

РОССИЙСКОЕ ОБЩЕСТВО ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГОВ И КОСМЕТОЛОГОВ

**ФЕДЕРАЛЬНЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ
ПО ВЕДЕНИЮ БОЛЬНЫХ КОНТАКТНЫМ ДЕРМАТИТОМ**

Москва - 2013

Персональный состав рабочей группы по подготовке федеральных клинических рекомендаций по профилю "Дерматовенерология", раздел «Контактный дерматит»:

1. Утц Сергей Рудольфович – заведующий кафедрой кожных и венерических болезней ГБОУ ВПО «Саратовский государственный медицинский университет им. В.И. Разумовского» Минздрава России, профессор, доктор медицинских наук, г. Саратов.
2. Слесаренко Наталия Александровна – профессор кафедры кожных и венерических болезней ГБОУ ВПО «Саратовский государственный медицинский университет им. В.И. Разумовского» Минздрава России, доктор медицинских наук, г. Саратов.
3. Моррисон Анна Витальевна - доцент кафедры кожных и венерических болезней ГБОУ ВПО «Саратовский государственный медицинский университет им. В.И. Разумовского» Минздрава России, кандидат медицинских наук, г. Саратов.

МЕТОДОЛОГИЯ

Методы, использованные для сбора/селекции доказательств:

поиск в электронных базах данных.

Описание методов, использованных для сбора/селекции доказательств:

доказательной базой для рекомендаций являются публикации, вошедшие в Кокрановскую библиотеку, базы данных EMBASE и MEDLINE.

Методы, использованные для оценки качества и силы доказательств:

- Консенсус экспертов;
- Оценка значимости в соответствии с рейтинговой схемой (схема прилагается).

Рейтинговая схема для оценки силы рекомендаций:

Уровни доказательств	Описание
1++	Мета-анализы высокого качества, систематические обзоры рандомизированных контролируемых исследований (РКИ) или РКИ с очень низким риском систематических ошибок
1+	Качественно проведенные мета-анализы, систематические, или РКИ с низким риском систематических ошибок
1-	Мета-анализы, систематические, или РКИ с высоким риском систематических ошибок
2++	Высококачественные систематические обзоры исследований случай-контроль или когортных исследований. Высококачественные обзоры исследований случай-контроль или когортных исследований с очень низким риском эффектов смешивания или систематических ошибок и средней вероятностью причинной взаимосвязи
2+	Хорошо проведенные исследования случай-контроль или когортные исследования со средним риском эффектов смешивания или систематических ошибок и средней вероятностью причинной взаимосвязи
2-	Исследования случай-контроль или когортные исследования с высоким риском эффектов смешивания или систематических ошибок и средней вероятностью причинной взаимосвязи
3	Неаналитические исследования (например: описания случаев, серий случаев)
4	Мнение экспертов

Методы, использованные для анализа доказательств:

- Обзоры опубликованных мета-анализов;
- Систематические обзоры с таблицами доказательств.

Методы, использованные для формулирования рекомендаций:

Консенсус экспертов.

Рейтинговая схема для оценки силы рекомендаций:

Сила	Описание
А	По меньшей мере один мета-анализ, систематический обзор или РКИ, оцененные как 1++ , напрямую применимые к целевой популяции и демонстрирующие устойчивость результатов или группа доказательств, включающая результаты исследований, оцененные как 1+, напрямую применимые к целевой популяции и демонстрирующие общую устойчивость результатов
В	Группа доказательств, включающая результаты исследований, оцененные как 2++, напрямую применимые к целевой популяции и демонстрирующие общую устойчивость результатов или экстраполированные доказательства из исследований, оцененных как 1++ или 1+
С	Группа доказательств, включающая результаты исследований, оцененные как 2+, напрямую применимые к целевой популяции и демонстрирующие общую устойчивость результатов; или экстраполированные доказательства из исследований, оцененных как 2++
D	Доказательства уровня 3 или 4; или экстраполированные доказательства из исследований, оцененных как 2+

Индикаторы доброкачественной практики (Good Practice Points – GPPs):

Рекомендуемая доброкачественная практика базируется на клиническом опыте членов рабочей группы по разработке рекомендаций.

Экономический анализ:

Анализ стоимости не проводился и публикации по фармакоэкономике не анализировались.

Метод валидации рекомендаций:

- Внешняя экспертная оценка;
- Внутренняя экспертная оценка.

Описание метода валидации рекомендаций:

Настоящие рекомендации в предварительной версии рецензированы независимыми экспертами.

Комментарии, полученные от экспертов, систематизированы и обсуждены членами рабочей группы. Вносимые в результате этого изменения в рекомендации регистрировались. Если же изменения не были внесены, то зарегистрированы причины отказа от внесения изменений.

Консультация и экспертная оценка:

Предварительная версия была выставлена для обсуждения на сайте ФГБУ «Государственный научный центр дерматовенерологии и косметологии» Минздрава России для того, чтобы лица, не участвующие в разработке рекомендаций, имели возможность принять участие в обсуждении и совершенствовании рекомендаций.

Рабочая группа:

Для окончательной редакции и контроля качества рекомендации повторно проанализированы членами рабочей группы.

Основные рекомендации:

Сила рекомендаций (A–D) приводится при изложении текста рекомендаций.

КОНТАКТНЫЙ ДЕРМАТИТ

Шифр по Международной классификации болезней МКБ-10
L23

ОПРЕДЕЛЕНИЕ

Контактный дерматит – воспалительная реакция кожи, возникающая в ответ на прямое воздействие внешних раздражающих факторов.

ЭТИОЛОГИЯ И ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

Простой (ирритантный) контактный дерматит (ПКД) возникает в месте воздействия раздражающего агента на кожу или слизистые оболочки, при этом площадь поражения соответствует площади воздействия раздражителя. Острая форма ПКД может развиваться у любого человека даже после однократного воздействия раздражающего фактора, если оно достаточного по интенсивности и времени, особенно, при наличии индивидуальной предрасположенности. Ранее ПКД не связывали с иммунным ответом, в настоящее время установлено, что иммунная система играет ключевую роль в разрешении ирритантных реакций.

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.)

Аллергический контактный дерматит (АКД) возникает в сенсibilизированном организме. Поражение кожи или слизистых оболочек выходит за пределы места воздействия внешнего раздражителя (аллергена). Возможен диссеминированный и даже генерализованный характер высыпаний. Воспалительная реакция при АКД носит характер гиперчувствительности замедленного типа и возникает через 10-15 дней после первого контакта с аллергеном. Концентрация раздражителя (аллергена), площадь воздействия и путь проникновения в организм определяющего значения не имеют.

КЛАССИФИКАЦИЯ

Общепринятой классификации не существует.

Контактный дерматит имеет острое и хроническое течение.

Можно выделить следующие основные разновидности (типы) контактного дерматита:

- острый контактный (ирритантный) дерматит: развивается, как правило, после однократного контакта с веществами, обладающими выраженными раздражающими свойствами;
- хронический (кумулятивный) контактный дерматит: развивается после повторных контактов (в течение нескольких месяцев и даже лет) с веществами,

обладающими более слабыми раздражающими свойствами, в том числе растворами (моющие средства, органические растворители, мыльные растворы, слабые кислоты и щелочи) или «сухими» раздражителями (низкая влажность воздуха, порошки и пыль);

– аллергический контактный дерматит: является результатом сенсибилизации иммунной системы к специфическому аллергену или нескольким аллергенам, приводящей к возникновению (или обострению – рецидиву) воспалительной реакции кожи.

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

Наиболее часто воздействию раздражающих веществ и аллергенов подвержена кожа лица, рук, шеи, подмышечных впадин, волосистой части головы, несколько реже – нижних конечностей, аногенитальной области и ушных раковин.

Клинические проявления острого простого и аллергического контактного дерматита обладают определенным сходством и представлены эритемой, отеком, буллезными (ПКД) и везикулёзными (АКД) высыпаниями, трещинами. Субъективными проявлениями являются зуд, жжение и болезненность кожи. При АКД высыпания располагаются не только в месте воздействия раздражителя, но и за его пределами.

При хроническом простом контактном дерматите, возникающем вследствие длительного воздействия раздражителя (даже в низких концентрациях), кожный процесс представлен очагами неяркой эритемы, инфильтрации, трещинами, эксфолиациями и гиперпигментацией. После устранения действия раздражителя патологический процесс может продолжаться длительное время (месяцы, годы).

ДИАГНОСТИКА

Основой диагностики является тщательное изучение истории заболевания, оценка распространенности и характера морфологических элементов и результаты аппликационных кожных тестов.

По показаниям назначается консультация аллерголога.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА

Ряд заболеваний кожи могут иметь сходную с контактным дерматитом клиническую картину и требуют проведения дифференциального диагноза. Среди них состояния, при которых патологический процесс в коже является основным проявлением заболевания (атопический дерматит, дерматофитии, псориаз, себорейный дерматит, чесотка, красный плоский лишай и др.) и ряд системных заболеваний (энтеропатический акродерматит, поздняя кожная порфирия, фенилкетонурия и др.).

ЛЕЧЕНИЕ

Цели лечения

Общие замечания по терапии

При контактном дерматите приоритетное значение имеет выявление и устранение воздействия раздражителя. Особое внимание необходимо обратить на наличие раздражителей и аллергенов на рабочем месте.

В случае необходимости должна быть подобрана адекватная защита кожного покрова от попадания раздражителей – спецодежда, правильно подобранные (с учетом специфики раздражающего фактора) перчатки (А) [1-2], защитные кремы и мази (D) [3], корнеопротекторы и эмолиенты (А) [4].

При ПКД чаще всего достаточно ограничиться применением наружных противовоспалительных средств и, в зависимости от клинической картины заболевания, влажно-высыхающих компрессов (С) [5].

Количество исследований, посвященных эффективности применения топических глюкокортикостероидных препаратов при ПКД невелико и противоречиво. Однако не всегда представляется возможным без дополнительного обследования принять решение о природе контактного дерматита (ирритативный или аллергический), в связи с чем допустимо местное использование глюкокортикостероидных препаратов и при ПКД. При АКД, как правило, начинают с использования глюкокортикостероидных препаратов средней и высокой степени активности. Вместе с тем, если проявления АКД локализуются на лице, веках, в складках и на сгибательных поверхностях конечностей, то целесообразно с самого начала использовать глюкокортикостероидные препараты с низкой степенью активности (D) [6-7].

Противозудный эффект антигистаминных препаратов при ПКД и АКД не представляет терапевтического интереса, а седативный потенциал – невелик, поэтому их использование при данной патологии нецелесообразно (D) [7].

Схемы терапии

Наружная терапия

- флутиказон пропионат, крем, мазь 0,05% (А) 1-2 раза в сутки наружно тонким слоем на пораженные участки кожи в течение 2 недель [8]
или
- триамцинолона ацетонид, мазь 0,025%, 0,1% (А) 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% [9]
или
- клобетазола пропионат, мазь 0,05% (А), 1-2 раза в сутки наружно тонким слоем на пораженные участки кожи в течение 3-4 недель [10-11]
или
- бетаметазона валерат, крем, мазь (А), 1-3 раза в сутки наружно тонким слоем на пораженные участки кожи в течение 2 недель [12]

или

- мометазона фуроат, крем, мазь 0,1% (B), 1 раз в сутки наружно тонким слоем на пораженные участки кожи в течение 2 недель [13].

Системная терапия

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

- преднизолон, таблетки (A) 0,5- 1,0 мг на кг массы тела перорально в течение 5-7 дней, с последующим снижением дозы препарата [14-15].

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 [16-18].

Течение контактного дерматита, хотя и нечасто, может осложняться присоединением вторичной бактериальной инфекции. В этом случае показано местное применение антибактериальных препаратов:

- фузидиевая кислота, крем, гель 2% (A) 1-2 раза в сутки наружно тонким слоем на пораженные участки кожи в течение 1-2 недель [19-20]

или

- мупироцин, мазь 2% (A) 2-3 раза в сутки наружно тонким слоем на пораженные участки кожи в течение 2 недель [19-20].

Показания к госпитализации

Острый распространенный процесс, наличие тяжелых сопутствующих заболеваний.

Требования к результатам лечения

Регресс высыпаний.

Тактика при отсутствии эффекта от лечения

При рефрактерном течении АКД возможно использование иммуносупрессивных препаратов: азатиоприна (A) [21] и циклоспорина (A) [22].

В случае хронического, торпидного течения АКД возможно применение фототерапии: UV-B или PUVA-терапию (A) [23].

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.

Список литературы

1. Bouke J, Coulson I, English J. Guidelines for care of contact dermatitis. *Brit J Dermatol*. 2001; 145: 877-85.
2. Ramsing DW, Agnew T. Effect of gloves occlusion on human skin (II). Long-term experimental exposure. *Contact Dermatitis*. 1996; 91: 1140-5.
3. Berndt U, Wigger-Alberti W, Gabard B, Elsner P. Efficacy of a barrier cream and its vehicle as protective measures against occupational irritant contact dermatitis. *Contact Dermatitis*. 2000; 42: 77-80.
4. Halkier-Sorensen L, Thestrup-Pedersen K. The efficacy of a moisturizer (Locobase) among cleaners and kitchen assistants during everyday exposure to water and detergents *Contact Dermatitis* 1993; 29: 266-71.
5. Ananthapadmanabhan KP, Moore DJ, Subramanyan K, Misra M, Meyer F. Cleansing without compromise: the impact of cleansers on the skin barrier and the technology of mild cleansing. *Dermatol Ther*. 2004;17:16–25.
6. Cohen DE, Heidary N. Treatment of irritant and allergic contact dermatitis. *Dermatol Ther*. 2004; 17: 334-40.
7. Beltrani VS, Bernstein IL, Cohen DE, Fonacier L. Contact dermatitis: a practice parameter. *Ann Allergy Asthma Immunol* 2006; 97: S1-S33.
8. Hachem JP, De Paepe K, Vanpée E, et al. Efficacy of topical corticosteroids in nickel-induced contact allergy. *Clin Exp Dermatol* 2002; 27 : 47–50.
9. Le TK, De Mon P, Schalkwijk J, van der Valk PG. Effect of a topical corticosteroid, a retinoid and a vitamin D3 derivative on sodium dodecyl sulphate-induced skin irritation. *Contact Dermatitis* 1997; 37 : 19–26
10. Hachem JP, De Paepe K, Vanpée E, Bogaerts M, Kaufman L, Rogiers V, Roseeuw D. Efficacy of topical corticosteroids in nickel-induced contact allergy. *Clin Exp Dermatol* 2002; 27:47-50.
11. Hachem JP, De Paepe K, Vanpée E, Kaufman L, Rogiers V, Roseeuw D. Combination therapy improves the recovery of the skin barrier function: an experimental model using a contact allergy patch test combined with TEWL measurements. *Dermatology* 2001;202:314-9.
12. Kucharekova M, Hornix M, Ashikaga T, et al. The effect of the PDE-4 inhibitor (cipamfylline) in two human models of irritant contact dermatitis. *Arch Dermatol Res* 2003; 295:29–32.
13. Veien NK, Olholm Larsen P, Thestrup-Pedersen K, Schou G. Long term, intermittent treatment of chronic hand eczema with mometasone furoate. *Br J Dermatol* 1999; 140: 882-6.
14. Li LY, Cruz PD Jr. Allergic contact dermatitis: pathophysiology applied to future therapy. *Dermatol Ther*. 2004;17: 219–223.
15. Jovanovic M, Mimica-Dukie N, Poljacki M, Boza P. Erythema multiforme due to contact with weeds: a recurrence after patch testing. *Contact Dermatitis*. 2003;48:17–25.
16. Nasr IS. Topical tacrolimus in dermatology. *Clin Exp Dermatol*. 2000;25:250–254.
17. Gupta AK, Chow M. Pimecrolimus: a review. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2003;17:493–503
18. Amrol D, Keitel D, Hagaman D, Murray J. Topical pimecrolimus in the treatment of human allergic contact dermatitis. *Ann Allergy Asthma Immunol*. 2003;91:563–566.
19. Morley PAR, Munot LD. A comparison of sodium fusidate ointment and mupirocin ointment in superficial skin sepsis. *Curr Med Res Opin* 1988; 11: 142–8.
20. Sutton JB. Efficacy and acceptability of fusidic acid cream and mupirocin ointment in facial impetigo. *Curr Ther Res* 1992; 51: 673–8.
21. Murphy GM, Maurice PD, Norris PG et al. Azathioprine treatment in chronic actinic dermatitis: a double-blind controlled trial with monitoring of exposure to ultraviolet radiation. *Br J Dermatol* 1989; 121: 639-46

22. Granlund H, Erkkö P, Eriksson E, Reitamo S. Comparison of the influence of cyclosporine and topical betamethasone-17,21-dipropionate treatment on quality of life in chronic hand eczema. *Acta Derm Venereol* 1997; 77: 54-8.
23. Rosen K, Mobacken H, Swanbeck G. Chronic eczematous dermatitis of the hands: a comparison of PUVA and UVB treatment. *Acta Derm Venereol* 1987; 67: 48-54.