**Актуальні проблеми профілактичної медицини**

**ПРОФИЛАКТИКА ФОТОДЕРМАТОЗОВ**

**Гончарова И.Н.**

Харьковский национальный медицинский университет,

кафедра дерматологии, венерологии и СПИДа

доцент, кандидат медицинских наук

В современных условиях большое значение имеет проблема улучшения здоровья населения и особенно профилактики заболеваний. «Здоровье работающего населения в последнее время стало одной из приоритетных проблем в развитых странах мира. Вполне вероятно, что это является не только проявлением гуманизма общества, а и результатом больших экономических потерь, которое несет человечество через утрату здоровья людей. Это снижает эффективность трудового потенциала»[2,47]

Аллергия на солнце – весьма неприятный недуг, которому подвержены многие люди, особенно в летний период года. «Мужчины болеют чаще женщин.Разница связана с традиционными различиями в профессиональных занятиях. Больший риск заболеть у лиц со светлой кожей» [5,368].

Фотодерматозы-группа заболеваний, в развитии которых важная роль принадлежит солнечному облучению. В основе фотодерматоза лежат реакции, развивающиеся под воздействием веществ - фотосенсибилизаторов. Они могут быть экзогенными (внешнего происхождения) или эндогенными (внутреннего происхождения). Фотосенсибилизация вызывает различные воспалительные поражения кожи, возникающие даже после кратковременного воздействия на нее солнечных лучей.Экзогенные фотосенсибилизаторы – чаще всего это лекарственные препараты и химические вещества. Они вызывают фототоксические и фотоаллергические дерматиты с воспалением и высыпаниями, которые возникают на открытых участках тела после воздействия солнечных лучей. К таким веществам относятся: деготь, сульфаниламидные препараты, отдушки, анилиновые красители, в частности эозин (входит в состав некоторых губных помад), псориазин, антипсориатикум, смолы, асфальт, каменноугольные масла, пек, свинец, фурокумарин, ряд растений (роза, клевер, водоросли, щавель, крапива, лебеда, лютиковые и другие луговые травы), некоторые духи, одеколоны, лосьоны, ореховое, бергамотовое, лавандовое масло и т.д.Развитию светочувствительности способствуют кислоты борная и салициловая, фенол, ртутные препараты. Эти вещества не рекомендуют использовать на открытых участках тела в весенне-летний период.

Повышенная чувствительность кожи к солнечным лучам также может возникать при заболеваниях внутренних органов (печени, надпочечников), при нарушении порфиринового обмена, витаминного баланса (гиповитаминоз РР), функции эндокринной системы (беременность), чувствительность к ультрафиолету может быть вызвана приемом некоторых лекарственных препаратов и воздействием других веществ.

Фотодерматозы разделяют на острые и хронические.

«Острыефотодерматозыделят на три группы. Протекающие по типу солнечногоожога (эритема, отек, пузыри), протекающие по типу сыпи (пятна, папулы, везикулы, бляшки) и протекающие по типу крапивницы ( солнечная крапив ница, эритропоэтическаяпротопорфирия)» [4,286]

Острые фотодерматозы - солнечные ожоги, фототоксические медикаментозные реакции, фотоконтактный дерматит, солнечная крапивница, и др. Острые фотодерматозы развиваются в результате инсоляции достаточно быстро (в течение нескольких минут или часов).

Хронические фотодерматозы - полиморфные солнечные высыпания, поздняя кожная порфирия, подострая кожная красная волчанка, дискоидная красная волчанка, пеллагра, актиническийретикулоид и др. Хронические фотодерматозы развиваются менее остро и могут протекать упорно. Наиболее распространенный тип - полиморфные солнечные высыпания. Нередко, хронические фотодерматозы связаны с другими заболеваниями (аутоиммунными заболеваниями), которые усиливаются при воздействии солнечных лучей.

В организме больного под влиянием инсоляции развиваются различного типа реакции:фототравматические, фототоксические и фотоаллергические [1,299]

-фототравматические – реакции, которые являются ответом на избыточное облучение кожи (солнечный ожог,солнечный дерматит )

-фототоксические (фотодинамические) - реакции, обусловленные наличием в организме веществ со свойствами фотосенсибилизаторов эндогенного (порфирии) или экзогенного происхождения (лекарственные средства). Данные фотодерматозы встречаются часто и могут развиваться без инкубационного периода при первом контакте с солнечными лучами.Лекарственные средства (тетрациклины,рифампицин,сульфаниламиды,оральные контрацептивы, фуросемид, тиазиды, пироксикам, напроксен и др.) - могут вызывать фототоксические реакции.

-фотоаллергические – реакции,возникают при сочетанном воздействии химического агента и солнечного света в виде солнечной экземы, солнечной почесухи.Данные фотодерматозы встречаются реже, развиваются при участии специфических иммунных механизмов и не наблюдаются после первого контакта без инкубационного периода. Галогенизированныесалициланилиды, фенотиазины, сульфаниламиды, ароматизирующие средства (6-метилкумарин, компоненты косметических масок)- могут вызывать фотоаллергичесие реакции. Список препаратов, потенциально способных вызывать фотодерматозы, постоянно расширяется, в связи с чем любой из них должен рассматриваться у больных с фоточувствитедьными реакциями как потенциальный этиологический агент.Растения, содержащие фурокумарины, вызывают фитофотодерматозы (смоковница, сельдерей, пастернак, луговые травы, фенхель, шиповник, клевер,лимон и др,)

**Лечение и профилактика**

Поскольку все фотодерматозы обусловлены инсоляцией, то ограничение воздействия ультрафиолетовых лучей чрезвычайно важно для течения заболевания. Конечно, полностью исключить воздействие ультрафиолета невозможно, но разумные меры безопасности всегда эффективны.

В летнее время необходимо носить головные уборы и свободную легкую одежду, закрывающую тело. В послеполуденные часы следует оставаться в закрытых помещениях. При пребывании на солнце следует пользоваться солнцезащитной косметикой.

Лечение фотосенсибилизации в первую очередь заключается в устранении вызвавшего заболевание вещества и ограничении пребывания на солнце. При остром течении фототоксической реакции назначаются нестероидные противовоспалительные средства внутрь и наружно - примочки, повязки, мази с глюкокортикоидами. В тяжелых случаях могут потребоваться анальгетики и короткий курс глюкокортикоидов внутрь.

При течении хронических фотодерматозов необходимо медикаментозное лечение, направленное на снижение чувствительности кожи к воздействию солнечного излучения. Рекомендуется применять хингамин или гидроксихлорохин в сочетании с витаминами группы В, гепатопротекторы, рибоксин, плазмоферез, железовыводящие препараты, а также лечение сопутствующих заболеваний, устранение провоцирующих факторов и наружное лечение (фотозащитные и эпителизирующие кремы).

В лечении и профилактике фотодерматозов помимо традиционных медикаментозных средств, важное место занимает фотопротекция - комплекс мероприятий, направленных на уменьшение дозы ультрафиолетового облучения, достигающей кожи. Важная часть защиты от солнечного облучения - применение эндогенных и экзогенных фотопротекторов. Эндогенные фотопротекторы оказывают противовоспалительное и антиоксидантное действие, уменьшают количество свободных радикалов, ускоряют темпы регенераторных процессов (токоферола ацетат, аскорбиновая кислота, ретинол). Экзогенные фотопротекторы (солнцезащитные средства) предназначены для непосредственного нанесения на поверхность кожи. Выпускаются в виде кремов, спрея, масел. Современные фотопротекторы по механизму действия делятся на химические (фильтры) и минеральные (экраны). Действие любого фотопротекторного средства оценивается по его активности в отношении защиты от определенного вида лучей. Степень защиты от УФВ определяется солнцезащитным фактором (SunProtectiveFactor, SPF)[3,298]

Прогноз при правильно организованном лечении и соблюдении больными рекомендованного режима – благоприятный.

**Список литературы**

1.Иванов.О.Л, Кожные и венерические болезни: Справочник/О.Л.Иванова.-М.:Медицина,1997- 299-300с.

2.Кундієв Ю.І. Медицина праці на сучасному етапі / Кундієв Ю.І.,Трахтенберг І.М.,Чернюк В.І.,Нагорна А.М. //Актуальні питання охорони здоров’я.Науковий журнал МОЗ України №1(5).2014.с.47-54.

3.Мавров І.І. Основи діагностики й лікування в дерматології та венерології. Посібник для лікарів, інтернів, студентів /І.І.Мавров,Л.А.Болотна,І.М.Сербіна // Х; Факт,2007-296-305с.

4.Вулф К.,Джонсон Р.,Сюрмонд Д. Дерматология по Томасу Фицпатрику. Атлас-справочник.Второерусскоеиздание. Пер.с англ.-М., «Практика», 2007.1248с, 857 цв.илл.с.286-317.

5.Хэбиф Т.П. Кожные болезни ; Диагностика и лечение Томас П. Хэбиф,пер с англ. Под общ. ред. Акад. РАМН, проф. А.А.Кубановой- М.; МЕДпресс-информ, 2006. Стр.368-376.