

Слънчева алергия

Д-р Ст. Евтимова - алерголог

www.evtimova.com

Слънчевата уртикария (СУ) е относително рядка IgE медирана фотодерматоза. Тя също така е и рядка форма на уртикария. Повечето пациенти развиват симптоми на СУ в млада възраст, но могат да бъдат засегнати всички възрастови групи - от деца до възрастни индивиди. По-често е засегнат женският пол.

Клинична характеристика

СУ наподобява останалите форми на уртикария. Патогномоничният уртикариален обрив обикновено се наблюдава между 5-10 минути след слънчева експозиция. Описани са случаи и с късно начало на обрива - до 24^{мес} час. Директната експозиция на светлина е абсолютно необходима, може да проникне и през тънки дрехи или дрехи, обработвани с избелващи субстанции или други детергентни, които абсорбират ултравиолетовата светлина и я превръщат във видима такава. Характерна изява на СУ са зачервяването ѝ, сърбежът, като тежестта и продължителността на симптомите зависят от различни фактори като: географска ширина и височина, интензивност на светлината, раса и други.

Понякога се наблюдават и системни оплаквания като главоболие, гадене, замаяност, свиркащо дишане, рядко и анафилактичен шок. Описват се и случаи с ангиоедем на клепачи, устни, език и меки тъкани на устна кухина след директна слънчева експозиция (на плаж). СУ, както и останалите фотодерматити, засяга области, които по-рядко се излагат на слънчева светлина - горната част на гръдния кош, раменете и горната част на ръцете. Зони като лице и предмишници, които редовно се излагат на ултравиолетово облъчване, се засягат по-рядко. Често се среща червен дермографизъм.

Патогенеза

СУ се дължи на антиген-антитяло реакция, като се е допускано, че антигенът се произвежда в кожата след слънчево облъчване. В началото на миналия век е установено, че интрадермалното въвеждане на серум от пациент със СУ може да предизвика същата реакция у здрав индивид (пасивен трансфер тест). Въпреки че не винаги се е случ-

вало, това е дало насока за последващи проучвания.

Днес се приема съществуването на два типа СУ. Тип 1 е IgE медирана свръхчувствителност към специфичен абнормен фотоалерген, съществуващ само при пациенти със соларна уртикария и срещу който са образуват антитела. Тип 2 е IgE медирана свръхчувствителност към неспецифичен фотоалерген, срещащ се при здрави и при пациенти със СУ, към който се синтезират IgE антитела.

Повечето проучвания показват, че СУ се предизвиква най-често от светлина с дължина на вълната между 300 и 500 nm (видима светлина: 380-700 nm; UVA 320-400 nm; UVB: 280-320 nm). Описани са и случаи на СУ, предизвикана от инфрачервени лъчи.

Диагноза и диференциална диагноза

Клиничните и морфологични особености на СУ често наподобяват други подобни фотодерматити. Много често пациентите се консултират по повод съмнение за СУ със здрава кожа и само прецизната анамнеза и провеждане на фототест могат да потвърдят диагнозата. Най-честото състояние, което наподобява СУ е полиморфният слънчев обрив. При него промените се откриват между 2 и 3^{мес} ден след слънчева експозиция и продължават от 2 до 6 дни. При СУ продължителността на симптомите е в рамките на 24 часа.

Фототест

Провеждането на фототеста се извършва с различни източници на светлина: UVA, UVB, източници на видима светлина, а понякога и с естествена слънчева светлина.



Източникът обикновено се поставя на 10 см от пациента (най-често на гърба), последва експозиция от различни дози и източници на светлина. Клиничната оценка се извършва непосредствено след облъчването и на интервали на всеки 10 мин. за един час.

Най-ниската доза, която предизвиква уртикариален обрив, се нарича минимална уртикариална доза (MUD). Преди провеждането на фототеста, трябва да бъде преустановено лечението с антихистамини и кортикостероиди.

СУ може да бъде асоциирана с други кожни състояния като синдрома на Churg-Strauss, студова уртикария, муковисцидоза, хиперезинофилен синдром. Макар и рядко, СУ може да бъде свързана и с прием на екзогенни вещества като тетрациклини, орални контрацептиви, хлорпромазин и други.

Приемът на изброените медикаменти, последван от слънчева експозиция, води до уртикариален обрив, който изчезва единствено след преустановяване приема на медикамента. В случая не се касае за IgE медирана реакция.

■ Лечение

Лечението на СУ включва локални и перорални антихистамини и кортикостероиди. Обикновено дозите за постигане на терапевтичен ефект са по-високи от обичайните, използвани при други алергични заболявания. При много пациенти хронично облъчваната кожа, като тази на лицето и ръцете, развива толеранс и рядко се засяга. Базирайки се на този факт, при пациенти със СУ се опитва постигането на подобен толеранс чрез фототерапия.

Фототерапията се провежда със самостоятелни или комбинирани светлинни източници на UVA и UVB или на видима светлина. Главният недостатък, е че развитият толеранс е с продължителност само няколко дни. За по-дълготраен ефект се препоръчва фотохемотерапия.

Преди започването на фототерапията е необходимо да се определи MUD. В по-тежките случаи се използва плазмафереза.

Използването на слънцезащитни кремове, както и предпазни дрехи, са полезни особено при пациенти с UVA и UVB-предизвикана СУ.

СУ е хронично заболяване, въпреки че са описани случаи на постепенното ѝ намаляване и изчезване във времето. ■