

# Дерматозы отпускного периода в современной дерматологической практике

М.В.Каиль-Горячкина<sup>✉</sup>, Т.А.Белюсова  
ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М.Сеченова» Минздрава России. 119991, Россия, Москва, ул. Трубецкая, д. 8, стр. 2  
<sup>✉</sup>ultra1147@mail.ru

Рассмотрены дерматозы отпускного периода, встречающиеся в практике врача-дерматовенеролога. Приведена их классификация. Сделан акцент на наиболее часто встречающиеся фотодерматозы: солнечный ожог, фотофитодерматит и полиморфный дерматоз. Подробно освещены этиопатогенетические механизмы, лечение и профилактика Лайм-боррелиоза. Рассмотрены реакции на укусы и ужаления насекомых. Дана характеристика и описаны примеры аквагенных болезней.

**Ключевые слова:** дерматозы отпускного периода, фотодерматозы, болезнь Лайма, аквагенные болезни, укусы членистоногих.

**Для цитирования:** Каиль-Горячкина М.В., Белюсова Т.А. Дерматозы отпускного периода в современной дерматологической практике. Дерматология [Прил. к журн. Consilium Medicum]. 2018; 1: 5–8. DOI: 10.26442/2414-3537\_2018.1.5-8

## Dermatoses of the holiday period in modern dermatological practice

M.V.Kail-Goryachkina<sup>✉</sup>, T.A.Belousova  
I.M.Sechenov First Moscow State Medical University of the Ministry of Health of the Russian Federation. 119991, Russian Federation, Moscow, ul. Trubetskaia, d. 8, str. 2  
<sup>✉</sup>ultra1147@mail.ru

The article deals with the dermatoses of the holiday period, encountered in the practice of dermatologist. The classification of these dermatoses is given. Focus on the most common photodermatosis: sunburn, phytophotodermatitis and polymorphic dermatosis. The article describes in detail the ethical and pathogenetic mechanisms, treatment and prevention of Lyme disease. Reactions to insect bites and stings are considered. The article describes the characteristics and examples of aquagenic diseases.

**Key words:** dermatoses of the holiday period, photodermatoses, Lyme disease, aquagenic diseases, bites of arthropods.

**For citation:** Kail-Goryachkina M.V., Belousova T.A. Dermatoses of the holiday period in modern dermatological practice. Dermatology (Suppl. Consilium Medicum). 2018; 1: 5–8. DOI: 10.26442/2414-3537\_2018.1.5-8

Актуальной проблемой в клинической практике врача-дерматовенеролога являются дерматозы отпускного, как правило, летнего периода. В этот период времени дерматолог может столкнуться с последствиями укусов клещей, полученных в эндемичных зонах, а также укусами ос, мух и мошек, увидеть избыточную реакцию на солнечное излучение. С расширением географии путешествий список таких заболеваний растет. Неблагоприятное воздействие на кожу разных внешних факторов вызывает высыпания различной степени выраженности и характера, а также неприятные субъективные ощущения – зуд и болезненность. Локализация кожного процесса на открытых участках кожи негативно влияет на качество жизни пациентов, принося им помимо физических психоэмоциональные страдания, и порой приводит к невротоподобным состояниям и даже депрессии.

**Дерматозы отпускного периода можно разделить на несколько групп [1]:**

- Фотодерматозы (солнечный ожог, фоточувствительные реакции, солнечная крапивница, полиморфный фотодерматоз, фотофитодерматит и др.).
- Клещевые поражения (Лайм-боррелиоз – ЛБ).
- Воздействие членистоногих.
- Аквагенные болезни.

Термином «**фотодерматоз**» обозначают избыточную реакцию на световое, обычно солнечное излучение, которая развивается через минуты, часы или сутки после облучения и длится от нескольких дней до нескольких недель и даже месяцев. Существует три типа ультрафиолетового излучения: UV-C – коротковолновое, UV-B – средневолновое и UV-A – длинноволновое. Наиболее опасными считаются лучи UV-A, так как они обладают наибольшей проникающей способностью (не задерживаются озоновым слоем, проходят через стекло и роговой слой кожи глубоко в дерму), а также усиливают действие UV-B. Обычно фотодерматозы локализуются на открытых участках кожи, наиболее сильно подверженных инсоляции: лицо, шея, V-образная область, верхние конечности. Все фотодерматозы можно разделить на несколько групп [2–4].

### 1. Острые фотодерматозы:

- Протекают по типу солнечного ожога и проявляются эритемой, отеком, пузырями (солнечный ожог, фототоксические реакции на лекарственные препараты, фотофитодерматит).
- Протекают по типу сыпи, проявляются пятнами, папулами, везикулами, бляшками и сопровождаются зудом (фотоаллергические реакции на лекарственные препараты, полиморфный фотодерматоз).
- Протекают по типу крапивницы (солнечная крапивница, эритропоэтическая протопорфирия).

### 2. Хронические фотодерматозы:

- Разнообразные дегенеративные изменения кожи, обусловленные многократным повреждающим действием солнечного света (солнечная геродермия/фотостарение).

### 3. Дерматозы, обостряющиеся при инсоляции:

- К данной группе относятся различные по своей природе заболевания кожи, при которых солнечный свет играет роль провоцирующего фактора в их возникновении или обострении (красная волчанка, вирусные дерматозы, розацеа, поздняя кожная порфирия, дерматомиозит и др.). Наиболее часто в практике врача-дерматовенеролога встречаются следующие виды «отпускных» фотодерматозов: солнечный ожог, фотофитодерматит, полиморфный фотодерматоз.

### Солнечный ожог (синонимы: *combustio solaris*, фототравматическая реакция)

Солнечный ожог возникает при чрезмерном действии солнечного света. Его интенсивность прежде всего зависит от фототипа кожи. У людей с 1–2-м фототипом, относимся к меланодефицитному типу, ожоги и другие фотодерматозы возникают гораздо чаще, чем у людей с меланокомпетентным типом (3–4-м фототипом кожи). У детей и пожилых людей солнечные ожоги развиваются реже. Риск солнечного ожога зависит также от времени суток (полдень – идеальное время для получения солнечного ожога), погодных условий и других факторов окружающей среды (вода, снег, ледники, отражая солнечный свет,

увеличивают интенсивность ультрафиолетового излучения). Ожог также можно получить через одежду. В этом случае степень ожога зависит от толщины одежды, времени облучения и светочувствительности кожи. Возможен ожог красной каймы губ и языка (у альпинистов). Клинически эритема сливного характера с четкими границами появляется через 4–6 ч после облучения и достигает максимума через 24 ч. Возможно появление отека, везикул и пузырей. Высыпания обычно сопровождаются зудом. В тяжелых случаях нередко головная боль, повышение температуры, слабость, тахикардия, развитие коллатоидного состояния [1, 4–6].

### Фотофитодерматит

Фотофитодерматит – воспаление кожи, вызванное совместным действием солнечного излучения и химического вещества растительного происхождения (свет + растение = дерматит). Обычно возникает после контакта с растением, содержащим фотосенсибилизирующее вещество. Наиболее часто фотофитодерматит вызывают лайм, реже лимон, инжир, борщевик, морковь, сельдерей, луговая трава. Заболеванию подвержены все расы. В умеренном климате встречается весной и летом, в тропическом – круглый год.

Клинически характерно появление эритемы, везикул, пузырей, отека, сильного зуда, а также развития поствоспалительной пигментации в виде причудливых узоров, сохраняющейся в течение нескольких недель или месяцев. Характерная локализация высыпаний – лицо, верхние и нижние конечности [4, 6].

### Полиморфный фотодерматоз

Полиморфный фотодерматоз – самый частый среди фотодерматозов. В Швеции его распространенность составляет 21%, Лондоне – 14%, Бостоне – 10%. Средний возраст заболевания – 23 года, женщины болеют намного чаще мужчин. Заболеванию подвержены все расы, однако чаще болеют жители северных широт, приезжающие на короткий зимний отпуск в тропики. Заболевание носит хронический рецидивирующий характер. Фотодерматоз возникает весной или в начале лета и до конца лета не рецидивирует (развивается «толерантность» к солнцу). Течение дерматоза протекает по-разному: от постепенного прогрессирования и ухудшения состояния до спонтанного улучшения и даже выздоровления. Патогенетически считают, что заболевание обусловлено аллергической реакцией замедленного типа на некий антиген, который образуется под воздействием солнечного излучения. Клинически характерно появление папул, везикул, пузырей, реже бляшек и волдырей через несколько часов или суток (как правило через 18–24 ч) после инсоляции (сыпь держится 7–10 сут), а также зуда и парестезий. Высыпания локализуются в области шеи и груди (декольте), плечей, реже лица и туловища [4].

**Профилактика** фотодерматозов заключается в использовании различных кремов, лосьонов, стиков, содержащих органические и неорганические вещества, поглощающие или отражающие солнечное излучение. Аппликация фотозащитных средств должна проводиться препаратами с высоким индексом защиты (SPF 50+, SPF 60+). Целесообразно выполнение широко известных рекомендаций: избегать солнечного излучения в наиболее активный период (с 12 до 16 ч), надевать кепку/шляпу, фотозащитные очки, носить одежду светлых тонов. По возможности не принимать в летний период лекарственных средств, способных вызвать фототоксические и фотоаллергические реакции. Лечение фотодерматозов заключается в применении противовоспалительных мазей, кремов, аэрозолей, топических глюкокортикоидов, ани-

линовых красителей, наложении влажных повязок, при необходимости – в назначении системной иммуносупрессивной терапии, жаропонижающих средств, нестероидных противовоспалительных препаратов и антигистаминных препаратов. В случае полиморфного фотодерматоза эффективны курсы PUVA-терапии (вызывает «толерантность» к солнцу) и узкополосного УФ-В (длина волны 311 нм) [1, 3–6].

### Лайм-боррелиоз

К особым инфекциям, наиболее часто встречающимся в летний период, относится болезнь Лайма, или ЛБ. Восприимчивость людей к ЛБ очень высокая, возможно, даже абсолютная. Возбудителем заболевания является спирохета *Borrelia burgdorferi*, переносчиком – иксодовые клещи. Иксодовые клещи обитают на растениях, их особенно много в лесу, высокой траве и кустарниках. Инфекция наиболее распространена в умеренном климате (европейская часть России, Сибирь, Дальний Восток, северо-восточные штаты США, Великобритания, скандинавские страны и др.). Для ЛБ характерна сезонность: весна-лето-осень. Возбудитель проникает в организм после укуса клеща, укусы безболезненны и нередко не замечаются пациентами. Чтобы возникла инфекция, клещ должен оставаться на коже минимум 24 ч. Инкубационный период в среднем длится около 3 нед. Заболевание делится на три стадии: стадия локализованной инфекции (развивается где-то в течение 1 мес), стадия диссеминированной инфекции (развивается в течение последующих 3–5 мес), стадия хронической инфекции (развивается в сроки от 6 мес до нескольких лет). Кожные поражения являются наиболее распространенными проявлениями заболевания и встречаются в 70–80% случаев [4, 7].

Первым проявлением кожной формы ЛБ является папула или пятно в месте укуса, которые постепенно растут и через несколько суток превращаются в кольцевидную эритему с ярко-красной внешней границей и просветлением в центре. Это хроническая мигрирующая эритема. Каждому укусу клеща соответствует своя мигрирующая эритема. Ее размеры колеблются от 3 до 68 см. В центре эритемы могут появляться уплотнение, везикулы или даже некроз. Излюбленная локализация высыпаний: бедра, паховая область, подмышечные впадины. При разрешении мигрирующей эритемы наблюдаются поствоспалительная гиперпигментация и шелушение. У 25% больных мигрирующей эритемы не бывает. У 5% пациентов встречается боррелиозная лимфоцитома кожи, возникающая в месте укуса клеща. Она обычно проявляется на коже одиночным узлом красно-коричневого или багрового цвета диаметром 3–5 см. Излюбленная локализация – мочка уха, ореолы молочных желез, мошонка, нос и конечности. Наблюдается главным образом в Европе. Диссеминированная инфекция развивается, если лечение на I стадии назначено не было или было неадекватным, и характеризуется поражением сердечно-сосудистой и нервной системы, опорно-двигательного аппарата, глаз, печени, появлением дочерних эритем на коже (примерно у 17–50% больных), количество которых может варьировать от 2 до 100. В отличие от «материнской» эритемы они не имеют уплотнения посредине, не растут, не шелушатся. Локализуются везде, кроме подошв и ладоней. Хроническое поражение наблюдается спустя месяцы и годы после заражения. Проявляется хроническим атрофическим акродерматитом и чаще наблюдается у пожилых женщин. При вовлечении в патологический процесс других органов развиваются поражения нервной системы (полинейропатия, хронический энцефаломиелит, психоорганические расстройства), сердца (миокардиопатия), суставов (артриты), синдром хронической усталости [4, 6–8].

**Профилактика** болезни Лайма заключается в ношении закрытой одежды, сапог, головных уборов при посещении леса в период весна-лето-осень, применении противоклещевых репеллентов. После посещения леса стоит тщательно проверить, нет ли где-либо клещей, и своевременно их удалить. Если удалить клеща в первые 18–24 ч, заражение можно предотвратить. Для этого клеща следует обработать тампоном, смоченным в эфире или бензине. Можно также смазать клеща растительным маслом и затем аккуратно снять пинцетом [4–8].

**Терапию** следует начать как можно быстрее. Применяются антибиотики пенициллинового ряда, цефалоспорины, тетрациклины, макролиды. Для лечения ранней стадии инфекции рекомендован пероральный прием доксициклина и амоксициллина в течение 14–21 дня [4, 7, 8].

### Укусы и ужаления насекомых

Летом в умеренном климате отдыхающие часто страдают от **укусов и ужалений насекомых**, особенно относящихся к членистоногим. Укусы членистоногих вызывают воспалительные и аллергические реакции. Кожные высыпания, как правило, проявляются одиночными или сгруппированными папулами, везикулами и волдырями, сопровождающимися зудом. Большая группа членистоногих включает в себя клещей, пауков, перепончатокрылых (осы, пчелы, шмели), двукрылых (мошки, комары), клопов и др. Инкубационный период после воздействия членистоногих составляет от нескольких секунд до нескольких дней. Высыпания могут сохраняться дни и даже месяцы. Всегда стоит помнить о риске развития анафилактического шока после укуса или ужаления насекомого. Такой шок может закончиться летальным исходом [1, 4, 6].

Согласно ряду клинических наблюдений, а также на основании различных экспериментальных данных, реакция у людей, подвергшихся укусам, может развиваться следующим образом [5]:

- появление красной папулы по истечении 24 ч после укуса;
- возникновение волдыря сразу после укуса, а затем 24 ч спустя – папулы;
- немедленное образование волдыря без последующего образования папулы;
- иммунологическая устойчивость и отсутствие реакции.

Симптомы поражения членистоногими в основном одинаковы, однако укусы некоторых из них имеют ряд особенностей.

**Укусы комаров** на открытых участках тела вызывают папулезную крапивницу, иногда образование гранулем, субъективно – зуд. **Укусы слепней** также вызывают папулезную крапивницу, возможно развитие аллергической реакции замедленного типа. **Укусы мошек** безболезненны, так как они впрыскивают в рану анестетик, затем появляются эритема, отек, зуд, болезненность, могут развиваться общие реакции в виде лихорадки, головной боли, тошноты и увеличения лимфоузлов. Для **укусов клопов** характерна папулезная крапивница с линейным расположением высыпаний. **Волоски и шипы гусениц** вызывают высыпания в виде эритроматозных папул, часто расположенных линейными полосами, зуд, жжение, раздражение и аллергические реакции. При попадании волосков в глаза может развиваться кератоконъюнктивит, а при попадании в респираторный тракт – респираторные симптомы. В тяжелых случаях возможно развитие системных реакций. **Ужаление пчел, ос, шершней, шмелей** обычно крайне болезненно. Практически немедленно возникают боль, жжение, а затем развивается выраженная воспалительная реакция, проявляющаяся эритемой, отеком и образованием волдырей. Эта типичная реакция на укусы перепончатокрылых обычно стихает через несколько часов. В ряде случаев возможно развитие тяжелых системных реак-

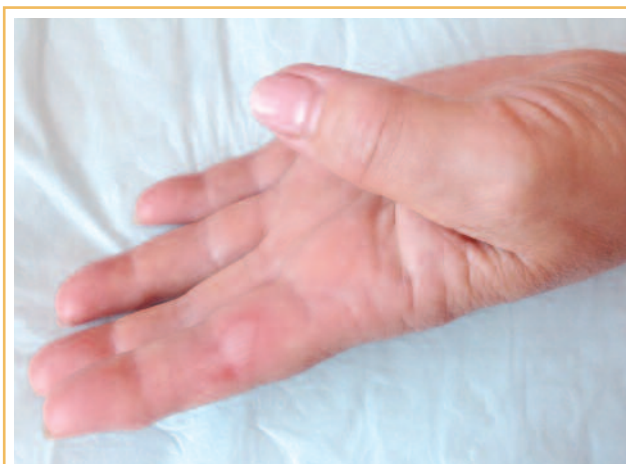


Рис. 1. Фотофитодерматит на борщевик.



Рис. 2. Мигрирующая эритема (болезнь Лайма).



Рис. 3. Ожог после контакта с медузой.

ций: анафилактического шока, отека Квинке, генерализованной крапивницы, бронхоспазма и отека гортани. У сенситивизированных лиц сразу после укуса развиваются аллергические реакции немедленного типа. **Профилактика** укусов членистоногих заключается в избегании по возможности контактов с ними, ношении при необходимости закрытой одежды и обуви, использовании репеллентов для кожи и одежды, следует также избегать использования искусственных запахов, в особенности приторных духов, способных привлечь комаров и других насекомых, особенно в теплые летние ночи. **Терапия** включает в себя назначение топических и системных кортикостероидов,

применение антигистаминных препаратов, введение при развитии анафилактического шока инъекции адреналина, сосудосуживающих и бронхорасширяющих средств. В случае присоединения вторичной инфекции целесообразно использование анилиновых красителей, антибактериальных мазей/аэрозолей, как моно-, так и комбинированных (со стероидами), при необходимости – назначение системной антибиотикотерапии [4, 6, 8].

### Аквагенные болезни

В связи растущей популярностью туризма в страны Южной Европы, Юго-Восточную Азию, Индию и другие увеличивается число пациентов, имеющих **аквагенные болезни**. В воде, как известно, обитает множество возбудителей инфекций кожи, которые вызывают ряд водных дерматозов. **Ожоги, нанесенные кишечнополостными**, относятся к наиболее частым повреждениям, получаемым людьми в море. К числу ядовитых кишечнополостных относятся: огненные кораллы, сцифоидные медузы, актинии, португальский кораблик. Все они обладают стрекательными клетками, содержащими яд и выбрасывающими стрекательные нити. В зависимости от вида животного и площади поражения развиваются местные и системные реакции: от легкого поражения до крайне болезненных тяжелых ожогов и отравления, вплоть до смертельного исхода. Из **иглокожих** для человека наиболее опасны морские ежи, морские звезды, голотурии (морские огурцы или морские кубышки). Иглы морских ежей – полые известковые придатки скелета – могут проколоть кожу и мягкие ткани. В месте прокола возникает жгучая боль, парестезии, кожа быстро становится красной, отечной и может обильно кровоточить. Во время купания, если случайно наступить на ежа, кончик иглы может обломиться и застрять в теле. Застрявшие иглы в дальнейшем могут привести к образованию гранулемы инородного тела, носящей хроническое течение. Общие реакции (тошнота, нарушение координации, мышечные судороги, респираторный дистресс-синдром) могут возникнуть при отравлении сильно ядовитыми видами морских ежей. Травмы, наносимые морскими звездами, похожи на укусы морских ежей. Голотурии выделяют токсин, вызывающий контактный дерматит (папулезную сыпь), а при попадании в гла-

за – конъюнктивит или даже слепоту. **Шистосомный дерматит** (зуд купальщика) вызывают трематоды семейства *Schistosomatidae*, естественными хозяевами которых являются птицы и мелкие млекопитающие. Личинки шистосом – церкарии проникают в кожу человека при контакте с пресной или соленой водой, заселенной моллюсками – промежуточными хозяевами шистосом. Через некоторое время на открытых участках кожи возникают зудящие пятна, папулы, папуло-везикулы и волдыри. Сыпь достигает максимального развития через 2–3 сут после заражения и проходит через 1 нед. У сенсibilизированных людей при повторных контактах высыпания могут принимать распространенный характер. Шистосомный дерматит необходимо дифференцировать с морским дерматитом. **Морской дерматит** (сыпь морского купальщика, дерматит от медуз и кораллов). Возбудителями заболевания морского дерматита являются планулы – личинки кишечнополостных (медузы и актинии). Планулы ядовиты, их стрекательные клетки поражают кожу в зоне роста волос и под купальным костюмом, по-видимому, вызывая аллергическую реакцию. Больные описывают ощущения жжения или покалывания во время купания. Через 4–24 ч появляются красные папулы или папуловезикулы, реже везикулы, пустулы, уртикоподобные элементы. В среднем высыпания сохраняются 7–14 дней. Из-за сенсibilизации каждый следующий контакт с планулами вызывает все более и более тяжелое поражение, иногда страдает общее состояние... **Профилактика** аквагенных дерматозов заключается в соблюдении мер осторожности: не следует прикасаться к медузам, выброшенным на пляж, и близко подплывать к ним, следует ходить по мелководью в специальных тапочках, для профилактики сыпи морских купальщиков необходимо принимать душ как можно скорее после морского купания, промывать купальные костюмы мылом и водой, для уменьшения площади поражения женщинам следует пользоваться отдельным купальником. **Терапия** состоит в применении топических или системных глюкокортикостероидов, антигистаминных препаратов, анальгетиков, своевременном удалении иголок, щупалец из раны с последующей ее обработкой, при присоединении вторичной инфекции обязательно назначение антибиотиков [4, 6].

### Литература/References

1. Чистякова И.А., Гречаная А.А. Дерматозы отпускного периода. Дерматология (Прил. к журн. Consilium Medicum). 2010; 2: 29–32. / Chistiakova I.A., Grechanaia A.A. Dermatозы отпускного периода. Dermatologia (Pril. k zhurn. Consilium Medicum). 2010; 2: 29–32. [in Russian]
2. Белоусова Т.А., Горячкина М.В., Гусева С.Д. Сравнительный анализ эффективности и фототоксичности наружных противогрибковых препаратов. Фарматека. 2011; 5 [218]: 74–7. / Belousova T.A., Goriachkina M.V., Guseva S.D. Sravnitel'nyi analiz effektivnosti i fototoksichnosti naruzhnykh protivogribovyykh preparatov. Farmateka. 2011; 5 [218]: 74–7. [in Russian]
3. Снарская Е.С., Кряжева С.С. Фотостарение кожи. Учебное пособие. М., 2010; с. 3–5. / Snarskaia E.S., Kriazheva S.S. Fotostarenie kozhi. Uchebnoe posobie. M., 2010; s. 3–5. [in Russian]
4. Вульф К., Джонсон Р., Сюрмонд Д. Дерматология по Томасу Фицпатрику. М.: Практика, 2007. / Vul'f K., Dzhonson R., Siurmond D. Dermatologiya po Tomasu Fitzpatriku. M.: Praktika, 2007. [in Russian]
5. Фицпатрик Д.Е., Эллинг Д.Л. Секреты дерматологии. М.: Бино, 1999; с. 266–9. / Fitzpatrick D.E., Elling D.L. Sekrety dermatologii. M.: Binom, 1999; s. 266–9. [in Russian]
6. Вульф К., Голдсмит Л.А., Кац С.И. и др. Дерматология Фицпатрика в клинической практике. Т. 3. М.: Бино, 2013; с. 2219–50. / Vul'f K., Goldsmit L.A., Kats S.I. i dr. Dermatologiya Fitzpatricka v klinicheskoi praktike. T. 3. M.: Binom, 2013; s. 2219–50. [in Russian]
7. Курдина М.И. Болезнь Лайма. Учебное пособие. М., 2006. / Kurkina M.I. Bolezn' Laima. Uchebnoe posobie. M., 2006. [in Russian]
8. Хэбиф Т.П. Кожные болезни. Диагностика и лечение. М.: МЕДпресс-информ, 2006. / Khe-bif T.P. Kozhnye bolezni. Diagnostika i lechenie. M.: MEDpress-inform, 2006. [in Russian]

### Сведения об авторах

**Каиль-Горячкина Мария Владимировна** – канд. мед. наук, ФГАОУ ВО «Первый МГМУ им. И.М.Сеченова». E-mail: ultra1147@mail.ru

**Белоусова Татьяна Алексеевна** – канд. мед. наук, доц. каф. кожных и венерических болезней лечебного фак-та ФГАОУ ВО «Первый МГМУ им. И.М.Сеченова».

E-mail: belka-1147@mail.ru