

Для коментарів чи іншого зворотного зв'язку заповніть форму:
[форма зворотного зв'язку щодо цієї версії настанови](#)

Версія цього документу для друку: <http://guidelines.moz.gov.ua/documents/2918?id=ebm00884&format=pdf>

Настанови на засадах доказової медицини.
Створені DUODECIM Medical Publications, Ltd.

Настанова 00884. Фотодерматити

Автори: Taina Hasan, Pirkko Paakkari
Редактор оригінального тексту: Jukka Pekka Jousimaa
Дата останнього оновлення: 2018-09-11

Основні положення

- Сонячні ультрафіолетові (УФ) промені можуть викликати висипку
 - самостійно (аутоімунна, тобто ідіопатична реакція), за відсутності інших сприяючих факторів
 - в комбінації з прийнятими всередину чи нанесеними зовні медикаментами
 - при поєднанні з хімічними речовинами на шкірі (наприклад, фотодерматит, пов'язаний з контактом з рослиною)
- УФ промені також можуть погіршувати вже існуючі проблеми зі шкірою, які викликані деякими захворюваннями.
- Захист від сонця має першочергове значення, адже це уникнення відомого пошкоджуючого фактора.
- Лікування складається з глюкокортикоїдів у вигляді крему чи таблеток, а також антигістамінних засобів.

Аутоімунний (ідіопатичний) фотодерматит

- Поліморфна світлова висипка (ПМСВ; зображення зображення 00549 [Chronic polymorphous lig...])
 - Найпоширеніша та має найбільше значення
 - Зазвичай виникає навесні та на початку літа


- Папули, маленькі везикули або бляшки зазвичай з'являються на передпліччях та грудній клітці. Ювенільна весняна висипка є підтипом, характеризується появою везикул на завитках вух переважно у юних хлопчиків.
- Впродовж літа толерантність до сонця підвищується, і більшість пацієнтів не матимуть симптомів наприкінці сезону. Однак симптоми знову з'являються наступної весни/літа.
- Сонячна кропив'янка
 - Зустрічається значно рідше, ніж ПМСВ
 - На майже усіх відкритих ділянках шкіри з'являється свербіж та еритема або піхури (уртика), іноді навіть в результаті мінімального впливу сонячного проміння.
 - Симптоми розвиваються і зникають досить швидко, навіть протягом хвилин, одночасно з впливом сонця.
 - Толерантність до світла підвищується, але не до такого рівня, як при ПМСВ.
- Хронічний актинічний дерматит
 - Рідкісне захворювання
 - Клінічно проявляється екзематозними змінами шкіри.
 - Вважається, що захворювання головним чином вражає осіб похилого віку, які в анамнезі часто мають ураження шкіри з хронічним перебігом (атопічний дерматит, контактна алергія).
 - Симптоми з'являються і зникають повільно.
- Актинічний фолікуліт
 - Рідкісне захворювання
 - Характеризується пустулярним висипом, особливо на обличчі
 - Ймовірно, для виникнення захворювання необхідно піддати шкіру досить інтенсивному сонячному випромінюванню.

Фотодерматити, викликані медикаментами або хімічними речовинами

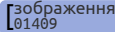
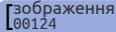
- Для виникнення необхідне поєднання УФ випромінювання з екзогенною речовиною (реакція алергічної чи токсичної природи).

- Фотосенсибілізуюча речовина іноді може бути ендogenous походження (порфірини).

Фотодерматити, викликані лікарськими засобами

- Фототоксичні реакції на лікарські засоби більш поширені, ніж фотоалергічні, вони розвиваються незадовго після призначення препарату за умови достатньо інтенсивного впливу сонячного світла.
 - Тригером зазвичай є ліки, прийняті всередину. Необхідно з'ясувати, чи приймає пацієнт якісь препарати, в тому числі засоби природного походження.
 - В рідкісних випадках топічні засоби (гелі та креми з анестетиками) можуть спровокувати фотоконтактний дерматит.
 - Симптоми подібні до сонячних опіків і обмежуються відкритими ділянками шкіри. Відмічається незначний свербіж.
- Фотоалергічна реакція на лікарські засоби зазвичай розвивається лише у зв'язку з повторним чи тривалим прийомом ліків перед сонячними ваннами або фототерапією.
 - З'являється еритематозний висип, що зазвичай нагадує екзему і супроводжується сильним свербінням (зображення  [Chronic photosensitivity...]).

Фотоконтактний дерматит

- В більшості випадків в якості фотосенсибілізуючих агентів виступають рослини, в такому разі використовують термін *фітофотодерматит* (до небезпечних рослин належать ясенець білий [*Dictamnus albus*], представники родини *Umbelliferae*, такі як борщівник Мантегацці [*Heracleum mantegazzianum*] і дягель лікарський [*Angelica archangelica*], а також рослини з родини рутових і деякі лишайники; зображення  [Phytophotodermatitis]  [Phytophotodermatitis]).
- Реакція також може бути викликана хімічними речовинами, які використовуються в парфумах чи засобах захисту від сонця.

Таблиця Т1. Поширені лікарські засоби, що мають фотосенсибілізуючий ефект

| | |
|--|-----------------------|
| Серцеві та антигіпертензивні препарати | Психотропні препарати |
|--|-----------------------|

| | |
|---|---|
| <ol style="list-style-type: none"> 1. Тіазидні діуретики 2. Амідарон 3. Фуросемід (дуже рідко, зазвичай лише у великих дозах) 4. Хінідин (дуже рідко) | <ol style="list-style-type: none"> 1. Хлорпромазин (найбільш ймовірний побічний вплив з-поміж психотропних препаратів) 2. (Левоме)промазин, флуфеназин, перфеназин 3. Деякі антидепресанти |
| Антимікробні засоби | Нестероїдні протизапальні засоби (НПЗЗ) |
| <ol style="list-style-type: none"> 1. Доксциклін, рідше тетрациклін 2. Норфлуксацин, рідше ципрофлоксацин 3. Вориконазол 4. Сульфаніламід і, рідше, триметоприм | <ol style="list-style-type: none"> 1. Піроксикам 2. Напроксен 3. Кетопрофен 4. Зокрема при місцевому застосуванні |
| Протипухлинні засоби | Інше |
| <ol style="list-style-type: none"> 1. Фторурацил 2. Флутамід 3. Вінбластин 4. Вемурафеніб | <ol style="list-style-type: none"> 1. Сульфонілсечовина 2. Карбамазепін 3. Хлорохін |
| Засоби природного походження | |
| <ol style="list-style-type: none"> 1. Звіробій звичайний (Hypericum perforatum) | |

Захворювання, перебіг яких загострюється під впливом сонячного світла

- Симптоми виникають також і за відсутності світла, але посилюються після його впливу.
 - Розацеа [настанова 00286] [Розацеа]
 - Герпес [настанова 01127] [Інфекція вірусу герпесу ...]
 - Вітиліго [настанова 01081] [Вітиліго]
 - Червоний вовчак [настанова 00446] [Системний червоний вовчак...] і дерматоміозит [настанова 01149] [Міозит]
 - Декілька інших рідкісних хвороб

Анамнез і клінічна картина

- Анамнез є найбільш важливим аспектом діагностики, особливо ПМСВ та сонячної кропив'янки.
- Необхідно з'ясувати, чи приймає пацієнт якісь препарати, а також чи був контакт з хімічними речовинами або рослинами.
- Фотодерматит можна запідозрити у тому випадку, якщо висип обмежений ділянками тіла, які піддавались сонячному опроміненню. Закриті ділянки часто залишаються неушкодженими (внутрішня сторона рук, під щелепою, за вухами, а також всі ділянки, вкриті одягом).
- Для диференційної діагностики дуже важливою є інформація щодо того, через скільки часу після опромінення з'явилися та зникли симптоми (хвилини при сонячній кропив'янці, години-дні при ПМСВ, дні-тижні при хронічному актинічному дерматиті).
- Зовнішній вигляд висипу варіює в залежності від типу фотодерматиту: еритема, піхури (уртика), папули, пухирці, пухири, екзема, ліхеніфікація.
- Підвищення толерантності протягом літа
 - Особливо характерне для ПМСВ, проте майже ніколи не відбувається при фотодерматитах, викликаних лікарськими засобами.
- Фотодерматити також часто виникають в певному віці.
 - Діти
 - ПМСВ, особливо ювенільна весняна висипка
 - Порфірія в дитячому віці, особливо еритропоетична
 - Фотоконтактний дерматит
 - Дорослі молодого віку
 - ПМСВ
 - Фотодерматити, викликані лікарськими засобами
 - Сонячна кропив'янка
 - Фотоконтактний дерматит
 - (Хронічний актинічний дерматит)
 - Розацеа
 - Червоний вовчак

- Порфірія (варієгатна порфірія (копропротопорфірія) та пізня порфірія шкіри)
- Люди похилого віку
 - Хронічний актинічний дерматит
 - Фотодерматити, викликані лікарськими засобами
 - Фотоконтактний дерматит
 - Дерматоміозит

Діагностика та диференційна діагностика

- Проведення специфічних фототестів показане дуже рідко
 - Їх виконують в спеціальних центрах
- Якщо є підозра щодо фотодерматиту з екзематозними проявами, для діагностики важливе проведення шкірних проб.
 - Для диференційної діагностики важливі контактні алергії (зокрема на косметичні засоби).
 - При хронічному актинічному дерматиті в анамнезі пацієнти часто мають контактні алергічні реакції, наприклад на метали, гуму чи рослинні хімічні речовини.
- Слід пам'ятати про хвороби, перебіг яких погіршується від дії світла, в такому випадку може бути показане виконання спеціальних тестів.
 - Аналізи крові: підрахунок формених елементів крові, аутоімунні серологічні проби, тести на порфірію
 - Тести на віруси, біопсія шкіри

Лікування

Профілактика

- При дерматитах, викликаних лікарськими засобами, а також фотоконтактних дерматитах слід уникати провокуючих речовин
- Захист від УФ опромінення
 - Одяг
 - Уникнення полудневого сонця
 - Правильне використання сонцезахисних кремів
- Фототерапія (спочатку невеликі дози, які потім поступово підвищують)

- В основному ефективна при ПМСВ
- Слід повторювати кожен рік
- Використовують такі типи фототерапії: УФ-В, УФ-А, селективна ультрафіолетова фототерапія або терапія псорален-ультрафіолетом діапазону А. Курс складається з 15–20 сеансів.

Лікування симптомів

- Топічне лікування
 - Креми з кортикостероїдами (групи II–III)
 - При хронічному актинічному дерматиті можна використовувати топічні інгібітори кальциневрина (такролімус, пімекролімус).
- Системна медикаментозна терапія
 - Сонячна кропив'янка: антигістамінні засоби. Часто необхідні збільшені дози. Спеціалісти також мають у своєму розпорядженні біологічний препарат, який вводиться один раз в місяць: омалізумаб
 - ПМСВ: можна розглянути призначення короткого курсу оральних кортикостероїдів. Бета-каротин і гідроксихлорохін раніше широко застосовувались; проте вони рідко приносять яку-небудь користь.

Коментар експерта. Лікарський засіб бета-каротин станом на 19.06.2019 в Україні зареєстрований тільки у складі комбінованих лікарських засобів

- Хронічний актинічний дерматит часто вимагає курсу оральних кортикостероїдів або, у разі призначення лікарем-спеціалістом, інших імуносупресивних ліків.

Настанови

- [Настанова 00286](#). Розацеа.
- [Настанова 01127](#). Інфекція вірусу герпесу на шкірі.
- [Настанова 01081](#). Вітиліго.
- [Настанова 00446](#). Системний червоний вовчак (СЧВ).
- [Настанова 01149](#). Міозит.

Зображення

- [Зображення 00549](#). Chronic polymorphous light eruption on the skin of the arm.



Автори та власники авторських прав: Raimo Suhonen Duodecim Medical Publications Ltd

- [Зображення 01483](#). Chronic photosensitivity (drug-induced).



Автори та власники авторських прав: Raimo Suhonen Duodecim Medical Publications Ltd

- [Зображення 01409](#). Phytophotodermatitis.



Автори та власники авторських прав: Raimo Suhonen Duodecim Medical Publications Ltd

- [Зображення 00124](#). Phytophotodermatitis.



Автори та власники авторських прав: Duodecim Medical Publications Ltd Raimo Suhonen

Авторські права на оригінальні тексти належать Duodecim Medical Publications, Ltd.

Авторські права на додані коментарі експертів належать МОЗ України.

Published by arrangement with Duodecim Medical Publications Ltd., an imprint of Duodecim Medical Publications Ltd., Kaivokatu 10A, 00100 Helsinki, Finland.

Ідентифікатор: ebm00884 Ключ сортування: 013.092 Тип: EBM Guidelines

Дата оновлення англomовного оригіналу: 2018-09-11

Автор(и): Taina HasanPirkko Paakkari Редактор(и): Jukkapekka Jousimaa
Лінгвіст(и)-консультант(и) англomовної версії: Maarit Green Видавець: Duodecim Medical Publications Ltd
Власник авторських прав: Duodecim Medical Publications Ltd

Навігаційні категорії
EBM Guidelines Pharmacology Dermatology

Ключові слова індексу
mesh: Dermatitis, Photoallergic mesh: Dermatitis, Phototoxic mesh: Pharmaceutical Preparations
mesh: photoallergic reaction mesh: photocontact allergy mesh: Photosensitivity Disorders mesh: Light
speciality: Dermatology speciality: Pharmacology mesh: Psoralens mesh: Sunscreening Agents icpc-2: A87 icpc-2: S80