако, ни одному пациенту не были рекомендованы элиминационные мероприятия из-за отсутствия возможности выявить причиннозначимый аллерген. Поэтому у всех обследуемых нами пациентов заболевание носило хронический характер с чередованием периода обострения и ремиссии.

Независимо от длительности и типа проводимой терапии, на здоровую кожу спины, пациентам были поставлены аппликационные тесты согласно инструкции. Через 48 часов нами проводилась оценка теста, с помощью прилагаемого трафарета (фото 4). Однако, некоторые местные реакции более выражено проявлялись через 96 часов после удаления теста.

Были выявлены следующие причиннозначимые аллергены (табл. 2).

Таблица 2

Причиннозначимые аллергены у больных с КАД

Никеля сульфат	26,1 %
Ланолин	5,2 %
Неомицина сульфат	1,5 %
Калия дихромат	13,4 %
Смесь местных анестетиков	3 %
Ароматизаторы	5,1 %
Смесь карбаматов	17,9 %
Смесь чёрных резин	3 %
Хлор-метил-изотиазолинон	11,5 %
Квотерниум 15	6,7 %
Меркаптобензотиазол	11,1 %
р-Фенилендиамин	11,2 %
Формальдегид	3 %
Смесь меркаптанов	4,5 %
Тиомерсал	27,6 %
Смесь производных тиурама	1,5 %

Пациентами была отмечена хорошая переносимость аппликационного теста в течение 48 часов, однако пациентка К. 12 лет не могла оценить интенсивность кожного зуда в течение первых суток. В результате, через 48 часов наблюдалась местная реакция под номером 20 (парафенилендиамин), в виде выраженной инфильтрации, сливных везикул и распространения реакции за пределы контакта с диагностическим стандартизированным аллергеном (фото 5).



Фото 4. Пациентка К.
12 лет



Фото 5. Пациент Д.
18 лет



Фото 6. Пациентка А. 20 лет, студентка, КАД на никеля сульфат и местные анестетики

Всем пациентам с локальными проявлениями теста, проводилась терапия топическими глюкокортикостероидами в течение 10-14 дней до полного восстановления структуры кожи.

Таким образом, независимо от возраста, пола, частоты и тяжести клинических симптомов, проводимой терапии, можно широко и безопасно про-

водить кожное тестирование с помощью аппликационных тестов на любом этапе развития заболевания.

* * *

1. Консультация аллерголога-иммунолога и выполнение стандартизированного аппликационного теста – как основного инструмента диагностики КАД, является обязательным условием оказания качественной консультативно-диагностической помощи больным.

2. Оценку аппликационного теста необходимо проводить через 24, 48 и 96 часов с целью профилактики осложнений, даже при отсутствии жалоб у больного на локальный кожный зуд.

3. При наличии положительной кожной реакции после тестирования, местно необходимо использовать топические ГКС до полного восстановления структуры кожи.

4. Независимо от возраста и пола пациентов, наблюдается хорошая переносимость «Аллертеста», что является основным критерием его использования и у лиц младше 18 лет.

5. Предварительная терапия не оказывает влияния на качество теста, что обосновано IV типом аллергической реакции в патогенезе КАД.

6. Аппликационный тест является информативным, безопасным и патогенетически значимым, так как выявление и элиминация причиннозначимого аллергена является основой успеха терапии КАД у больных.

Список литературы:

1. Cohen D.E., Rao S., Brancaccio R.R. Use of the North American Contact Dermatitis Group Standard 65-allergen series alone in the evaluation of allergic contact dermatitis: a series of 794 patients // *Dermatitis*. – 2008. – № 19 (3). – P. 137-141.

2. Сарычева Т.М., Феденко Е.С. Современные возможности диагностики аллергического контактного дерматита // *Клиническая дерматология и венерология*. – 2008. – № 5. – С. 76-80.

3. DeVos S., Van der Valk P. The risk of active sensitization to PPD // *Contact Derm.* – 2001. – № 44. – P. 273-275.

4. Кочеткова И.О. Роль стандартизации в организации медицинской помощи больным с аллергическим контактным дерматитом: автореф. дисс. ... канд. мед. наук. – 2004. – 29 с.

5. De Waard-van der Spek F.B., Oranje A.P. Patch tests in children with suspected allergic contact dermatitis: a prospective study and review of the literature // *Dermatology*. – 2009. – № 218(2). – P. 119-125.