

Аллергический дерматит

Дифференциальная диагностика

«Дифференциальная диагностика кожных болезней»

Руководство для врачей

под ред. Б.А. Беренбейна, А.А. Студницина

Аллергические дерматиты (dermatitis allergica) являются следствием повторного контакта с химическими агентами - аллергенами (скипидар и его компоненты, динитрохлорбензол - ДНХБ, синтетические клеи, лаки, краски, соли хрома, кобальта, никеля, эпоксидные фенол-формальдегидные смолы, аминные отвердители и др.), косметическими средствами (урсол, парафенилендиамин), лекарственными препаратами (аминазин, соединения ртути, полусинтетические антибиотики), инсектицидами, стиральными порошками и растениями (примула, осока, дягель, пастернак и др.).



Аллергический дерматит

Аллергические дерматиты возникают только у сенсibilизированных больных, как правило, после латентного периода. Выявляется четкая специфичность ответной реакции на воздействие аллергенов. Клинические проявления выходят за пределы зоны воздействия агента. Определенные трудности возникают при диагностике профессиональных аллергических дерматитов. Известно, что при профессиональном аллергическом дерматите значительно изменяется реактивность организма и развивается повышенная чувствительность замедленного типа к веществу-аллергену. Чаще всего в этом случае развивается моновалентная сенсibilизация. Состояние повышенной чувствительности можно выявить с помощью аллергологических кожных проб с производственным аллергеном или реакции торможения миграции лейкоцитов (РТМЛ). При повторных обострениях и наличии контакта с несколькими аллергенами может развиваться поливалентная сенсibilизация. Известно, что на производстве при контакте с одним и тем же аллергеном профессиональный аллергический дерматит развивается не у всех, а только у отдельных лиц, что объясняется различиями в реактивности организма, которые могут быть приобретенными или генетически обусловленными (конституциональными).

По клинической картине **профессиональный аллергический дерматит** весьма напоминает истинную экзему: отек, гиперемия, папулезные и везикулезные высыпания, склонные к группировке. Наблюдаются эрозии и мокнутие, серозные и серовато-желтые корки, которые появляются в случае присоединения вторичной инфекции. Отмечаются субъективные ощущения - зуд, жжение, чувство жара в очагах поражения.

Гистологические изменения развиваются преимущественно в эпидермисе - акантоз, явления меж- и внутриклеточного отека, экзоцитоз. В дерме гипертрофия эндотелия сосудов, сужение их просвета, периваскулярные инфильтраты, состоящие из лимфоидных клеток, макрофагов, фибробластов.

Следовательно, клиническая картина и гистологические изменения при профессиональном аллергическом дерматите весьма сходны с таковыми при истинной экземе.

Дифференциальная диагностика. При дифференциальной диагностике аллергического дерматита с экземой необходимо учитывать, что аллергический дерматит протекает более благоприятно и при устранении контакта с веществом-сенситизатором полностью регрессирует. Если больной профессиональным аллергическим дерматитом продолжает работать в тех же условиях, то у него процесс может трансформироваться в профессиональную экзему, что удастся констатировать при повторных осмотрах, наблюдая за клиническим течением болезни в динамике и применяя дополнительные методы исследования.

Дифференцировать ***аллергический дерматит, вызванный бытовыми агентами***, от ***профессионального аллергического дерматита*** не всегда легко. Следует помнить, что при профессиональных аллергических дерматитах интенсивность воспалительных явлений может быть неадекватной (воздействовал агент в низкой концентрации, а дерматит носит распространенный характер). Так, при контакте с поверхностью металлических инструментов (станки) аэрозоли и пары веществ-сенситизаторов могут вызвать выраженную воспалительную реакцию. При этом отмечается тенденция к распространению воспалительных явлений за пределы участка кожи, на который воздействовал производственный агент (сенситизатор). Необходимо учитывать также особенности клинических проявлений, обусловленные характером действия тех или иных раздражителей. Аллергический дерматит, обусловленный урсолом, возникает, как правило, на лице после использования косметических средств для окраски волос, бровей, ресниц (черная краска) и характеризуется появлением выраженной эритемы, быстро усиливающегося отека век, ушных раковин, лица, везикулярных высыпаний, а нередко и крупных пузырей. Заболевание сопровождается жжением, зудом и болью в очагах поражения. Вещество, близкое к урсолу, - диэтилпарафенилендиаминсульфат (ТСС), применяемый в цветной фотографии, вызывает мелкие узелковые высыпания на кистях и предплечьях, весьма схожие с высыпаниями, которые наблюдаются при [красном плоском лишае](#).

Дерматит, вызванный бутилметакрилатным клеем, характеризуется полиморфными высыпаниями, причем может наблюдаться значительная воспалительная реакция кожи в местах контакта с клеем (кисти, предплечья, шея, веки). Заболевание может осложниться ринитом и конъюнктивитом.

В отличие от профессиональных аллергических дерматозов при аллергических дерматитах, вызываемых растениями, эритематозно-везикулярные высыпания локализуются преимущественно на коже кистей, голеней, реже лица и носят полосовидный, линейный характер. В патогенезе луговых дерматитов, обусловленных луговыми растениями (осока, ясенец, сумах восточный и др.), имеют значение также повышенное потоотделение и механическое воздействие на кожу; при этих дерматитах может развиваться фотосенсибилизация. В ряде случаев она возникает в производственных условиях. Профессиональным [фотодерматозом](#) является воспаление кожи, возникающее при контакте с гудроном, асфальтом и другими

фотосенсибилизаторами. В этих случаях выявляются характерные особенности клинической картины. Первыми признаками болезни служат эритема, сильный зуд и жжение. Вскоре к ним присоединяются конъюнктивит и ринит. Пузырьковые высыпания могут отсутствовать. На месте бывших высыпаний развивается темно-бурая пигментация.

При дифференциальной диагностике могут быть использованы не только кожные пробы, но и ряд иммунологических реакций, которые выполняются *in vitro* со специфическими аллергенами (РТМЛ, РСАЛ - реакция склеивания и агломерации лейкоцитов и базофильный тест Шелли).