



И.М. Корсунская<sup>1</sup>, З.А. Невозинская<sup>2</sup>,  
С.Д. Гусева<sup>3</sup>, М.Т. Миннибаев<sup>3</sup>, И.Г. Диковицкая<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Центр теоретических проблем физико-химической фармакологии Российской академии наук, Москва

<sup>2</sup> Кожно-венерологический диспансер № 16 управления здравоохранения южного административного округа, Москва

<sup>3</sup> Московская медицинская академия имени И.М. Сеченова

## Выбор тактики терапии аллергического контактного дерматита на лице\*

### Ключевые слова

Аллергический контактный дерматит, алклометазона дипропионат, «Афлодерм».

Аллергический контактный дерматит встречается примерно у 2–5 % людей. Показатель заболеваемости аллергическим контактным дерматитом в разных странах может варьировать в зависимости от степени индустриализации страны. Особенно сложны в терапии аллергические контактные дерматиты кожи лица, которые довольно часты после применения косметических средств или после проведения косметических процедур. Ввиду того что высыпания на коже лица очень часто сопровождаются отеком и яркостью клинической картины, это требует интенсивной терапии, так как качество жизни таких пациентов резко снижено. В мировой практике накоплен многолетний успешный опыт применения препаратов алклометазона для терапии различных дерматозов на чувствительных участках кожи, в том числе положительные результаты терапии острых дерматозов на лице. В частности, высокую эффективность показывает «Афлодерм» — глюкокортикостероид для наружного применения, активным веществом которого является алклометазона дипропионат.

Являясь классической формой реакции гиперчувствительности замедленного типа, аллергический контактный дерматит опосредованно связан с сенсибилизацией лимфоцитов. Часто причиной развития аллергического контактного дерматита становятся вещества, не вызывающие реакции раздражения у большинства людей, реак-

ция развивается только у тех, кто имеет сенсибилизированные Т-лимфоциты, специфичные именно к этому веществу. Однако вещества, вызывающие раздражающее действие на кожу у всех людей (кислоты, щелочи, красители, ядовитые вещества), также могут вызвать аллергическую реакцию, однако реакция на их воздействие у сенсибилизированных людей может многократно превышать реакцию у обычного человека [1, 2].

Ведущую роль в формировании гиперчувствительности играют макрофаги эпидермиса (клетки Лангерганса) и реакция организма будет направлена не только на вещество-раздражитель, но и на белок-носитель. Аллергический контактный дерматит относится к аллергическим реакциям замедленного типа и возникает, как правило, через 10–14 дней после первого контакта с аллергенами. Более короткий период сенсибилизации бывает при контакте с агрессивными веществами и длится до 7–8 дней, наиболее часто это наблюдается при аппликациях лекарственных препаратов, особенно антибактериальных, реже такую реакцию вызывают антисептики, анестетики и латекс [3, 4, 5].

В развитии аллергического дерматита имеют значение не только особенности строения и функции кожи, но и наследственная предрасположенность.

Аллергический контактный дерматит, в отличие от простого, развивается не сразу после контакта с раздражителем и только после нескольких контактов с ним. Для формирования аллергической реакции организму необходимо

\* Эффективная фармакотерапия в дерматовенерологии и дерматокосметологии. — 2010. — № 2. — С. 18–20.

несколько недель от первого контакта, тогда при повторном контакте с этим фактором развивается дерматит. Часто воспалительная реакция кожи не соответствует интенсивности действия раздражителя: у человека, не страдающего аллергией, он не вызовет никакой реакции, а подверженный аллергии организм может получить такую реакцию, что площадь изменений на коже будет значительно превышать площадь контакта.

При простом контактном дерматите реакция развивается непосредственно после контакта с раздражителем, в качестве которого, как правило, выступают агрессивные вещества (растворители, щелочи, кислоты и т. д.) или физические факторы (перегревание, трение, сдавливание и т. д.). Первичная сенсибилизация отсутствует. И реакция развивается в месте непосредственного воздействия раздражителя.

На сегодняшний день известно более 3000 разнообразных веществ, способных вызвать развитие аллергического контактного дерматита. Большинство из них является низкомолекулярными химическими соединениями и ионами металлов. Обладая слабыми антигенными свойствами, эти соединения, вступив при попадании в кожу в связь с белками и став гаптенами, становятся полноценными антигенами [5, 6].

Физическими факторами, приводящими к развитию аллергического дерматита, чаще всего становятся солнечное излучение и холод. Химическими факторами являются очень часто синтетические моющие средства, растения, наружные лекарственные препараты, изделия из латекса, косметические и парфюмерные изделия и т. д.

В отличие от атопического дерматита, когда сенсибилизация организма происходит от воздействия нескольких аллергенов и обострение может наступить под воздействием разных факторов, сенсибилизация при аллергическом контактном дерматите происходит в отношении одного аллергена и только при контакте с ним.

Кратковременный контакт с аллергеном обычно приводит к заболеванию длительностью в несколько дней или недель, но постоянный контакт с аллергеном может привести к развитию хронического процесса и даже к стойкой нетрудоспособности пациента.

Острые проявления аллергического контактного дерматита сопровождаются выраженной эритемой и отеком, затем могут возникать как мелкие пузырьки, так и большие пузыри, после вскрытия оставляющие мокнущие эрозии. В дальнейшем в очагах поражения появляются корки, чешуйки, в некоторых случаях после заживления остаются участки гиперпигментации.

Принципы лечения аллергического дерматита такие же, как и простого контактного дерматита, и включают несколько общих положений:

- устранение раздражителей и аллергенов;
- десенсибилизирующее лечение с использованием системных антигистаминных препаратов;
- применение наружных средств (мазей и кремов), содержащих глюкокортикостероиды.

Особенно сложны в терапии аллергические контактные дерматиты кожи лица, которые довольно часты после применения косметических средств или после проведения косметических процедур.

Ввиду того что высыпания на коже лица очень часто сопровождаются отеком и яркостью клинической картины, это требует интенсивной терапии, так как качество жизни таких пациентов резко снижено.

В мировой практике накоплен многолетний успешный опыт применения препаратов алклометазона для терапии различных дерматозов на чувствительных участках кожи, в том числе положительные результаты терапии острых дерматозов на лице.

Под нашим наблюдением находилось 26 пациенток в возрасте от 17 до 62 лет. У 9 пациенток картина аллергического контактного дерматита развилась непосредственно после косметических процедур (кислотного пилинга). Всем пациенткам ранее проводились данные процедуры, и реакция на них была менее интенсивной. У 17 пациенток высыпания возникли после применения косметических средств (кремов, лосьонов, масок, средств макияжа). Терапия данной группы пациенток проводилась следующим образом: антигистаминные препараты применялись в течение 14–20 дней, дезинтоксикационная терапия проводилась 8 пациенткам с резко выраженным отеком и буллезными высыпаниями. Наружно все пациентки применяли крем «Афлодерм» 2 раза в день.

На 7-й день отмечалось уменьшение гиперемии, отека, исчез зуд.

К 14-му дню у большинства пациентов (19 человек) оставалось незначительное шелушение. У оставшихся пациентов процесс полностью регрессировал к 18-му дню. В процессе терапии препаратом не было отмечено нежелательных побочных реакций.

«Афлодерм» — глюкокортикостероид для наружного применения, активным веществом которого является алклометазона дипропионат. По химической структуре алклометазона дипропионат относится к C<sub>21</sub>-карбоксил эфирам и имеет атом хлора в атипичном 7 положении, что и определяет его особые фармакологические свойства.



Рис. 1. Больная С., 61 год, с яркой гиперемией, выраженным отеком, очагами мокнутия и множественными корочками на коже лица



Рис. 2. Больная С. на 7-й день терапии кремом «Афлодерм»

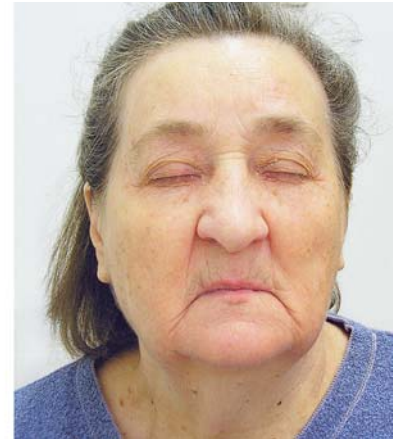


Рис. 3. Больная С. на 18-й день терапии кремом «Афлодерм»

тва. Алклометазона дипропионат является пролекарством и подвергается метаболизму в эпидермисе до активных лабильных метаболитов, которые в свою очередь оказывают положительный терапевтический эффект, не накапливаясь в эпидермисе и дерме и не вызывая отрицательных катаболических эффектов, присущих устаревшим фторированным молекулам [9, 10].

«Афлодерм» обладает выраженным местным противовоспалительным, противоаллергическим, противозудным и сосудосуживающим эффектами. При нанесении на поверхность кожи препарат оказывает быстрое локальное действие в очаге воспаления, уменьшая выраженность объективных симптомов (эритема, отек) и субъективных ощущений (зуд, жжение).

Слабый антипролиферативный эффект алклометазона является его значимым преимуществом при терапии дерматозов на участках кожи с тонким эпидермисом. Доказано, что атрофогенное действие у алклометазона дипропионата не проявляется даже при использовании его на чувствительных участках кожи в течение длительного времени [7, 8, 9]. «Афлодерм» может применяться на чувствительных участках кожи — на лице, шее и в складках, а также у пациентов с истонченной, в том числе возрастной и чувствительной кожей.

В то же время выраженность локального противовоспалительного и противозудного эффекта препарата «Афлодерм» в значительной степени превосходит многие другие препараты.

Еще одним важнейшим свойством препарата «Афлодерм крем» является наличие увлажняющих и защитных свойств основы препарата. Корнеометрическое исследование показало, что препарат значительно улучшает показатели гидратации кожи и способствует восстановлению

функции эпидермального барьера у пациентов с дерматозами, использующими «Афлодерм крем» [4]. Это свойство препарата проявляется дополнительным положительным эффектом при терапии аллергических дерматитов фасциальной локализации [11].

В качестве примера приводим историю болезни *больной С., 61 года*. Высыпания на коже лица появились через четыре дня после начала применения крема от морщин. Аллергоanamnez отрицательный. Пациентка отказалась от применения крема, однако процесс усиливался, и через 7 дней больная обратилась к врачу (рис. 1). Субъективно пациентку беспокоил сильный зуд.

На момент осмотра на коже лица имелась яркая гиперемия, выраженный отек, очаги мокнутия и множественные корочки. Больная получала антигистаминную и дезинтоксикационную терапию, местно был назначен крем «Афлодерм» с аппликацией 2 раза в день. Через 7 дней на фоне проводимой терапии отмечалось значительное улучшение. На коже лица, в области носа, щек и подбородка гиперемия, инфильтрация и мокнутие исчезли, а в области век и лба — значительно уменьшились (рис. 2).

На коже в области лба и век на фоне незначительной гиперемии и инфильтрации отмечалось незначительное шелушение и сухость кожи. Больной было рекомендовано продолжать лечение и дополнительно назначена лечебная косметика, к 18 дню отмечалось полное разрешение процесса на лице (рис. 3).

Полученные результаты показали высокую эффективность крема «Афлодерм», отсутствие нежелательных эффектов и преимущества гидратирующих свойств его основы в терапии аллергического контактного дерматита на коже лица.

**Список литературы**

1. Харрисон Т.Р. Внутренние болезни. Под ред. Э. Фаучи, Ю. Браунвальда и др. / В двух томах. Пер. с англ.— М.: Практика. Мак-ГроуХилл (совмест. изд.), 2002.
2. Паттерсон Р, Грэммер Л.К., Гринбергер П.А. Аллергические болезни: диагностика и лечение / Пер. с англ., под ред. А.Г. Чучалина.— М.: Гэотар-Медицина, 2000.
3. Попов Н.Н., Лавров В.Ф., Солошенко Э.Н. Клиническая иммунология и аллергология.— М.: Реинфор, 2004.
4. Звездина И.В., Перламутров Ю.Н. Влияние наружной кортикостероидной терапии аклометазона дипропионатом (Афлодерм) на функциональные показатели кожи пожилых пациентов, страдающих зудящими дерматозами // РМЖ.— 2007.— № 6.— 573 с.
5. Лусс Л.В., Ерохина С.М., Успенская К.С. Новые возможности диагностики аллергического контактного дерматита // Российский аллергологический журнал.— 2008.— № 2.
6. Степанова Е.В. Аллергический контактный дерматит: основные подходы к диагностике, лечению и профилактике // Лечащий врач.— 2009.— № 10.— С. 15–19.
7. Ломоносов К.М., Игнатъев Д.В. Аллергический контактный дерматит // Дерматология № 2 (приложение consilium medicum).— 2009.— С. 17–21.
8. Lassus A. Clinical comparison of Ado- metasone Dipropionate Cream 0.05 % and Hydrocortisone Butyrate Cream 0.1 % in the treatment of Atopic dermatitis in Children // J. of International medical research.— 1983.— Vol. 11, N 5.
9. Thornfeldt C., Cornell R.C., Stoughton R.B. The effect of Adometasone Dipropionate Cream 0,05 % on the Hypothalamic-Pituitary-Adrenal Axis of normal volunteers // 1985.— Vol. 276, N 13.
10. Kansky A., Podrumac B., Godic A. Non- fluorinated corticosteroid topical preparations in children // ACTA. Dermatovenereologica, Alpina, Pannonica et Adriatica.— 2000.— Vol. 9, N 2.
11. Degreef H. New Corticosteroids // Skin Therapy Letter.— 1999.— Vol. 4, N 6.
12. Duchkova H., Haskova M. Korneometricke vysetrem prokazalo zvysheni hydratace kuze po aplikaci dermosteroidu Alclometasone Dipropionate cream 0.05 % // Materials of scientific study.— 2005. □

**Информация для профессиональной деятельности  
медицинских и фармацевтических работников.  
Публикуется при содействии компании  
«БЕЛУПО, лекарства и косметика д.д.» (Республика Хорватия)**