



НАУЧНЫЙ ЖУРНАЛ НАУКА И МИРОВОЗЗРЕНИЕ

АЛЛЕРГИЧЕСКИЙ ДЕРМАТИТ

Джомартова Тоты Алламурадовна

Ассистент, Кафедра детских инфекций, Туркменский государственный медицинский университет им. Мырата Гаррыева г. Ашхабад Туркменистан

Контактный дерматит (contact dermatitis) – заболевание, которое характеризуется воспалением кожи, появляющееся из-за воздействия на нее агентов внешней среды физической или химической природы.

Аллергический контактный дерматит (dermatitis allergica) - воспалительная иммунная реакция, которая развивается в коже, в месте контакта с аллергеном. У детей до года проявляется редко.

Данные дерматиты возникают в результате повторного воздействия на кожу раздражителей, которые приводят к сенсибилизации всего кожного покрова.

Этиология и патогенез

Аллергенами могут быть самые различные химические вещества, встречающиеся в производстве, быту, природе.

Патогенез дерматита включает фазу первичного контакта с аллергеном (сенсибилизация) и фазу повторного воздействия аллергена на кожу с развитием клинических проявлений (дерматита) на всех участках кожного покрова, когда-либо сенсибилизированных данным аллергеном. Дерматит - результат клеточно-опосредованной аллергии замедленного типа (реакция IV типа) с характерным участием эпидермиса - формирование аллергической реакции экзематозного типа. Время сенсибилизации может варьировать от нескольких дней до нескольких месяцев или лет. Антигены с низкой молекулярной массой (гаптены) проникают через роговой слой эпидермиса, образуют в соединении с белками комплекс, который захватывается клетками Лангерганса и превращается в полный антиген, презентируемый Т-хелперами, и завершается выработкой медиаторов. Т-клетки попадают в лимфатические узлы, продуцируют клетки памяти - Т-эффекторы, циркулирующие в крови. Повторный контакт с аллергеном обусловлен цитотоксическим эффектом Т-клеток или высвобождением цитокинов, что приводит к развитию клинической картины дерматита.

На развитие дерматита влияет также ряд различных факторов, например, физические или химические вещества, концентрация, длительность экспозиции, место контакта, возраст самого пациента, генетическая предрасположенность, факторы внешней среды (влажность и температура).

Сенсибилизация, возникающая на один из аллергенов, в дальнейшем становится поливалентной, и пациент отвечает на любой раздражитель. Аллергическое состояние у пациентов может быть обусловлено и продуктами жизнедеятельности глистов, различных патогенных микроорганизмов, возбудителей дерматофитий, кандид особенно при обитании их в коже (язвы, гнойные раны) или в очагах хронической инфекции.

Клиническая картина

Различают острые и хронические дерматиты.

Острые дерматиты характеризуются наличием в очаге поражения - эритемы, отека, возможно появление узелков, пузырьков, пузырей, эрозий, мокнутия, вплоть до образования струпа и изъязвлений. Разрешение процесса сопровождается шелушением, нередко остается пигментация.

При аллергических дерматитах наблюдается экземоподобная реакция различной интенсивности. На месте контакта с раздражителем, а так же на более отдалённых участках кожи могут возникать высыпания.

Диагностика

Диагноз основан на анамнезе и клинической картине.

Для определения аллергии на вещества, которые контактировали с кожей пациента, может проводиться такая диагностическая процедура как кожные аллергические пробы. Исследование проводится путём нанесения на кожу небольшого количества разведенных аллергенов, которые в течение нескольких дней оставляют на ней. Если у пациента имеется аллергия на какое-либо из этих веществ, то в течение 2 дней у него развивается реакция гиперчувствительности замедленного типа в виде участка дерматита в месте нанесения аллергена.

При аллергическом контактном дерматите необходимо обратить внимание пациента на то, что при дальнейшем контакте с аллергеном возможны хронизация процесса, развитие поливалентной аллергии, формирование экземы.

Лечение

Распознавание и устранение этиологического фактора. При острых процессах применяют зачастую наружные противовоспалительные средства. Показаны кортикостероидные наружные средства; пузыри прокалывают у основания после соответствующей дезинфицирующей обработки, в случае присоединения вторичной инфекции необходимо срезать покрышки и на эрозивные поверхности наложить антибактериальные примочки или влажно-высыхающие повязки.

При мокнутии возможно применение кортикостероидных кремов. Язвенно-некротические дерматиты лечат антибактериальными и стимулирующими регенеративные процессы мазями. В основе симптоматической терапии - защита кожи от веществ раздражающего действия, прежде всего мыльных растворов и моющих средств, хотя вода сама по себе также вызывает раздражение кожи.

Для проведения адекватной терапии пациентов необходимо обследовать его на наличие сопутствующей патологии, проводить своевременное и рациональное ее лечение, что и будет способствовать уменьшению рецидивов заболевания.