

**ХАРКІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ
МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ**

**АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ
АЛЕРГІЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ
ШКІРИ: ТЕОРЕТИЧНІ ТА
ПРИКЛАДНІ ДОСЛІДЖЕННЯ**

**ЗБІРНИК НАУКОВИХ ПРАЦЬ
ЗА МАТЕРІАЛАМИ НАУКОВОЇ КОНФЕРЕНЦІЇ**

*присвяченої 175-річчю з дня народження приват-
доцента Порай-Кошиць В.Г.*

м.Харків, 17-18 листопада 2022 р

За редакцією проф. А.М.Дашука

Харків
2022

ББК 55.83

УДК:616.5 + 616.97 + 687.55 + 614.2

А 46

Редакційна колегія: проф. В.А.Капустник, чл.-кор. НАМН України, проф. В.М.Лісовий, проф. Ю.В.Андрашко, проф. О.Д.Александрук, проф. С.А.Бондар проф. Л.А.Болотна, проф. А.М.Дашук (відп. редактор), проф. О.І.Денисенко, доц. Є.І.Добржанська (секретар), проф. А.Д.Дюдюк, проф. Л.Д.Калюжна, проф. В.Г.Кравченко, проф. Я.Ф.Кутасевич, проф. М.М.Лебедюк проф. Літус А.І., проф. Макуріна Г.І., проф. В.В.М'ясоєдов, доц. Л.В.Рощенюк, чл.-кор НАМН України В.І.Степаненко, проф. Т.В.Святенко, проф. О.О.Сизон

Адреса редакційної колегії: Україна, 61002, Харків, узвіз Куликівський, 15, кафедра дерматології, венерології та СНІДу,
тел. (057) 700-41-33, e-mail: kafedradermahnmu@gmail.com

У збірнику наукових праць за матеріалами наукової конференції кафедри дерматовенерології Харківського національного медичного університету висвітлено вклад приват-доцента В.Г.Порай-Кошиць в історії становлення і розвитку кафедри. Розглянуто питання етіопатогенезу, клініки, діагностики та лікування низки шкірно-венеричних хвороб.

Для науковців, фахівців.

А 45 Актуальні питання алергічних захворювань шкіри: теоретичні та прикладні дослідження: Збірник наукових праць. – Х.: ЕСТЕТ ПРІНТ, 2022. – 116 с.

ISBN

Редакційна колегія не завжди поділяє думки і погляди авторів. Відповідальність за зміст, підбір і викладення фактів у статтях несуть автори.

Відповідно до Закону України «Про авторське право і суміжні права» під час використання наукових ідей і матеріалів цього збірника посилання на авторів і видання є обов'язковим.

ISBN

ББК 55.83

© Харківський
національний
медичний університет,
2022

КОНТАКТНО – АЛЕРГІЙНІ ДЕРМАТИТИ В СУЧАСНИХ УМОВАХ

Кравченко В.Г.¹, Дашук А.М.², Кравченко А.В.²

¹Полтавський державний медичний університет

²Харківський національний медичний університет

Серед широкого кола хвороб алергійного генезу велика частка належить алергійним дерматозам. Широка розповсюдженість і щорічне зростання зазначеної патології мають розглядатися як реальна загроза здоров'ю населення. Захворюваність на контактну-алергійний дерматит входить до 10 найбільш частих професійних патологій (1). Згідно окремих повідомлень, захворюваність на алергійний контактний дерматит коливається в країнах Європи від 2,7 до 12 випадків на 1000 населення. За даними науковців Харківського науково-дослідного інституту дерматології і венерології МОН України контактні-алергійні дерматити за десятилітній період склали в різні роки в середньому 700-687 випадків на 100 тис. населення (2,3,4). В існуючу нині Міжнародну класифікацію хвороб (МКХ-10) включено сім десятків найменувань алергійних захворювань і патологічних станів шкіри (1), проте легко допустити, що перелік дерматозів з алергійним генезом може бути розширеним по мірі поглибленого вивчення природи багатьох дерматозів із нині ще невідомою або не до кінця з'ясованою етіологією. Вважається, що контактна алергія розвивається після контакту пацієнта з певними речовинами-гаптенами за механізмом виникнення гіперчутливості уповільненого ІУ типу з участю сенсibiliзованих лімфоцитів і макрофагів. Гаптен може стати будь-яка ліпофільна речовина органічного чи неорганічного походження за умови кон'югації з певним білком-носієм. Утворений таким чином хімічно стійкий комплекс «гаптен-носії» і стає рушієм алергійної реакції уповільненого типу, що проявляється симптомами дерматиту. Клінічно - прогресуючі форми контактної-алергійної дерматиту розвиваються переважно у осіб старшого віку, а контактна алергія внаслідок впливу медичних препаратів властива пацієнтам після 70 років (1,6,8). Контактна-алергійна дерматит може виникати не тільки внаслідок професійної діяльності людини і поступової сенсibiliзації її до певних алергенів на виробництві, а нерідко зустрічається у дітей, зокрема раннього віку (6,8). Дослідження вікових особливостей сенсibiliзації до контактних алергенів засвідчили найвищий відсоток позитивних аплікаційних тестів у дітей до 5 років з поступовим зниженням в 6-10 років і зростанням з 11-річного віку (7). Встановлено також, що у дітей перших місяців життя алергійний контактний дерматит активно виникає під впливом барвників, складу тканин одягу тощо і може бути поєднаним з atopічним дерматитом (9, 10,11).

Переконливими чинниками виникнення і розвитку алергодерматозів розглядають імунні механізми, зокрема роль Ig E та інших лімфокінних факторів, окремих класів інтерлейкінів. В основі виникнення контактної-алергійної дерматити, згідно сучасних поглядів, лежить алергійна реакція гіперчутливості уповільненого типу з наступним механізмом розвитку: втілений в шкіру антиген захоплюється клітинами Лангерганса і після деякого розщеплення зв'язується з молекулами HLA класу II; після цього клітини Лангерганса мігрують із епідерміса у регіонарні лімфатичні вузли, де відбувається представлення антигена Т-лімфоцитам. Сформована таким чином сенсibiliзація при повторному контакті з алергеном зумовлює проліферацію активованих Т-лімфоцитів та виділення медіаторів запалення і міграцію в епідерміс цитотоксичних Т-клітин, що супроводжується розвитком алергійної реакції шкіри чи слизової екзематозного типу в місці контакту (5). І хоча алерген контактує з обмеженою ділянкою шкіри або слизової, виникає сенсibiliзація всього організму. Клінічні прояви дерматиту можуть виникати через різні проміжки часу з початку сенсibiliзації — від кількох днів до місяця й більше. У разі повторних контактів з цим же алергеном терміни розвитку сенсibiliзації зазвичай скорочуються. Алергенами можуть бути самі різноманітні хімічні речовини, що входять до складу миючих і косметичних засобів, пластикових і металевих прикрас, будівельних матеріалів тощо. Сенсibiliзуючий ефект можливий у осіб будь-якого віку, але він помітно нижчий у маленьких дітей і після 70 років. Прояви контактної-алергійної дерматиту схожі з екземою - виникають сверблячі папульозні та мікроезикакульозні елементи на еритематозному тлі, за хронізації процесу спостерігається ліхеніфікація осередку. За важких випадків дерматиту можуть уражатися значні ділянки шкіри аж до розвитку еритродермії.

Діагностика алергійної контактної дерматиту ґрунтується на виявленні екзогенного чинника, а також на переважно чіткій, обмеженій локалізації характерного первинно виникаючого запального процесу на місці подразнюючої або сенсibiliзуючої його дії. З плином часу дерматит виникає в місцях, які безпосередньо не контактують з подразником. Установленню точної етіології допомагають діагностичні алергологічні крапельні або компресні шкірні тести, що стають зазвичай позитивними з алергенами, до яких існує підвищена чутливість. Диференційну діагностику контактної алергійної дерматиту проводять переважно з екземою і токсикодермією. На відміну від простого контактної дерматиту, за контактної-алергійних процесів ознаки хвороби зазвичай минають дуже повільно після усунення подразника.

Лікування у разі контактної-алергійної дерматити передбачає, окрім виявлення і усунення сенсibiliзуючого впливу провокуючих

чинників, застосування антигістамінних і гіпосенсибілізуючих засобів, кальцієвих препаратів, зовнішньо - глюкокортикостероїдних мазів та аерозолів.

Під нашим спостереженням перебували 22 пацієнта з контактно-алергійним дерматитом віком від 8 місяців до 56 років. Дітей було четверо у віці від 8 міс. до 2,5 років, у яких було виявлено так званий «горшковий» контактно-алергійний дерматит від користування пластмасовими туалетними горщиками. Давність дерматиту коливалась від одного тижня до одного місяця. Від батьків отримано інформацію, що дітей саджали на пластмасові горщики в дитячих яслах і вдома. Захворювання характеризувалося типовою в таких випадках клінічною картиною. На сідницях і прилеглих поверхнях стегон, контактуючих з пластмасою, спостерігались запальні явища у вигляді симетричного еритемного кола з незначним набряком, дрібною везикульозною висипкою і помірним поверхневим лущенням. Захворювання протікало без загальних явищ. У однієї дитини в осередках спостерігалось мокнуття, частково з ерозуванням і сіруватими кірками, дерматит супроводжувався інтенсивним свербіжем з порушенням сну. Лікування дітей полягало, насамперед, в припиненні контактування з провокуючим чинником- пластмасовими горщиками і заміні на емальовані. Місцево застосовували цинкцидиполовий лінімент (рідка мазь у співвідношенні інгредієнтів 0,7-0,8 : 1,0. Цидипол-протизапальний, антиексудативний, антибактерійний засіб у вигляді густої гелеподібної рідини, приготовлений екстемпорально). Лише в одному випадку, де спостерігалось мокнуття і ерозування, довелось попередньо (упродовж двох днів) призначати примочку із 0,5% водним розчином таніну і наступним призначенням лініменту та внутрішньо-антигістамінних і гіпосенсибілізуючих засобів (глюконат кальцію). В усіх випадках висипка регресувала упродовж 5-7 днів.

У групі дорослих пацієнтів з контактно-алергійним дерматитом (18 осіб) 9 були працівниками станцій технічного обслуговування автомобілів, 4 - промислових підприємств, 5 - ремонтниками квартир (2-плиточники, 3 - штукатуру). У них виявлена підвищена чутливість до автомобільних фарб, розчинників, цементу, клеїв, з якими працівники постійно контактували в своїй роботі. Факт сенсibiлізації підтверджувався позитивними алергологічними пробами (компресний шкірний тест). Скарги хворих коливалися в широких межах—від відчуття незначного печіння та свербіжу до різкого болю в осередках ураження. Клінічні прояви виражались обмеженими або дифузними ураженнями шкіри у вигляді еритемних зон, везикульозної, папульозної висипки, у 3 пацієнтів - ліхеніфікації шкіри. Пацієнти, в залежності від форми і стадії захворювання, отримували лікування гіпосенсибілізуючими і протигістамінними засобами I і II покоління

(тіосульфат натрію, кальцієві препарати в/в, тавегіл, діазолін, дезлоратадин), у важких випадках – глюкокортикостероїди (преднізолон 30-20 мг на добу у вигляді 7-10 денних курсів, місцево – цинк-цидиполовий лінімент. Регрес ефлоресценцій завершувався в межах 1-1,5 міс. Двом пацієнтам довелось рекомендувати зміну характеру праці у зв'язку із рецидивуванням дерматозу після чергового повного регресування запального процесу. Наш досвід застосування цинк-цидиполового лініменту продемонстрував перспективність і адекватність даного лікарського засобу при лікуванні контактно-алергійних дерматитів.

Джерела інформації:

1. Резніченко Н.Ю. Особливості перебігу алергодерматозів в умовах промислового міста.- Клинические лекции по дерматовенерологии и косметологии под ред В.П.Федотова, А.И.Макарчука, Запорожье- Днепропетровск, «Просвіта», 2014, с.398-426

2. Кутасевич Я.Ф., Волкославська В.М. Стан ресурсів і діяльність дерматовенерологічної служби за 1998-2018 рр. в Україні. Нагальні задачі-Дерматологія, венерологія, 2019, №2 (84), с.46-49.

3. Волкославська В.М., Гутнев О.Л. Про стан захворюваності та особливості перебігу деяких дерматозів у підлітків. Дерматологія, венерологія, 2018, №1 (80), с. 16-20.

4. Кравченко В.Г., Іщейкін К.Є., Кравченко А.В., Ємченко Я.О. і ін. Дерматологія і венерологія. Навчально-методичний посібник. - Київ, «Видавництво Людмила», 2020, 296 с.

5. Горланов И.А. Детская дерматовенерология (И. А. Горланов, Д. В. Заславский, И. Р. Милявская, Л.М. Леина, О.В.Оловянный, С. Ю. Куликова), под редакцией И.А. Горланова, издат. центр «Академия», 2012, 352 с.

6. Bernstein I.L. Allergy diagnostic testing: an updated practice parameter. Part I. Annual Allergy Asthma Immunology, 2008, No100, p.15-66

7. Goncalo S. Allergic contact dermatitis in children. Contact Dermatitis, 1992, No 26, p. 112-115

8. Green C.M. Contact allergy to topical medicaments becomes more common with advancing age: an age-stratified study. Contact Dermatitis-2007, V.56, No 4, p.229-231.

9. Jacob S.E., Zapolski T. et al. p-Phenylenediamine in black henna tattoos: a practice in need of policy in children. Archiv of Pediatric Adolescens Medicine, 2008, v.162, p.790-792

10. Spiewak R. Allergische Kontaktdermatitis im Kindesalter. Eine Übersicht Met-Analyse. Allergologie, 2002, №7, s.559-566.

11. Thyssen J.P. et al. Contact allergy to allergens of the TRUE-test has decreased modestly in the general population. *British J. of Dermatology*, 2009, v.161, No 5, p.1124-1129.

КОНТАКТНО – АЛЕРГІЙНІ ДЕРМАТИТИ В СУЧАСНИХ УМОВАХ

Кравченко В.Г., Дашук А.М., Кравченко А.В.

Серед широкого кола хвороб алергійного генезу велика частка належить алергійним дерматозам. Широка розповсюдженість і щорічне зростання зазначеної патології мають розглядатися як реальна загроза здоров'ю населення. Захворюваність на контактнo-алергійний дерматит входить до 10 найбільш частих професійних патологій

Під нашим спостереженням перебували 22 пацієнта з контактнo-алергійним дерматитом віком від 8 місяців до 56 років.

Місцево застосовували цинк-цидиполовий лінімент (рідка мазь у співвідношенні інгредієнтів 0,7-0,8:1,0.

Наш досвід застосування цинк-цидиполового лініменту продемонстрував перспективність і адекватність даного лікарського засобу при лікуванні контактнo-алергійних дерматитів.

ALLERGIC CONTACT DERMATITIS IN MODERN CONDITIONS

Kravchenko V.G., Dashchuk A.M., Kravchenko A.V.

Among a wide range of diseases of allergic origin, a large share belongs to allergic dermatoses. The widespread and annual growth of the mentioned pathology should be considered as a real threat to the health of the population. The incidence of contact-allergic dermatitis is among the 10 most frequent occupational pathologies

22 patients with contact-allergic dermatitis aged from 8 months to 56 years were under our observation.

Zinc-cydipol liniment (liquid ointment in the ratio of ingredients 0.7-0.8:1.0) was applied locally.

Our experience of using zinc-cydipol liniment has demonstrated the promisingness and adequacy of this medicine in the treatment of allergic contact dermatitis.