

## КОНТАКТНИЙ АЛЕРГІЙНИЙ ДЕРМАТИТ І СТОМАТИТ (КЛІНІКО-АНАЛІТИЧНИЙ ОГЛЯД ТА ВЛАСНІ СПОСТЕРЕЖЕННЯ)

### Кравченко В.Г.

доктор медичних наук,  
професор, Заслужений діяч науки і техніки України,  
професор кафедри шкірних та венеричних хвороб  
Полтавський державний медичний університет

### Кравченко А.В.

кандидат медичних наук,  
асистент кафедри шкірних, венеричних хвороб і СНІД  
Харківський національний медичний університет

*Контактно-алергійний дерматит і стоматит є однією із важливих проблем медицини. Вони зустрічаються у всіх вікових категоріях. Їх епідеміологія значною мірою мінлива і залежить від ступеню розвитку промисловості, хімізації виробництва тощо та уваги лікарської спільноти до даного питання. Під динамічним спостереженням авторів перебували 28 пацієнтів різного віку. У групі дорослих пацієнтів з контактно-алергійним дерматитом перебували 23 особи: 11 із них були працівниками станцій технічного обслуговування автомобілів, 6 – ремонтниками квартир, 4 – промислових підприємств і 2 – бензозаправок. У них виявлена підвищена чутливість до автомобільних фарб, розчинників, цементу, клеїв, з якими працівники систематично контактували в своїй роботі. Давність дерматиту коливалась від одного тижня до одного місяця. Факт сенсibilізації підтверджувався позитивними алергологічними пробами.*

*У 4-х дітей у віці від 8 міс. до 2-х років виявлено так званий «горшковий» контактно-алергійний дерматит від користування пластмасовими туалетними горщиками, у одного хлопчика 9 років – хейліт внаслідок звички жувати жувальну губку. Лікуванням передбачалось, перш за все, усунення сенсibilізуючого впливу провокуючих чинників, застосування антигістамінних і гіпосенсibilізуючих засобів, кальцієвих препаратів, зовнішньо – глюкокортикостероїдних мазів та аерозолів. Позитивну роль виявлено при місцевому застосуванні цинк-цидipолового лініменту.*

**Ключові слова:** алергійний контактний дерматит, алергійний контактний стоматит, алергійний контактний хейліт.

Алергійна патологія є сьогодні однією із актуальних проблем не тільки медицини, а і всього цивілізованого суспільства. Потенційно зростаючий рівень показників захворюваності на алергійні дерматози значною мірою пов'язаний із забрудненням довкілля відходами промислових підприємств, широким використанням хімічних інгредієнтів у сільсько-господарському секторі економіки і харчовій промисловості, проникненням хімічних продуктів в водне середовище тощо. Серед широкого кола алергійних хвороб велика частка належить алергійним захворюванням шкіри. Висока розповсюдженість, щорічне зростання алергійної патології, що має характер своєрідного безупинного «маршу», що розпочинається часто з раннього дитинства (у 50% – до 6 місяців) і сягає поважних років (у 50% у вигляді загострень хвороби) мають розглядатися як реальна загроза здоров'ю людства незалежно від рівня економічного і цивілізаційного розвитку. Особливо тривожним є значне зростання захворюваності на алергійні дерматози дітей і змінений патоморфоз даної патології. У етіології і патогенезі алергійних дерматозів виділяють генетичні, екологічні, імунологічні, біохімічні, фармакологічні і інші чинники, роль яких належить ще дослідити. Алергійні захворювання шкіри обумовлюються вираженою ендогенною інтоксикацією, яка, з одного боку, є наслідком зазначених екологічних чинників, з іншого, пов'язана із захворюваннями травного каналу і станом кишкового дисбактеріозу. Згідно із сучасними уявленнями останній значною мірою впливає на метаболічні, вітаміно-утворюючі, імунологічні і інші процеси в організмі. Порушення в імунній системі зумовлюють не тільки виникнення, але і значною мірою екзацербацию хронічного дермального процесу. Все більшої уваги потребує відслідковування і подальшого наукового вивчення впливу широкого застосування популяцією фармакологічних препаратів, арсенал яких постійно зростає. І йдеться не тільки про можливі різноманітні побічні ефекти лікарських засобів та можливе потенціювання ними розвитку алергійних впливів, а і розроблення механізмів їх запобігання чи нівелювання. В останні роки в медичній спільноті все частіше обговорюється

проблема алергічного контактного дерматиту, що пов'язано з поширеністю даної патології в світі. Захворюваність на контактний-алергічний дерматит входить до 10 найбільш частих професійних патологій [1]. Згідно з окремими повідомленнями ця захворюваність коливається в країнах Європи від 2,7 до 12 випадків на 1000 населення. За даними Харківського науково-дослідного інституту дерматології і венерології МОН України, контактний-алергічний дерматит за десятилітній період склали в різні роки в середньому 700-687 випадків на 100 тис. населення [2-4]. В існуючу нині Міжнародну класифікацію хвороб (МКХ-10) включено сім десятків найменувань алергічних захворювань і патологічних станів шкіри [1], проте легко допустити, що перелік дерматозів з алергічним генезом може бути розширеним по мірі поглибленого вивчення природи багатьох із нині невідомою або не до кінця з'ясованою етіологією. Клінічно-прогресуючі форми такого дерматиту розвиваються переважно у осіб старшого віку, тоді як контактна алергія внаслідок впливу медичних препаратів властива пацієнтам після 70 років [1; 5; 7]. Контактний-алергічний дерматит може виникати не тільки внаслідок професійної діяльності людини і поступової сенсibilізації її до певних алергенів на виробництві, а нерідко зустрічається у дітей, зокрема раннього віку [5; 7]. Дослідження вікових особливостей сенсibilізації 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 [6]. Встановлено також, що у дітей перших місяців життя алергічний контактний дерматит активно виникає під впливом барвників, певного складу контактуючих із шкірою дітей тканин тощо і може бути поєднаним з atopічним дерматитом [8-10]. Переконаливими чинниками виникнення і розвитку алергодерматозів розглядають імунні механізми, зокрема роль Ig E та інших лімфокінних факторів, окремих класів інтерлейкінів тощо. Чітку класифікацію алергічних дерматозів провести не просто із-за великої кількості захворювань з доведеним сенсibilізаційним чинником. В даній публікації ми торкнемося лише контактного алергічного дерматиту і стоматиту, алергічний генез яких не викликає суперечок. В основі їх виникнення лежить алергічна 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 епідермісу у регіонарні лімфатичні вузли, де відбувається «представлення» антигена Т-лімфоцитам. Сформована таким чином сенсibilізація при повторному контакті з алергеном зумовлює проліферацію активованих Т-лімфоцитів та виділення медіаторів запалення і міграцію в епідерміс цитотоксичних Т-клітин, що супроводжується розвитком алергічної реакції шкіри чи слизової екзематозного типу в місці контакту. І хоча алерген контактує з обмеженою ділянкою шкіри або слизової, виникає сенсibilізація всього організму. Клінічні прояви дерматиту можуть виникати через різні проміжки часу з початку сенсibilізації — від кількох днів до місяця й більше. У разі повторних контактів з цим алергеном терміни розвитку сенсibilізації зазвичай скорочуються. Алергенами можуть бути самі різноманітні хімічні речовини, що входять до складу миючих і косметичних засобів, пластикових і металевих прикрас, будівельних матеріалів тощо. Прояви контактного-алергічного дерматиту схожі з екземою: виникають сверблячі папульозні та мікровезиккулярні елементи на еритематозному тлі, за хронізації процесу спостерігається ліхеніфікація осередку. За важких випадків дерматиту можуть уражатися значні ділянки шкіри аж до розвитку еритродермії.

Алергічні контактні стоматити зазвичай характеризуються почервонінням, набряклістю слизової оболонки, у більш складних випадках виникають міхури, ерозії, кровоточивість. Однією з найчастіших причин виникнення такої патології є розвиток підвищеної чутливості до певних матеріалів, що використовують у галузі, до зовнішньо застосовуваних медикаментів, зубних паст, еліксирів тощо. Зокрема, помічено, що метилметакрилат нерідко викликає алергічний дерматит у зубних техніків, проте пацієнти добре сприймали зроблені з нього протези; хворі з виявленою ртутною сенсibilізацією не реагують на пломби з амальгами; алергічні реакції на акрилові протези зустрічаються у 2-3 % хворих. Сенсibilізуючу дію мають барвники, що входять до складу пластмас зубних протезів, ароматичні речовини — компоненти зубних порошоків і паст, пластмасові мундштуки духових інструментів можуть бути причиною алергічного контактного хейліту й стоматиту, флуоресціюючі речовини губної помади — причиною хейліту тощо. Період розвитку сенсibilізації може тривати від 5-7 днів до декількох місяців і навіть років. Алергічний контактний хейліт виникає внаслідок сенсibilізації червоної крайки губ, рідше — слизової оболонки губ до певних хімічних речовин, ультрафіолетових променів тощо. Клінічно захворювання проявляється досить обмеженою еритемою й лущенням на червоній крайці губ у місці контакту з алергеном. За умови тривалого перебігу захворювання червона крайка стає сухою, напруженою, згодом на ній виникають дрібні борозенки й тріщини, що незначно кровлять. Можливий також розвиток гостро-запального процесу, коли на червоній крайці губ виникають дрібні міхурці, які швидко лускаються з утворенням обмежених зволжених ділянок. Процес інколи охоплює шкіру губ, де також простежується почервоніння й лущення епідермісу; можливе ізольоване ураження слизової

оболонки губ. Діагностика алергійного контактного дерматиту та стоматиту ґрунтується, перш за все, на виявленні екзогенного чинника, а також на переважно чіткій, обмеженій локалізації характерного запального процесу на місці подразнюючої або сенсibiliзуючої його дії. Установленню точної етіології допомагають діагностичні алергологічні крапельні або компресні шкірні тести, що завжди позитивні з алергенами, до яких існує підвищена чутливість. У хворих на алергійний контактний хейліт і стоматит шкірні алергічні проби з передбачуваними алергенами не завжди дають позитивний результат. Диференційну діагностику контактного алергійного дерматиту проводять з екземою і токсикодермією, контактно – алергійних хейлітів – із атопічним і ексфолювативним хейлітом. На відміну від простого контактного дерматиту, за контактно-алергійних процесів ознаки хвороби зазвичай минають дуже повільно після усунення подразника. Атопічний хейліт відрізняється від алергійного контактного тривалою монотонною ліхеніфікацією червоної окрайки та шкіри губ, а також наявністю інших ознак атопічного процесу. Алергійний контактний хейліт з вираженим лущенням слід відрізнити від сухої форми ексфолювативного хейліту, у разі якого відсутня еритема; ураження чітко локалізується від лінії Клейна до середини червоної окрайки й ніколи не охоплює всю поверхню червоної окрайки або шкіру губи. Під нашим динамічним спостереженням в останні роки перебували 28 пацієнтів з контактно-алергійним дерматитом віком від 8 місяців до 56 років. Дітей було п'ятеро, із них 4 – у віці від 8 міс. до 2-х років. В останніх 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 сидницях 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. У однієї дитини в осередках спостерігалось мокнуття, частково з ерозуванням і сіруватими кірками. Захворювання у даних дітей протікало без загального порушення стану, в однієї дитини дерматит супроводжувався інтенсивним свербіжем з порушенням сну. Лікування полягало, насамперед, в припиненні контактування з провокуючим чинником- пластмасовими горщиками і заміні на емальовані. Місцево застосовували цинк-цидиполовий лінімент (рідка мазь). Цидипол-протизапальний, антиексудативний, антисептичний засіб, що готувався екстемпорально. Лише в одному випадку, де відмічено мокнуття і ерозування, довелось попередньо призначити примочку із 0,5% водним розчином таніну і наступним призначенням лініменту та антигістамінних і гіпосенсибилізуючих засобів (тавегіл, глюконат кальцію). В усіх випадках висипка регресувала упродовж 5-7 днів. У одного хлопчика 9 років встановлено діагноз контактно-алергійного хейліту, що виник внаслідок звички жувати жувальну губку. Пацієнт скаржився на відчуття печіння і свербіжу губ і слизової рота, а також на почервоніння і набряк губ. Клінічна картина виражалась в чітко обмеженій еритемі не тільки в межах червоної облямівки губ і запальній реакції слизової шкі з помірним набряком, а і в охопленні еритемою шкіри навколо губ на 1-2 см. Відмічена сухість губ і дрібні тріщини. У групі дорослих пацієнтів з контактно-алергійним дерматитом перебували 23 особи. 11 із них були працівниками станцій технічного обслуговування автомобілів, 6 – ремонтниками квартир, 4 – промислових підприємств і 2 – бензозаправочних станцій. У всіх цих пацієнтів виявлена підвищена чутливість до автомобільних фарб, розчинників, цементу, клеїв, з якими працівники контактували в своїй роботі. Факт сенсibiliзації підтверджувався позитивними алергологічними пробами. Скарги хворих коливались в широких межах: від відчуття незначного печіння та свербіжу до незначного болю в осередках ураження. Клінічні прояви дерматозу виражались обмеженими або дифузними ураженнями шкіри у вигляді еритемних зон, везикульозної, папульозної висипки, у деяких пацієнтів – ерозуванням і ліхеніфікацією шкіри. Пацієнти, залежно від форми і стадії захворювання, отримували лікування гіпосенсибілізуючими і протигістамінними засобами I і II покоління (тіосульфат натрію, кальцієві препарати в/в, тавагіл, діазолін, дезлоратадин тощо), у більш важких випадках – глюкокортикостероїди. Регрес ефлоресценцій закінчувався переважно в межах 1-1,5 міс. Трьом пацієнтам довелось рекомендувати зміну характеру праці у зв'язку з рецидивуванням процесу після кожного чергового регресування хвороби у після-терапевтичний період.

#### Література

1. Резніченко Н.Ю. Особливості перебігу алергодерматозів в умовах промислового міста. *Клінічні лекції по дерматовенерології та косметології* / под ред В.П. Федотова, А.И. Макаруча, Запоріжжя-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. Дерматологія і венерологія : навчально-методичний посібник. Київ : «Видавництво Людмила», 2020. 296 с.
5. Bernstein I.L. Allergy diagnostic testing: an updated practice parameter. Part I. *Annual Allergy Asthma Immunology*. 2008. № 100. P. 15–66.
6. Goncalo S. Allergic contact dermatitis in children. *Contact Dermatitis*. 1992. No 26. P. 112–115.
7. 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.
8. Jacob S.E., Zapolanski 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.
9. Spiewak R. Allergische Kontaktdermatitis im Kindesalter. Eine Übersicht Met-Analise. *Allergologie*. 2002. № 7. S. 559–566.
10. 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.

## CONTACT ALLERGIC DERMATITIS AND STOMATITIS (CLINICAL-ANALYTICAL REVIEW AND OWN OBSERVATIONS)

### **Kravchenko V.G.**

Poltava State Medical University

### **Kravchenko A.V.**

Kharkiv National Medical University

*Contact-allergic dermatitis and stomatitis is one of the important problems of medicine. They are found in all age categories. Their epidemiology is highly variable and depends on the degree of industrial development, chemical production, etc., and the attention of the medical community to this issue. 28 patients of various ages were under dynamic observation of the authors. There were 23 people in the group of adult patients with contact allergic dermatitis: 11 of them were employees of car service stations, 6 – apartment repairmen, 4 – industrial enterprises, and 2 – gas stations. They showed increased sensitivity to automobile paints, solvents, cement, and glues, with which the workers systematically came into contact in their work. The duration of dermatitis ranged from one week to one month. The fact of sensitization was confirmed by positive allergy tests.*

*4 children aged from 8 months. by the age of 2, the so-called “potty” contact-allergic dermatitis from the use of plastic toilet bowls was detected, one 9-year-old boy had cheilitis due to the habit of chewing a chewing sponge. The treatment included, first of all, the elimination of the sensitizing effect of provoking factors, the use of antihistamines and hyposensitizing agents, calcium preparations, external glucocorticosteroid ointments and aerosols. A positive role was found with the local application of zinc-cydipol liniment.*

**Key words:** allergic contact dermatitis, allergic contact stomatitis, allergic contact cheilitis.