

ОБЩЕРОССИЙСКАЯ ОБЩЕСТВЕННАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ  
«РОССИЙСКАЯ АССОЦИАЦИЯ ПО СПОРТИВНОЙ МЕДИ-  
ЦИНЕ И РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ И ИНВАЛИДОВ»

ГРНТИ 76.35.41  
УДК 61:796/799

УТВЕРЖДАЮ  
Президент

\_\_\_\_\_ Б.А. Поляев  
« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 2019 г.

**«Разработка медицинской памятки для тренера с рекомендациями по  
корректировке тренировочного процесса у спортсменов при болезнях  
кожи и покровов организма с учетом вида спорта»**

ПО ТЕМЕ:

**«Разработка методических рекомендаций по критериям допуска лиц к  
занятиям спортом (тренировкам и спортивным соревнованиям) в соот-  
ветствии с видом спорта, спортивной дисциплиной, возрастом, полом  
при болезнях кожи и покровов организма»  
(шифр «Покров-19»)**

Государственный контракт № 128.001.19.14 от 25 июня 2019 года

Москва, 2019

## РЕФЕРАТ

Отчет 23 с.

«РАЗРАБОТКА МЕДИЦИНСКОЙ ПАМЯТКИ ДЛЯ ТРЕНЕРА С РЕКОМЕНДАЦИЯМИ ПО КОРРЕКТИРОВКЕ ТРЕНИРОВОЧНОГО ПРОЦЕССА У СПОРТСМЕНОВ ПРИ БОЛЕЗНЯХ КОЖИ И ПОКРОВОВ ОРГАНИЗМА С УЧЕТОМ ВИДА СПОРТА»

Подготовлена медицинская памятка для тренера с рекомендациями по корректировке тренировочного процесса у спортсменов при болезнях кожи и покровов организма с учетом вида спорта.

## Оглавление

Введение.....	4
1. Инфекционные заболевания кожи .....	8
2. Неинфекционные заболевания кожи .....	14

## Введение

Актуальность проблемы заболеваний кожных покровов (включая придатки - волосы, ногти, сальные железы) обусловлена 4 основными причинами:

1. Значимостью выполняемых кожей физиологических функций
2. Высокой распространенностью и многообразием проявлений дерматологической патологии
3. Возможным негативным влиянием занятий спортивной деятельности на течение кожных болезней и, наоборот, высокой вероятностью ограничений для занятий спортом при наличии распространенных проявлений дерматозов, склонных к рецидивирующему течению
4. Эпидемиологическими рисками для окружающих при заболеваниях кожи инфекционной природы

Кожа является самым большим по площади органом человека – от 1,5 до 2м<sup>2</sup>, ее масса (вместе с подкожным жиром) достигает 16% массы тела. Неизменная (интактная) кожа является надежным защитным барьером от физических (ультрафиолет, механические воздействия) и химических факторов, от бактерий и вирусов; участвуют клетки кожи и в обеспечении эффективного иммунного ответа. Также кожа участвует в выполнении функции теплообмена с окружающей средой, причем происходит это и в состоянии покоя, и при физических нагрузках (путем рассеяния тепловой энергии, регулируемого изменением объема и скорости кровотока в микроциркуляторном русле, а также за счет потоотделения).

На сегодня описано около 2 тысяч различных дерматозов, многие из которых характеризуются повсеместным распространением и представляют собой одну из основных причин обращений спортсменов за медицинской помощью – до 16% в структуре общей обращаемости во время проведения крупнейших соревнований. Однако истинность публикуемых сведений о распространенности кожной патологии в спортивных контингентах вызывает определен-

ные сомнения, чему есть как объективные, так и субъективные причины: нередкая стертость симптоматики и, соответственно, недооценка возможных рисков заболеваний; с другой стороны, наличие высыпаний на коже нередко вызывает опасения не получить медицинский допуск к тренировочному и соревновательному процессу. Т.е. если у спортсмена есть возможность не афишировать свою дерматологическую проблему, то чаще он этой возможностью не пренебрегает (и во время соревнований, и вне их).

Регулярные физические нагрузки значительной интенсивности и продолжительности оказывают многогранное влияние на организм человека в целом и на состояние кожи в частности; при том, чем выше стаж занятий спортом, тем это воздействие становится более выраженным.

Все провоцирующие факторы, воздействующие на кожу спортсменов, можно разделить на две большие группы: экзогенные (внешние) и эндогенные (внутренние). Среди экзогенных факторов следует отметить, прежде всего, гигиенические условия проведения тренировочного процесса; в зависимости от спортивной специализации тренировки и соревнования могут проходить либо в закрытых спортивных сооружениях, либо под открытым небом (при этом характер влияния определяется, в первую очередь, погодными условиями, нередко экстремальными). Из эндогенных факторов наибольшее значение имеет развитие вторичных иммунодефицитных состояний с угнетением, прежде всего, местных, тканевых реакций, что обусловлено влиянием мощных отрицательных стрессоров (чрезмерных физических нагрузок и психоэмоционального напряжения).

Выраженность неблагоприятных воздействий перечисленных факторов обусловлена тем, что в коже сосредоточено огромное количество иммунокомпетентных клеток практически всех типов – макрофагов, обеспечивающих распознавание чужеродных факторов, цитотоксических лимфоцитов, эффективно уничтожающих большинство вирусов, и др. Вследствие развития слабости иммунного ответа происходит подавление резистентности (сопротивляемости) кожи, что особенно выражено в тех видах спорта, которым свойственно

воздействие дополнительных негативных факторов – переохлаждения, длительной инсоляции (пребывания под прямыми солнечными лучами) и т.д. Нельзя сбрасывать со счетов и частую смену часовых поясов и климатических условий, что в сочетании с нерациональным питанием и избыточной плотностью тренировочного или соревновательного графика может усугублять иммунную дисфункцию.

На сегодня можно считать доказанным провоцирующее влияние физического перенапряжения на глубину вторичного иммунодефицита, который проявляется повышением заболеваемости грибковыми, вирусными поражениями кожи и ее придатков.

Неблагоприятное влияние оказывают и систематические микротравмы, в первую очередь, ногтевых валиков у волейболистов, баскетболистов, борцов (в частности, при осуществлении захватов и их разрывах); повреждения возникают и при воздействии специализированной обуви (в том числе у футболистов, конькобежцев, теннисистов и др.), а также одежды и специальной экипировки, которые еще и препятствуют испарению пота, что усугубляет проблему. Любое самое незначительное повреждение кожи (например, потертость) можно рассматривать как «входные ворота» для разнообразных инфекционных агентов. При этом надо учитывать тот факт, что пораженная кожа гораздо менее устойчива к повреждающим воздействиям.

Усиление патогенности чужеродных микробов, попадающих на кожу, может индуцироваться изменениями состава и кислотности пота (последние обычно провоцируются чрезмерными нагрузками); особенно важно, что и сапрофитная флора (т.е. постоянно присутствующая на коже) в таких условиях может приобрести неожиданные свойства.

Провоцирующую роль играет и длительное пребывание в воде, особенно в условиях ее гиперхлорирования в плавательных бассейнах; в связи с этим у пловцов, а также спортсменов, специализирующихся в водном поло, синхронном плавании, прыжках в воду, пятиборцев, т.е. у представителей так называемых водных видов спорта, значительно чаще, чем среди населения в целом,

возникает, например, разноцветный (или отрубевидный лишай), который представляет собой разновидность поверхностных микозов с достаточно низким риском передачи лицам, находящимся в контакте с больным.

Учитывая вышеизложенное, у спортсменов с большей частотой, чем в общей популяции возникают инфекции микробной, микотической (грибковой) и вирусной природы. Распространенность инфекционных заболеваний кожи в некоторых видах спорта сопоставима с таковой при вирусных поражениях респираторного тракта; в отличие от последних кожные инфекции обычно не связаны с проведением соревнований и характеризуются преимущественно хроническим течением, нередко устойчивым к проводимому лечению.

И еще один важный момент – спортсмены, страдающие распространенными формами дерматозов, практически не имеют возможности получать адекватное наружное, т.е. мазевое лечение. Это обусловлено ограничениями, связанными с пребыванием на сборах и на соревнованиях.

Условно заболевания кожи можно разделить на 2 большие группы: инфекционные (заразные) и неинфекционные.

## 1. Инфекционные заболевания кожи

Кожные инфекции могут быть бактериального, вирусного, грибкового или паразитарного происхождения.

### Бактериальные дерматозы (гнойничковые поражения кожи)

Бактериальные поражения кожи – это актуальная проблема как для спорта в целом (в том числе, спорта несовершеннолетних), так и для отдельных его видов (прежде всего, контактных, включая командные игровые и единоборства а также тех, в которых спортсмены сталкиваются с воздействием экстремальных природных факторов, например, плавание в «открытой» воде, гребной слалом).

Эта обширная группа заболеваний делится по течению (острые/хронические), глубине залегания патологического процесса (поверхностные/глубокие), по виду возбудителя (стрепто-/стафилококки/смешанная инфекция); основное отличие стрепто- и стафилодермии заключается в том, что высыпания, вызванные стафилококком, всегда связаны с волосяным фолликулом (фолликулит).

Самое распространенное заболевание – угревая сыпь (вульгарные угри), в основном проявляющаяся поверхностными элементами – остиофилликулитами, вызываемыми смешанной инфекцией; возможны случаи более тяжелого течения, с образованием глубоких болезненных элементов (конглобатных угрей). Обострения процесса могут провоцироваться развитием иммунодефицита (в том числе, возникать при выходе на пик формы). При неосложненных формах отстранение от тренировочного и соревновательного процесса не требуется.

Особого внимания заслуживает острая стрептодермия, т.к. это – чрезвычайно контагиозное (заразное) заболевание! Любой вялый пузырь на коже (особенно с мутным содержимым), любая эрозия, заеды, паронихия (воспаление околоногтевого валика), не связанная с травматическим повреждением, –



это повод для экстренной консультации у врача-дерматолога. При установлении диагноза – отстранение от тренировок и соревнований на время лечения (в среднем 1 неделя)

Лечение поверхностных поражений (включая угревую сыпь) должно быть преимущественно местным (наружным), даже при более распространенных высыпаниях и более тяжелом течении заболевания (не редко такие формы встречаются у представителей скоростно-силовых видов спорта, у представителей лыжных гонок, особенно марафонцев). Назначение спортсменам препаратов, положительно зарекомендовавших себя в контингентах пациентов, далеких от спорта, не всегда оправдано, т.к. некоторые лекарства могут вызывать повреждение ткани печени (гепатотоксический эффект) или подлежат получению разрешения на терапевтическое использование.

Лечение глубоких форм стафилодермии – язвенно-некротических поражений, фурункулеза и др. – требует прерывания тренировочного процесса, порой достаточно длительного (вплоть до полного заживления язвенных дефектов); особого внимания требуют фурункулы, располагающиеся в области носогубного треугольника, при нерациональном лечении которых возможно развитие менингита и сепсиса. Нередко пациентам с глубокой стафилодермией требуется назначение системной антибактериальной и противовоспалительной терапии, в том числе с использованием глюкокортикостероидных гормонов, а это, согласно антидопинговым требованиям, подпадают под статус терапевтического использования.

Диагностика и лечение стрепто- и стафилодермии – это компетенция дерматолога! Врач и тренер команды должны обеспечить спортсмену условия для проведения консультации у этого специалиста.

Вирусные поражения кожи

*Бородавки и папилломы.* Бородавки более свойственны несовершеннолетним спортсменам и не ассоциированы с какими-либо конкретными видами

спорта; чаще возникают на кистях и подошвенной поверхности стоп. Папилломы, напротив, несколько чаще возникают у спортсменов, тренирующих качество выносливости (в основном у пловцов), и несколько чаще располагаются на шее груди и в подмышечных областях. Оба поражения вызываются эпидермотропным папиллома-вирусом; выделяют вирусы с низким и относительно высоким риском развития в дальнейшем онкологической патологии (неблагоприятная значимость приписывается 18, 56 типам, а также некоторым другим типам, которые связаны с поражением гинекологической сферы).

Диагностика и лечение должны осуществляться дерматологом! Чаще проводится местное лечение – деструкция (разрушение). При соблюдении гигиенических норм и проведении профилактических мероприятий отстранение от тренировок и соревнований не требуется.

*Простой пузырьковый лишай* (герпес симплекс) – инфекция, причиной которой является вирус простого герпеса первого или второго типа. Поражения вирусом первого типа проявляются в основном на лице, а второго – в области половых органов. У спортсменов начало и обострения заболевания нередко провоцируются психоэмоциональными аффектами или развитием патологических состояний, ассоциированных со спортивной деятельностью, – перенапряжением, переутомлением, перетренированностью.

В случае неблагоприятного течения возможно развитие распространяющихся эрозивно-язвенных дефектов, а также поражений глаз (кератиты, иридоциклиты) и центральной нервной системы (энцефалиты, менингоэнцефалиты).

Тактика лечения и последующего наблюдения определяется дерматологом (особенно в случаях распространенных или часто рецидивирующих форм, а также осложнений)! При поражении органа зрения необходимо лечение у офтальмолога в условиях специализированного центра!

При неосложненных формах на время лечения – недопуск. При осложненных формах – коллегиальное решение.

*Опоясывающий лишай (герпес зостер)* – крайне тяжелое заболевание, вызывает которое вирус ветряной оспы. Развивается, как правило, на фоне выраженного иммунодефицитного состояния вследствие переутомления, переохлаждения и т.д.; в подавляющем большинстве случаев возникает однократно. Наибольшие неприятности обычно связаны с выраженностью неврологической симптоматики (сильные боли по ходу нервных стволов, невриты), которая может причинять невероятные страдания в течение многих месяцев.

Терапию определяет дерматолог. Это противовирусные препараты (общее и местное назначение), а также длительный прием специальных средств центрального действия, купирующих болевой синдром. Лечение требует длительного прерывания тренировочной деятельности (по меньшей мере, до заживления язвенных дефектов, т.е. не менее 3-4 недель). Длительность назначения обезболивающих средств может достигать нескольких месяцев.

Заболевание заразно! Контакт с пациентом, страдающим опоясывающим лишаем, может привести к заражению ветряной оспой и наоборот!

Грибковые (микотические) поражения кожи и ее придатков

Основными экзогенными факторами, способствующими развитию микозов, считают повышенные температуру окружающей среды и ее влажность; наиболее важные эндогенные факторы – это жирная кожа, гипергидроз (повышенная потливость), системное лечение кортикостероидными гормонами, иммунодефицит. К указанным факторам риска у профессиональных спортсменов следует добавить ношение специальной экипировки, ежедневные физические нагрузки, повышенное трение кожи, контактные упражнения, травматизм, частое мытье.

Выделяют поверхностные и глубокие микозы, которые вызываются различными видами грибов (при глубоких формах возможны системные поражения, т.е. вовлечение в патологический процесс внутренних органов; у спортсменов подобные проявления практически не встречаются). Независимо от вида возбудителя, в патологический процесс может вовлекаться не только

кожа и ее придатки – волосы и ногти, но и слизистые оболочки (например, при инфицировании дрожжеподобными грибами – кандидозе: молочница).

Вследствие определенных особенностей проявлений поражений у спортсменов выделяют особые формы микозов; например, микоз (трихофития) борцов (гладиаторов) или «стопа атлета» – собирательный термин, который объединяет поражения кожи стопы различной этиологии (грибковые + дерматит).

Все вопросы диагностики и лечения должен решать только дерматолог! Лечение должно быть преимущественно системным, с применением таблетированных форм препаратов, потенциально обладающих гепатотоксическим действием (повреждение печени); поэтому предпочтение следует отдавать лекарствам, которые можно применять короткими курсами. Лечение ногтей должно быть длительным – 6-9 месяцев (соответственно темпам отрастания ногтевых пластинок).

Персоналу команды следует помнить о высокой контагиозности (заразности) большинства микотических поражений, о необходимости проведения при некоторых из них (микроспории и трихофитии) карантинных мероприятий.

При подтвержденных диагнозах микроспории и трихофитии – недопуск на время лечения (до лабораторного подтверждения отсутствия грибов в анализах).

### Паразитарные инфекции

*Чесотка.* Это инфекционное заболевание нередко представляет серьезные трудности для диагностики, особенно у спортсменов, у которых симптоматика может либо быть крайне стертой (например, у представителей водных видов спорта) или, наоборот, чрезвычайно яркой, с явлениями выраженного дерматита и экзематизации – мокнутия (чаще в контактных видах спорта).

Вопросы диагностики и лечения – компетенция дерматолога. В процессе лечения требуется проведение определенных противоэпидемических мероприятий, а также отстранение от занятий спортом (не менее 1 недели).

## 2. Неинфекционные заболевания кожи

### Дерматиты искусственные (контактные)

Воспалительные поражения кожи возникают в ответ на действие раздражающих факторов окружающей среды химической, физической (ультрафиолет, механические повреждения и др.) или биологической природы; наиболее часто встречающимися ирритантами (веществами, вызывающими воспаление кожи и слизистых оболочек) являются: моющие и чистящие средства, металлы, растворы органических и неорганических кислот, щелочей, резина, консерванты и др.

Среди экзогенных факторов риска следует подчеркнуть, прежде всего, гигиенические («производственные») условия, в которых проводят свои тренировки представители разных спортивных дисциплин. В связи с этим течение любого дерматита у спортсменов может иметь прогрессирующий (прогрессирующий) характер.

Представители зимних видов, вынуждены (а силу специфики своей профессиональной деятельности) сочетать тренировки в залах с занятиями на снегу или на льду (естественном или искусственном), постоянно подвергаясь действию низких температур и вызванных ими кожных реакций.

В водных видах спорта ежедневно и по несколько часов происходит контакт с агрессивными воздействиями среды. Химические вещества, содержащиеся в воде (прежде всего, хлорсодержащие субстанции), при первых контактах с кожей могут не вызывать никаких видимых изменений, но при повторных воздействиях, особенно в ходе многолетней спортивной подготовки, способны провоцировать развитие дерматитов.

Устранение (или, по крайней мере, минимизация воздействия) указанных факторов существенно улучшает течение дерматитов и/или приводит к выздоровлению. Острое течение дерматита требует назначения системной и местной терапии гормональными средствами.

Во время лечения вопрос о возможности участия в тренировках и соревнованиях решается в индивидуальном порядке, для представителей водных видов спорта – отстранение, вплоть до исчезновения острых воспалительных явлений.

#### Аллергические (или зудящие) дерматозы

*Экзема*, как и другие заболевания этой группы, развивается вследствие поливалентной сенсibilизации (повышенной чувствительности к нескольким аллергенам). В свою очередь, сенсibilизация развивается на фоне функциональных изменений нервной (стрессовые ситуации, неполное восстановление после физических и психологических нагрузок), а иногда и пищеварительной (воспаление слизистой, нарушения моторики желудка, желчевыводящий путей, кишечника, а также состава его микрофлоры – дисбактериоз) системы.

Чаще экзема протекает с поражением кистей и стоп, но возможны и распространенные формы, которые наряду с появлением мокнущих поверхностей способствуют развитию инфекционных осложнений (вторичное инфицирование).

Очень важно, что наличие выраженного зуда, а также болезненности в области возникающих трещин нередко являются причиной психологического дискомфорта, что может снижать эффективность тренировочного процесса и ограничивать способность к концентрации во время соревнований.

Диагностика (вследствие необходимости проведения разграничения с микозами при поражении кистей и стоп), а также лечение – компетенция дерматолога.

Лечение должно быть комплексным и включать антигистаминные средства, обладающие выраженным седативным (успокаивающим) действием, что еще в большей степени ограничивает возможность ведения полноценной спортивной деятельности.

*Крапивница* – рецидивирующее, волнообразно протекающее заболевание с периодическими вспышками, которые сменяются периодами ремиссиями (отсутствия проявлений) различной продолжительности; проявляется быстро проходящими уртикариями (волдырями, напоминающими комариные укусы). Отдельные формы: физическая крапивница – возникает в ответ на механическую травму, изменения температуры или сочетание физических стимулов; гигантская крапивница или отек Квинке (ангионевротический отек) возникает внезапно (аллергическая реакция немедленного типа) и может сопровождаться выраженными затруднениями дыхания (вследствие спазма и отека гортани).

При лечении острой крапивницы и отека Квинке неизбежно экстренное системное назначение кортикостероидных гормонов (внутрь или внутривенно), что требует проведения процедуры регламентации терапевтического исключения.

*Атопический дерматит* – заболевание с наиболее тяжелым течением из всех хронических аллергических дерматозов. Как правило, возникает в раннем детском возрасте и в большинстве случаев ограничивает возможность серьезными занятиями спортом (особенно, при сочетании с бронхиальной астмой); поэтому у спортсменов высокого класса отмечается не часто.

*Токсико-аллергические реакции* (чаще на медикаменты, продукты питания, особенно экзотические) характеризуются острым течением и требуют немедленной консультации дерматолога, а в ряде случаев – экстренной госпитализации (тяжелые формы многоформной экссудативной эритемы, синдром Лайела, Стивенса-Джонсона и др. состояния, несущие угрозу жизни).

На период лечения тяжелых проявлений аллергических дерматозов – отстранение от тренировочной и соревновательной деятельности (временный недопуск) с последующим ограничением интенсивности и продолжительности нагрузок (относительный допуск), продолжительность которого определяется индивидуально. Существенно ограничивает возможность занятий спор-



том и непредсказуемость возникновения обострений аллергических заболеваний, а также возможность ухудшения их течения под воздействием психотравмирующих ситуаций и других стрессоров (прежде всего, экстремальных факторов внешней среды).

### Псориаз

Псориаз – многофакторное заболевание с генетической предрасположенностью. Возникновение и развитие болезни провоцируется воздействиями экстремальных факторов внешней среды, инфекциями, психоэмоциональным напряжением. Псориаз характеризуется чаще распространенными высыпаниями с тенденцией к рецидивирующему (волнообразному) течению; возможно неуклонное прогрессирование, вплоть до эритродермии (поражение большей части кожного покрова). В некоторых случаях болезнь носит системный характер – поражаются суставы (обычно несколько, чаще позвоночника).

У спортсменов псориаз несколько чаще может проявляться стертыми, но чрезвычайно устойчивыми к лечению формами.

Лечение должно проводиться дерматологом, преимущественно с использованием современных наружных средств, методов физиотерапии; при поражении суставов – консультация ревматолога.

На период обострений с распространенными высыпаниями и их лечения (до перехода в регрессирующую стадию) - отстранение от тренировочной и соревновательной деятельности (временный недопуск), с последующим коллегиальным решением вопроса о возможности дальнейших занятий (при склонности к распространению высыпаний, развитию более тяжелых форм заболевания, в частности, при вовлечении в процесс суставов – противопоказание).

### Парапсориаз

Парапсориаз – разнородная группа воспалительных дерматозов с преимущественно хроническим течением, клиническими проявлениями которых

являются пятна и/или папулы (мелкие узелки) и бляшки (крупные элементы, образовавшиеся за счет периферического роста или слияния), покрытые мелкими чешуйками. Предполагается, что в развитии одной из форм заболевания – лихеноидного пситриаза, характеризующегося развитием папулезных высыпаний (иногда с признаками острого воспаления), значимую роль играет формирование реакции гиперчувствительности на различные микроорганизмы ().

При острой форме параспориаза, характеризующейся мелкими узелковыми высыпаниями и связанной с развитием реакции гиперчувствительности на различные микроорганизмы (токсоплазму, вирус Epstein-Barr, цитомегаловирус, ВИЧ и др.), может нарушаться общее состояние – повышение температуры, увеличение лимфоузлов. При хронических формах, при которых преобладают бляшечные элементы, характер течения заболевания во многом определяется размером высыпаний – чем они крупнее, тем тяжелее прогноз: параспориаз, представленный мелкими бляшками, имеет доброкачественное течение, крупнобляшечная форма заболевания в 10-30% случаев может протекать агрессивно, с трансформацией в злокачественное поражение кожи.

Диагностика и лечение параспориаза – компетенция дерматолога!

Во время лечения вопрос о возможности участия в тренировках и соревнованиях решается в индивидуальном порядке; для представителей водных видов спорта – отстранение до исчезновения острых воспалительных явлений.

### Красный плоский лишай

Красный плоский лишай (КПЛ) – хроническое воспалительное заболевание кожи и слизистых оболочек, реже поражающее ногти и волосы, типичными элементами которого являются папулы.

КПЛ рассматривается как аутоиммунное заболевание, предполагается его связь с вирусным гепатитом С.

Характерный признак болезни – склонность к сгруппированному расположению зудящих высыпаний на сгибательных поверхностях конечностей. В

период обострения отмечается появление новых узелков на месте травматизации кожи, что особенно ярко проявляется при занятиях спортом.

КПЛ слизистой оболочки полости рта рассматривается как потенциально предраковое состояние с возможностью развития плоскоклеточного рака. Описаны случаи развития плоскоклеточного рака в длительно существующих очагах КПЛ аногенитальной области (т.е. в промежности), в пищеводе.

Диагностика и лечение проводится дерматологом!

В период обострения заболевания спортсменам рекомендуется щадящий режим с ограничением физических и психоэмоциональных нагрузок, вплоть до его перехода в регрессирующую стадию. При неэффективности амбулаторного лечения, при распространенных и тяжелых поражениях кожи, а также слизистых оболочек – госпитализация с дальнейшим коллегиальным решением вопроса о возможности дальнейших занятий спортом.

Алопеция гнездная (очаговое облысение)

Гнездная алопеция (ГА) — хроническое аутоиммунное заболевание с генетической предрасположенностью, характеризующееся поражением волосяных фолликулов (без образования в дальнейшем рубцов) и стойким или временным выпадением волос. Триггерными (провоцирующими) факторами заболевания могут являться чрезмерные физические нагрузки, стрессовые ситуации, вакцинация, вирусные и бактериальные инфекции, прием медикаментов и т.д.

В зависимости от площади поражения различают следующие клинические формы алопеции: локальную (единичные очаги на волосистой части головы); субтотальную (отсутствие волос на 40% и более кожи головы); тотальную (полная потеря волос на голове, включая брови и ресницы); универсальную (отсутствие волос не только на голове, но и на туловище).

Чем раньше возникает алопеция, тем выше риск развития ее тотальной формы (до 50%) и ниже вероятность полного выздоровления (менее 10%).

Прогноз отягощается наличием иных сопутствующих аутоиммунных заболеваний.

Тактика обследования, лечения и диспансерного наблюдения определяется дерматологом! При распространённых формах заболевания спортсменам в возрасте до 12 лет показана реовазоэнцефалография (для диагностики возможных нарушений кровообращения в системе церебральных сосудов).

При локальных формах алопеции рекомендуются наружные препараты, узкополосная фототерапия с использованием эксимерного лазера с длиной волны 308-нм. При тяжелых формах - системная терапия, включающая в том числе глюкокортикостероидные препараты, что предопределяет необходимость получения разрешения на терапевтическое использование!

При лечении легких форм вопрос о возможности участия в тренировках и соревнованиях решается в индивидуальном порядке. На период лечения тяжелых форм – отстранение от тренировочной и соревновательной деятельности (временный недопуск) с последующим ограничением интенсивности и продолжительности нагрузок (относительный допуск), продолжительность которого определяется индивидуально.

#### Фотодерматозы

Фототоксические и фотоаллергические реакции (в случае воздействия веществ, повышающих чувствительность кожи к световому излучению) развиваются в течение нескольких часов или суток после попадания прямых солнечных лучей на кожу или лечебного применения ультрафиолета; проявляются различными островоспалительными высыпаниями.

На период лечения фотодерматозов – отстранение от тренировочной и соревновательной деятельности, продолжительность которого определяется индивидуально (с учетом факта проведения занятий и состязаний на открытом воздухе или в закрытом помещении).

#### Васкулиты кожи (сосудистые поражения кожи)

Васкулиты (ангииты) кожи – дерматозы, в клинической и патоморфологической картине которых первоначальным и ведущим звеном выступает неспецифическое воспаление стенок дермальных и гиподермальных кровеносных сосудов разного калибра (т.е. сосудов, расположенных в собственно коже и подкожно-жировой клетчатке).

Васкулиты рассматривают как полиэтиологическое (многофакторное) заболевание, наиболее частой причиной развития которого являются различные острые или хронические инфекции – бактериальные и вирусные (включая вирус Эпштейна-Барр, вирусы гепатитов В и С, ВИЧ, цитомегаловирус, вирус простого герпеса), а также лекарственные средства, обладающие аллергенными свойствами; аллергены, взаимодействуя с защитными антителами, образуют иммунные комплексы, оседающие на стенках сосудов и повреждающие их. Провоцирующую роль могут играть повторные охлаждения, психическое и физическое перенапряжение.

Клинические проявления васкулитов кожи чрезвычайно многообразны. Общие признаки: воспалительный характер изменений кожи, их симметричность, преимущественная локализация на нижних конечностях (в первую очередь на голенях); наличие сопутствующих патологии (нередко тяжелой – системная красная волчанка, ревматоидный артрит, саркоидоз).

Васкулиты делят на поверхностные и глубокие (узловатые).

При возникновении васкулитов необходимо комплексное обследование для выявления соматической патологии, которой сосудистые поражения могут сопутствовать. Прогноз васкулитов определяется, прежде всего, течением основного заболевания.

Достаточно распространенными являются кожные заболевания, наличие которых делает занятия спортом практически невозможными, это, прежде всего, буллезные (пузырные) дерматозы и наследственные заболевания кожи (генодерматозы).

## Буллезные дерматозы

Группа приобретенных или наследственных заболеваний, при которых основным морфологическим элементом на коже и/или слизистых оболочках является пузырь.

К этой группе относятся дерматозы, изначально проявляющиеся пузырьными элементами (пузырчатка, пемфигоид, герпетиформный дерматит; наследственные болезни – хроническая доброкачественная семейная пузырьчатка, приобретенный буллезный эпидермолиз), а так же заболевания кожи и слизистых оболочек, имеющие разный патогенез, но на этапах своего развития сопровождающиеся появлением пузырей (многоформная экссудативная эритема, буллезные формы красного плоского лишая и дискоидной красной волчанки, тяжелое течение токсико-аллергических дерматозов).

Практически все они – противопоказание для занятий спортом, что связано с неуклонным прогрессированием процесса, необходимостью агрессивной терапии с использованием высоких доз глюкокортикоидных гормонов и средств, подавляющих иммунный ответ, а также с тяжелыми побочными эффектами и осложнениями лечения (прежде всего, гиперкортицизма).

Интенсивные физические и психологические нагрузки, длительное пребывание на открытом воздухе (под прямыми солнечными лучами, при перепадах температуры) ухудшают течение дерматозов, проявляющихся образованием пузырей на коже и слизистых.

## Генодерматозы

Кожные заболевания, связанные с генетическими мутациями, которые могут наследоваться и в развитии которых решающее значение играют наследственные факторы (в сравнении с влияниями внешней среды): различные формы ихтиоза, врожденная буллезная ихтиозиформная эритродермия, врожденный буллезный эпидермолиз,

*Ихтиоз* (от греч. Ichthys - рыба) – группа наследственных заболеваний кожи, характеризующихся диффузным (по всей поверхности кожи) формированием избыточного рогового слоя (гиперкератоз).

Большой части его вариантов свойственны выраженные поражения кистей и стоп, что существенно затрудняет повседневную деятельность.

Диагностика и лечение – компетенция дерматолога.

При наличии легкой формы ихтиоза – коллегиальное решение о допуске к тренировкам и соревнованиям (в основном, в виды спорта, не предполагающие возможность прямого физического контакта); учитывая достаточно стабильное течение заболевания дополнительные ограничения могут быть обусловлены лишь необходимостью использования средств наружного лечения.

Врожденная буллезная ихтиозиформная эритродермия протекает с образованием на грубых кожных разрастаниях пузырей, с их последующим повреждением и эрозированием (образованием раневой поверхности), а также присоединением вторичной инфекции, что сопровождается нарушениями общего состояния – повышение температуры тела, увеличение регионарных (периферических) лимфатических узлов.

Противопоказание для занятий спортом!

*Врожденный буллезный эпидермолиз* – гетерогенная (разнообразная) группа генодерматозов, основным клиническим проявлением которых являются пузыри, возникающие после незначительного механического воздействия на коже и слизистых оболочках вследствие генетически обусловленных дефектов структурных белков кожи.

Занятия спортом противопоказаны!