



Защо е

загрозен

загрозен на

плажа?

Бюлетин 28

ФОТОДЕРМАТОЗИ

Фотодерматози

Част А

Д-р Кристина Милкова
Дерматовенеролог МЦ „Д-р Хайвазов“

Определение.

Фотодерматозите са заболявания и увреждания на кожата, причинени от ултравиолетовите лъчи или видимата светлина. Те възникват и протичат остро, хронично или рецидивиращо при нормална или променена фоточувствителност (вродена или придобита), след краткотрайна или продължителна слънчева експозиция.

Фотодерматозите се класифицират в **пет групи** според механизма си на възникване.

1. *Фототравматични дерматози* - остри и хронични:

Най-често срещаната остра фототравматична дерматоза е **слънчевият дерматит**. УВ-В лъчите причиняват еритем, който се проявява след 2 до 6 часа, достига максимум си на 24÷36 час и изчезва на 72÷120 час. Последва се от пигментация, която е с различен интензитет в зависимост от фототипа на кожата, класифициращ се в 6 групи според конституционалната пигментация, реакцията след слънчево облъчване с продължителност около един час и според степента на добитата факултативна пигментация (след редовно слънчево облъчване в продължение на две седмици).

Тип кожа	Конституционална пигментация	След излагане на слънце	Факултативна пигментация
I тип	Млечно бяла	Винаги изгаря	Никога не пигментира
II тип	Бяла	Винаги изгаря	Слабо пигментира
III тип	Бяла	Понякога изгаря	Умерено пигментира
IV тип	Матова	Рядко изгаря	Силно пигментира
V тип	Мургава	Не изгаря	Силно пигментира
VI тип	Много черна	Никога не изгаря	Много силно пигментира

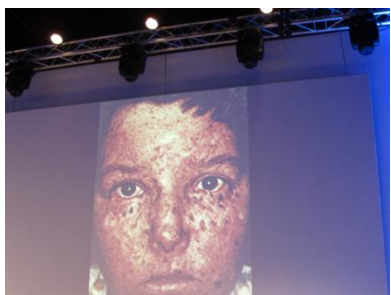
Слънчевият дерматит се проявява след няколко часов скрит период. Протича с парене и болка, при по-тежките случаи главоболие, повръщане и разтрисане. Наблюдава се зачервяване с различна интензивност, рядко с наличие на мехури при хора с нормална фотореактивност. Продължителността на зачервяването е от няколко часа до няколко дни. Последва се от пигментация, която бива два вида:

- Ранна пигментация - резултат от окислителни процеси в меланиновия цикъл. Меланинът защитава кожата от предозирано УВ облъчване. По тази причина ранната пигментация се счита като биологична адаптивна реакция и продължава няколко часа.
- Късна пигментация - проявява се няколко дни след слънчевото облъчване.

Профилактиката на соларния дерматит изисква използване на лосиони и млека с висок слънцезащитен фактор на всеки 2-3 часа, както и избягване излагането на слънце в часовете между 11 и 15 часа.

2. Генетични и метаболитни фотодерматози :

Към тях спадат порфирията, пелаграта, пелагроидът и ксеродерма пигментозум.



Ксеодерма пигментозум е рядък генетичен дефект, резултат от ДНК репарационни процеси. Унаследява се автосомно - рецесивно и се характеризира със силна фоточувствителност, особено към ултравиолетова светлина. Кожата в експонираните участъци се възстановява трудно. Тя е суха, пигментира се, налично е ранно кожно стареене и развитие на малигнени тумори.

Лечението цели предпазване от излагането на слънце, защитно облекло, шапки и очила, ползване на силни фотопротектори, вкл. на устните, ушите, шията, деколтето и ръцете. Необходимо е регулярно посещение при дерматолог с цел ранното установяване и лечение на наличните малигнени образувания.

3. Фототоксични и фотоалергични дерматози

- Към тази група спадат фототоксичният и фотоалергичният дерматити, актиноретикулоидът и слънчевата уртикария.
- **Актиноретикулоид** (хроничен фотодерматит): представлява хронична фотодерматоза, причиняваща се от УВ лъчите и по-рядко от видимата светлина. Засяга възрастни мъже и протича тежко с обрив по откритите и покритите с леки дрехи части на тялото. Хистопатологично може да показва псевдолимфомна картина. Етиологията не е напълно изяснена. Налични са два основни момента:

Алергичен терен, който се представя от дерматит (екзема), причинена от синтетични или натурални фотосенсибилизатори.

Ролята на слънчевата светлина – актиноретикулоидът може да се възпроизведе върху всяко кожно поле, без присъствие на екзогенен фотосенсибилизатор, под влияние на УВ-В, УВ-А и по-рядко УВ-В, УВ-А и късия спектър на видимата светлина.

Допуска се патогенетична роля на ендогенен фотоалерген, който се формира под влияние на фотооскидационни процеси самостоятелно или с участието на екзогенни субстанции.

Актиноретикулоидът е рядка дерматоза, наблюдаваща се при възрастни (40÷60 год.) или стари мъже, които прекарват дълго време на открито. Промените се развиват по откритите части на тялото: лице, скалп, задната и страничните части на шията, горната част на гърдите, външните части на предмишниците и гърба на дланите. Първоначално обривът наподобява екзема с ливиден оттенък, в последствие се оформят добре очертани и сливащи се папули. Постепенно се обхващат и закритите части на тялото, а по-късно може да се развие и еритродермия. Най-силно изразени са промените по лицето, които постепенно придобиват псевдолимфомен характер. Космите на веждите и капилициума се начупват, разреждат се или се загубват.



Слънчевата уртикария възниква под влияние на облъчване с УВ-В (290÷320 nm), УВ-А (320÷420nm.), видимата светлина, най-често от комбинацията от УВ-А и видимата светлина. Засяга фотоекспонираните области, всяка възраст и пол. Характеризира се с бърза поява на зачервяване и сърбящи уртики. Необходимата за проявата ѝ минимална експозиция е от 30 сек. до 3 мин. и представлява ранен тип алергична реакция с продължителност до 2-3 часа. Възможни са и общи анафилактични прояви. Наред с първичната, съществува и вторична (симптоматична) соларна уртикария, която е резултат на сенсибилизация към медикаменти, други фотосенсибилизатори или придружава други заболявания (системен лупус).

Често срещани **фотосенсибилизатори**:

Лекарства – тетрациклинови антибиотици, сулфонамиди, барбитурати, някои антиаритмични средства, антидепресанти, фенотиазини, налидискова киселина, Изотретиноин (Роакутан), псоралени, хормонални контрацептиви.

- Растения - жълт кантарион, смокиня, див магданоз, моркови, лайм и лимон.
- Други - парфюми, съдържащи бергамотово масло, ароматизатори, някои оцветители, дезинфектанти, антибактериални сапуни.

Интересен е фактът, че лицето и гърбът на дланите най-често остават незасегнати поради хроничното им излагане на слънце. Поради тази причина за лечение на слънчевата уртикария се препоръчва фотодесенсибилизираща терапия или постепенно излагане на слънце с цел увеличаване дебелината на епидермиса и обща десенсибилизация на организма. За лечение се прилагат още антихистамини, плазмафереза и интравенозен имуноглобулин.

.....
**Продължението на статията четете в бюлетин 29.*

Библиография:

„Фотодерматози „ - проф. John Hawk, MD, PhD;

„Дерматология и венерология“ - проф. Н. Б. Златков.