

*Н.П. Красько, Н.Ю. Резниченко,  
Д.А. Равлюк, О.А. Левченко*

*Запорожский государственный  
медицинский университет,  
Крымский государственный  
медицинский университет  
им. С.И. Георгиевского*

## КОНТАКТНЫЙ ДЕРМАТИТ В ПРАКТИКЕ КОСМЕТОЛОГА

### Резюме

В статье представлены результаты обзорного исследования заболеваний простым и аллергическим контактными дерматитами, наиболее часто встречающимися в практике косметолога. Приведены характеристики распространенных веществ, способных вызывать аллергические контактные дерматиты в косметологической практике, диагностические критерии, принципы постановки диагноза, а также методы лечения этих заболеваний, в т.ч. с применением топического кортикостероидного препарата Молескин®.

### Ключевые слова

Простой и аллергический дерматиты, косметология, Молескин®.

Одними из наиболее распространенных заболеваний, встречающихся в практике дерматолога, а также частыми осложнениями косметологических процедур являются аллергические заболевания кожи. Аллергические дерматозы представляют собой обширную группу заболеваний, которая включает простой и аллергический контактный дерматиты, разные формы экземы, крапивницу, аллергические васкулиты, аллергическую сыпь, связанную с действием лекарственных средств, а также менее распространенные дерматозы, в развитии которых основная роль отводится аллергическим реакциям [1, 5].

В последние годы значительное внимание в научно-исследовательской работе ученых всего мира уделяется простому и аллергическому контактному дерматиту, что подтверждается большим количеством многоцентровых исследований и докладов на международных аллергологических и дерматологических конгрессах, касающихся этой проблемы.

Прежде всего это связано с распространенностью заболевания. Так, опрос National Ambulatory Medical Care Survey, проведенный в США, выявил 8,4 миллиона амбулаторных обращений пациентов к врачам в связи с контактным дерматитом, который занял второе место по частоте дерматологических диагнозов. При этом заболеваемость аллергическим контактным дерматитом превышала частоту встречаемости простого контактного дерматита. Например, в дерматологической клинике студенческого оздоровительного центра (США) 3,1% пациентов имели проявления аллер-

гического контактного дерматита, в то же время 2,3% больных имели простой контактный дерматит [10, 11]. В странах Европы заболеваемость аллергическим контактным дерматитом колеблется от 2,7 случаев на 1000 населения (Швеция) до 12 случаев на 1000 населения (Дания) [10, 11].

И хотя 20-30% случаев контактного дерматита возникает на коже рук, что связано в основном с профессиональной деятельностью человека, второй по частоте локализацией заболевания является лицо – в результате контакта с различными косметическими средствами.

В практике косметолога контактный дерматит встречается ежедневно. Так, проведение процедуры пилинга – это всегда целенаправленное воздействие на кожу, приводящее к развитию простого контактного дерматита разной степени выраженности. Разница заключается лишь в том, что, например, при нанесении поверхностно-действующих химических пилингов у пациента возникают легкие проявления простого контактного дерматита в виде незначительной эритемы, едва заметного отека кожи, шелушения. А при проведении срединных и глубоких пилингов, действующих на уровне всей глубины эпидермиса без или с частичным/полным повреждением базальной мембраны, возникает выраженный отек, эритема, появляются пузыри и эрозивные поверхности, что требует дальнейшей коррекции для предотвращения возможных осложнений. Кроме природы действующего вещества, важную роль в интенсивности проявлений контактного дерматита играет сила его воздействия (концентрация) и длительность. При этом механические, физические, химические пилинги представляют собой

облигатные раздражители, которые вызывают непосредственное повреждение кожи – т.е. проявления контактного дерматита у всех людей.

Однако, кроме простого контактного дерматита, косметолог в своей практике часто сталкивается с аллергическим контактным дерматитом. Он, в свою очередь, обусловлен влиянием на кожу пациента факультативных раздражителей, вызывающих высыпания только у лиц, имеющих к ним повышенную чувствительность.

Количество веществ, провоцирующих возникновение аллергического контактного дерматита, очень велико. Среди них различают природные и синтетические вещества, одни из которых обладают более выраженными, а другие – менее выраженными аллергенными свойствами.

Наиболее распространенными веществами, способными вызывать аллергические контактные дерматиты в косметологической практике (по данным Московского научно-практического центра дерматовенерологии и косметологии, Россия) являются [14]:

1) консерванты, входящие в состав косметических средств – этилпарабен, метилпарабен, пропилпарабен, бутилпарабен, бензилпарабен, гексахлорофен;

2) лекарственные препараты – бензокаин, являющийся анестезирующим веществом и, кроме того, использующийся в производстве солнцезащитных кремов; прокаин, мепивакаин, лидокаин, являющиеся препаратами для местного обезболивания;

3) аллергены растительного происхождения – входящие в состав косметических средств экстракты растений (артишока, цитрусовых и др.);

4) металлы и вещества их содержащие:

- никель – один из самых распространенных аллергенов, который может встречаться в косметологическом оборудовании и инструментах,
- кобальт – содержится в красках для волос, красителях для татуировок,
- хром – содержится в моющих средствах для обработки косметологического оборудования,
- медь – содержится в некоторых красителях;

5) химические соединения, входящие в состав латекса (перчаток) – тиурам, карбамат, парафенилендиамин, меркаптобензотиазол и т.д.;

6) другие вещества, часто используемые в качестве ингредиентов наружных лекарственных препаратов и косметических средств – воск, ланолин, деготь, канифоль, акрил, этилендиамин.

Простой контактный дерматит возникает исключительно в месте контакта с раздражителем и либо немедленно, либо вскоре после его первого воздействия. Зона высыпаний при аллергическом контактном дерматите не ограничивается площадью контакта с аллергеном, а сами высыпания возникают после периода сенсibilизации, который длится от 5 до 20 суток при первом контакте с аллергеном и 2-3 суток – при повторных.

Постановка диагноза как простого, так и аллергического контактных дерматитов не представляет сложностей и основывается на характерных клинических изменениях кожи и месте их локализации. Только в случаях хронического течения аллергических дерматитов возникает необходимость их дифференцирования с другими заболеваниями (в том числе и с лимфомами).

Клинические проявления простого контактного дерматита зависят от его течения (острое либо хроническое) и стадии (эритематозной, буллезной). При этом высыпания на коже возникают в местах контакта с различными раздражителями в течение нескольких минут или часов. Воспалительная реакция может быть отсрочена до 1 суток в случае контакта с некоторыми консервантами либо дезинфектантами и даже до нескольких недель в случае кумулятивного эффекта некоторых веществ [13]. Простой контактный дерматит возникает вследствие влияния физических факторов (механических, температурных, лучевых, электрических), химических агентов (концентрированных кислот, щелочей, солей тяжелых и щелочных металлов), биологических факторов (фитодерматит – в результате контакта с некоторыми растениями). У косметологов возникновение простого контактного дерматита может быть результатом влияния профессиональных факторов.

Острые контактные дерматиты проявляются появлением очагов эритемы и отека разной интенсивности. Реже возникают везикулы, пузыри, эрозии и даже участки некроза. Пациентов беспокоит зуд, жжение и болезненность. Хронические контактные дерматиты характеризуются светлой эритемой, утолщением кожи, лихенификацией, трещинами.

Для дифференциальной диагностики простого и аллергического контактного дерматита Rietschel и Fowler разработали диагностические критерии простого контактного дерматита, которые включают основные и дополнительные признаки [12]:

I. Основные критерии:

1. Эритема (при остром и хроническом течении), гиперкератоз (при хроническом течении), трещины (при хроническом течении), которые преобладают над формированием пузырьков.
2. Сухость и шелушение эпидермиса.
3. Регресс высыпаний, который начинается сразу после прекращения влияния раздражителя.
4. Отрицательные результаты скарификационных тестов на возможные аллергены.

II. Дополнительные критерии:

- четкие границы очагов поражения;
- небольшая тенденция к распространению дерматита;
- небольшие изменения концентрации и длительности воздействия раздражителя вызывают значительную разницу в повреждении кожи. На основании данных критериев можно объ-

ективно оценить заболевание и поставить корректный диагноз.

### Лечение контактных дерматитов

Лечение контактных дерматитов предусматривает устранение влияния неаллергенного/аллергенного раздражителя на кожу, рекомендуется местная и системная медикаментозная терапия. Однако в большинстве случаев достаточно лишь выявить и устранить раздражитель, а также провести адекватное топическое лечение. При этом наружная терапия должна быть направлена на устранение воспаления кожи и связанных с ним объективных и субъективных клинических проявлений заболевания, восстановление барьерных функций кожи, регресс сухости кожных покровов [3, 5].

В наружном лечении контактных дерматитов используют широкий арсенал разнообразных средств – топических кортикостероидов, селективных ингибиторов кальционеврина, топических антигистаминных препаратов, эмольентов, кератолитических, кератопластических, эпителизирующих средств, фитопрепаратов, традиционных противовоспалительных средств, таких как танин, борная кислота и др. [2, 7, 8].

При выборе средств наружной терапии следует обязательно учитывать стадию и клинические проявления патологического кожного процесса, возраст пациента, длительность заболевания, предшествующее лечение (если оно проводилось) и его эффективность, место нанесения препарата и метод его аппликации, свойства активных компонентов и основы средства.

**Самым выраженным противовоспалительным эффектом при острых контактных дерматитах обладают топические кортикостероиды. Топические кортикостероиды являются препаратами первого выбора при острых контактных дерматитах и в большинстве случаев хронических контактных дерматитов.** И только при условии неправильного использования они могут оказывать побочные действия.

Современные топические кортикостероиды, такие как мометазона фууроат, характеризуются высокой как системной, так и местной безопасностью, что значительно расширяет возможности применения наружных форм кортикостероидов как в дерматологической, так и в косметологической практике [4].

**Оптимальным для применения в косметологической практике топическим кортикостероидом является препарат Молескин®**, действующим веществом которого является мометазона фууроат. Как и другие кортикостероидные средства для местного применения, Молескин® оказывает противозудное, антиэкссудативное и сосудоуживающее действие, благодаря чему легко устраняет проявления как простого, так и аллер-

гического контактного дерматита.

Степень проникновения мометазона фууроата через кожу зависит от различных факторов, включая состояние кожного покрова, целостность эпидермального барьера. Однако, проведенные исследования показали, что только около 0,4% нанесенной на неповрежденную кожу дозы (без окклюзионной повязки) 0,1% крема/мази Молескин® выявляли в системе кровообращения через 8 ч. Это говорит о системной безопасности применения препарата Молескин® и позволяет применять его при аллергических заболеваниях кожи и других стероидчувствительных дерматозах не только у взрослых, но и детей в возрасте от 2-х лет.

Преимуществом препарата Молескин® является наличие 2-х форм выпуска: 0,1% крема и 0,1% мази, что позволяет выбрать наиболее оптимальное средство в зависимости от клинических проявлений аллергодерматоза. Крем следует назначать при наличии экссудации, высыпаниях в складках кожи, при острой и подострой стадиях воспаления. Мазь рекомендована при хроническом процессе, при утолщении, лихенификации, сухости кожи.

При этом следует придерживаться рекомендаций по правильному применению крема/мази Молескин®. В случаях аллергических заболеваний кожи (в том числе, простого и аллергического контактного дерматита) тонкий слой крема/мази Молескин® необходимо наносить на пораженные участки кожи 1 раз в сутки.

При дерматозах с повышенной кератинизацией используют комбинированный препарат Молескин-С®, который содержит противовоспалительный компонент мометазона фууроат и кератолитическое средство салициловую кислоту.

Длительность лечения определяется тяжестью течения заболевания и определяется индивидуально. В случаях острых контактных дерматитов, наиболее часто встречающихся в косметологической практике, зачастую длительность лечения ограничивается 3-7 сутками. После контактных дерматитов, возникающих в результате проведения процедур поверхностных химических пилингов, достаточно 1-3-кратного нанесения Молескина для устранения эритемы, отечности и шелушения кожи. Кроме того, следует помнить, что по своим химическим свойствам мометазона фууроат несовместим со щелочами, поэтому после проведения щелочных химических пилингов, а также после нейтрализации кислотных пилингов щелочами перед нанесением Молескина необходимо тщательно смыть ранее нанесенные на кожу средства водой.

Применение местных кортикостероидов на лице необходимо ограничить минимальным количеством, при этом длительность лечения не должна превышать 5 дней. Как и другие топи-

ческие кортикостероиды, Молескин® не следует применять в области ран или язв, на участки кожи, пораженные любым инфекционным процессом. Молескин® противопоказан пациентам с признаками повышенной чувствительности к какому-либо из его компонентов.

**В косметологической практике Молескин® показал себя как эффективный препарат для устранения эритемы, отечности, шелушения, зуда кожи, которые могут возникать как в результате косметологических процедур (таких как пилинги), так и после нанесения аллергенной**

**косметики (у склонных к таким реакциям людей). При этом противозудный эффект Молескина проявляется практически сразу после нанесения препарата, что позволяет быстро устранить неприятные ощущения.**

Таким образом, крем и мазь Молескин®, а также комбинированный препарат Молескин-С® являются эффективными и безопасными средствами для устранения проявлений как простого, так и аллергического контактного дерматита, и могут быть широко использованы в косметологической практике.

#### Список использованной литературы

1. Іщейкін К.Є. До питання уніфікації класифікації та критеріїв діагностики атопічного дерматиту й екземи дитячої / К.Є. Іщейкін, В.І. Степаненко, І.П. Крайдашев // Український журнал дерматології, венерології, косметології. - 2009. - № 1. - С. 61-65.
2. Калюжная Л.Д. Принципиально новое направление в наружной терапии атопического дерматита / Л.Д. Калюжная // Український журнал дерматології, венерології, косметології. - 2005. - № 1. - С. 42-45.
3. Коган Б.Г. Новые европейские подходы в терапии резистентных форм аллергодерматозов / Б.Г. Коган, Е.А. Верба // Український журнал дерматології, венерології, косметології. - 2013. - № 1 (48). - С. 137-143.
4. Кубанова А.А. Рациональная фармакотерапия заболеваний кожи и инфекций, передаваемых половым путем: руководство для практикующих врачей / А.А. Кубанова, В.И. Кисина. Москва: «Литтера», 2005. - 882 с.
5. Кутасевич Я.Ф. Новые возможности в наружной терапии хронических дерматозов / Я.Ф. Кутасевич, И.А. Маштакова, Н.А. Ляпунов // Український журнал дерматології, венерології, косметології. - 2003. - № 3 (10). - С. 15-17.
6. Кутасевич Я.Ф. Рациональный выбор топического стероида / Я.Ф. Кутасевич, И.А. Маштакова // Український журнал дерматології, венерології, косметології. - 2012. - № 1 (44). - С. 55-58.
7. Притуло О.А. Эмолленты и медицинские технологии коррекции синдрома сухой кожи в дерматологической и косметологической практике / О.А. Притуло, А.В. Горбенко // Український журнал дерматології, венерології, косметології. - 2012. - № 2 (45). - С. 97-101.
8. Проценко Т.В. Опыт проактивной терапии больных атопическим дерматитом / Т.В. Проценко, О.А. Проценко, А.С. Черновол // Український журнал дерматології, венерології, косметології. - 2013. - № 1 (48). - С. 118-122.
9. Степаненко В.І. Порівняльний аналіз профілю безпеки топічних глюкокортикостероїдів з позицій доказової медицини. / Степаненко В.І., Туркевич О.Ю., Сизон О.О., Горбенко О.В. // Український журнал дерматології, венерології, косметології. - 2010. - №3(38). - С.53-63.
10. Bernstein I.L. Allergy diagnostic testing: an updated practice parameter. Part 1. / I.L. Bernstein, J.T. Li, D.I. Bernstein [et al.] // Annual Allergy Asthma Immunology. - 2008. - № 100. - P. 15-66.
11. Green C.M. Contact allergy to topical medicaments becomes more common with advancing age: an age-stratified study / C.M. Green, C.R. Holden, D.J. Gawkrödger // Contact Dermatitis. - 2007. - № 56 (4). - P. 229-31.
12. Rietschel R.L., Fowler J.F. Jr. Fisher's Contact Dermatitis. 4th ed. Baltimore, Md: Lippincott Williams and Wilkins. - 1995.
13. Strong irritants masquerading as skin allergens: the case of benzalkonium chloride / D.A. Basketter, M. Marriott, N.J. Gilmour, I.R. White // Contact Dermatitis. - 2004. - №50(4). - P. 213-217.
14. <http://www.mosderm.ru>

Надійшла до редакції 11.03.2014