Дерматит контактный

Клинические рекомендации Минздрава России · взрослые, дети · редакция 2024 г., статус «Применяется» на 04.11.2026 · МКБ-10: L23, L24, L25 · Российская ассоциация аллергологов и клинических иммунологов, Союз педиатров России, Общероссийская общественная организация "Российское общество дерматовенерологов и косметологов"

Контактный дерматит — воспаление кожи после прямого воздействия раздражителя или аллергена. Рекомендация посвящена различению простого раздражительного и аллергического вариантов, подтверждению причинного фактора, устранению контакта и наружной терапии; при распространенном процессе или неэффективности местного лечения возможна системная терапия.

Главное

- Простой раздражительный дерматит обычно проявляется сразу после попадания раздражителя на кожу; аллергический связан с сенсибилизацией и чаще развивается через несколько часов–сутки после повторного контакта.
- При раздражительном дерматите очаги обычно ограничены местом воздействия, а при аллергическом могут выходить за его пределы.
- Основное условие эффективности лечения — прекращение контакта с причинным веществом; при аллергическом дерматите избегать аллергена может потребоваться длительно, иногда пожизненно.
- Наиболее частые зоны поражения — лицо, кисти, шея, подмышечные впадины и волосистая часть головы; возможны эритема, отек, папулы, везикулы, мокнутие, эрозии, трещины и зуд.
- Лабораторные и инструментальные исследования для диагностики контактного дерматита не применяются.
- Для профилактики при работе с раздражителями и аллергенами используют защитную одежду и перчатки, барьерные кремы с перфторполиэфирами или диметиконом и липидсодержащие увлажняющие средства (УУР В, УДД 2).

Диагностика

1. Сначала уточняют связь высыпаний с контактом: металлами, лекарственными средствами, косметикой, моющими средствами, растениями, резиной, красками, клеями и другими веществами; выясняют профессию и профессиональные вредности.
2. Уточняют интервал между контактом и симптомами: при аллергическом варианте обычно несколько часов–сутки после повторного контакта, иногда 72–120 часов; после первичного контакта сенсибилизация формируется через 10–14 суток и более.
3. Дополнительно собирают сведения о непереносимости лекарств, аллергологическом анамнезе и перенесенных кожных заболеваниях.
4. При осмотре оценивают локализацию и характер высыпаний, сопоставляя их с зоной воздействия; по одной клинической картине надежно различить раздражительный и аллергический варианты, особенно при хроническом течении, часто нельзя.
5. При необходимости выявить аллерген или отличить аллергический дерматит от раздражительного проводят накожные аппликационные тесты. Их желательно проводить не ранее чем через месяц после регресса острого дерматита, на непораженной коже спины или предплечья (УУР С, УДД 5).
6. При длительных нетипичных высыпаниях проводят исследование биопсийного материала кожи (УУР С, УДД 4); при подозрении на грибковую инфекцию — микроскопию соскоба на дрожжевые, плесневые грибы и дерматомицеты (УУР С, УДД 5).

Лечение

- Условием эффективности терапии является прекращение воздействия вещества, вызвавшего дерматит.
- Для наружного лечения используют дерматологические глюкокортикоиды. Варианты: флутиказон 0,05% крем 1–2 раза в сутки у взрослых и детей старше 10 лет (УУР В, УДД 2); метилпреднизолона ацепонат 0,1% 1 раз в сутки у взрослых и детей старше 1 года (УУР С, УДД 5); бетаметазон 0,05% крем или мазь 2 раза в сутки (УУР В, УДД 3).

- Другие указанные варианты наружной терапии: клобетазол 0,05% 1–2 раза в сутки, бетаметазон 0,05% спрей 1–2 раза в сутки, мометазон 0,1% 1 раз в сутки или гидрокортизон 0,1% 1–3 раза в сутки; для каждого препарата учитывают возрастные ограничения (УУР С, УДД 2–5).
- Если наружные глюкокортикоиды неэффективны, применяют такролимус 0,1% мазь или пимекролимус 1% крем 2 раза в сутки; такролимус 0,1% противопоказан детям до 16 лет, пимекролимус — детям до 3 месяцев (УУР С, УДД 4).
- При неэффективности наружного лечения или поражении более 20% поверхности кожи назначают преднизолон 0,5–1,0 мг/кг внутрь на 5–7 дней с последующим снижением дозы до полной отмены (УУР С, УДД 5).
- При зуде используют системные антигистаминные препараты (УУР С, УДД 5). При интенсивном зуде предпочтительно парентеральное введение; детям при отсутствии противопоказаний предпочтительны пероральные формы; в детском возрасте предпочтительны препараты II поколения.
- Для профилактики и устранения вторичного инфицирования экскориаций и трещин применяют раствор борной кислоты + резорцина + фенола + фуксина 2–4 раза в сутки или водный раствор метилтиониния хлорида 1% 2–3 раза в сутки (УУР С, УДД 5).
- При пустулах и гнойных корках предпочтительно использовать короткие курсы, обычно около 1 недели, наружных кортикостероидов в комбинации с антибиотиками; при распространенных высыпаниях или неэффективности местной терапии возможны системные кортикостероиды.

Когда направить и как наблюдать

- Госпитализация показана при недостаточной эффективности лечения в амбулаторных условиях.
- При выявлении признаков ранее не установленного профессионального контактного дерматита специалист направляет пациента к врачу-профпатологу в течение суток.
- Врач-профпатолог при предварительном диагнозе профессионального заболевания направляет пациента в центр профессиональной патологии или другую лицензированную организацию для помощи и экспертизы связи болезни с профессией.

Частые вопросы

Как отличить раздражительный контактный дерматит от аллергического?

Раздражительный вариант обычно возникает сразу после воздействия и ограничивается зоной контакта. Аллергический появляется чаще через несколько часов–сутки после повторного контакта, может распространяться за пределы исходной зоны.

Когда нужны аппликационные тесты?

Их проводят, если нужно установить причинный аллерген, если пациент контактировал с несколькими сенсибилизирующими веществами или требуется различить аллергический и раздражительный дерматит. Тестирование желательно проводить не ранее чем через месяц после регресса острого процесса.

Какие наружные препараты являются первой линией?

Основу лечения составляют дерматологические глюкокортикоиды. В рекомендации приведены флутиказон, метилпреднизолона ацепонат, клобетазол, бетаметазон, мометазон и гидрокортизон с различными режимами нанесения и возрастными ограничениями.

Когда переходят на системные глюкокортикоиды?

При неэффективности наружной терапии или если высыпания занимают более 20% поверхности кожи. Указан преднизолон 0,5–1,0 мг/кг внутрь 5–7 дней с последующим снижением дозы до отмены.

Можно ли считать аллергию устраненной после исчезновения высыпаний?

Нет. Сенсибилизация к причинному аллергену может сохраняться длительно, вплоть до всей жизни, поэтому даже небольшое повторное воздействие способно вызвать рецидив.

Выжимка сделана по тексту рекомендации и не заменяет его. Полный официальный текст, калькуляторы и сокращённая версия: https://школасеченова.рф/cr/213-dermatit-kontaktnyj. Официальный источник: https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/213_3