

Современный взгляд на диагностику и лечение пациентов с дерматовенерологическими заболеваниями

13 ноября 2015 г. в Харькове состоялась Научно-практическая конференция «Инновационные технологии в дерматовенерологии. Междисциплинарные связи», организованная ГУ «Институт дерматологии и венерологии Национальной академии медицинских наук Украины». В ходе конференции освещены вопросы применения современных методов лабораторной диагностики дерматовенерологических заболеваний, инновационных технологий в терапии хронических и аллергических дерматозов, распространенных венерических заболеваний. Мероприятие вызвало большой интерес медицинской общественности. На конференции присутствовало более 230 делегатов из разных регионов Украины: Киевской, Полтавской, Днепропетровской, Тернопольской, Черновицкой, Донецкой, Харьковской областей.



В ходе пленарного заседания **Лидия Калужная**, профессор кафедры дерматовенерологии Национальной академии медико-биологических наук Украины имени П.Л. Шупика,

рассказала о современных представлениях о мастоцитозе, проявления которого могут возникать как с рождения, так и в зрелом возрасте, с поражением только кожи (у большинства детей) или нескольких органов (у взрослых). Мастоцитоз в виде тусклого пятна или узла выявляют в основном у детей; заболевание у них часто манифестирует одиночными или множественными рыжевато-коричневыми пятнами (пигментная крапивница), исчезающими к подростковому возрасту. У взрослых с мастоцитозом либо нет высыпаний на коже, либо присутствуют красно-коричневые пятна и папулы диаметром 2–5 мм, устойчивые телеангиэктатические пятна. Протирание высыпаний часто приводит к появлению на их поверхности волдырей (феномен Дарье), что в большинстве случаев является главным отличительным признаком заболевания.

В раннем детстве при мастоцитозе, помимо пятнисто-папулезных высыпаний, возможно появление пузырей, заболевание может быть асимптомным или иметь соответствующие симптомы (зуд, более яркая окраска высыпаний, абдоминальная, костная, эпигастральная боль, диарея, гипотензия, обморок, рвота, уменьшение массы тела, снижение мыслительной функции, жар, озноб). Симптомы мастоцитоза могут обостряться в зной, при физической нагрузке, локальной травме (у детей), употреблении алкоголя, наркотиков, салицилатов, нестероидных противовоспалительных препаратов, антихолинэргических средств; некоторые

системные анестетики могут даже спровоцировать анафилаксию.

Л. Калужная отметила, что лечение при мастоцитозе предполагает, во-первых, исключение факторов, приводящих к дегрануляции мастоцитов, избегание купания в горячей воде, растирания кожи мочалкой, ношения тесной одежды для снижения риска обострения, во-вторых, применение антагонистов гистаминовых рецепторов, ПУВА-терапии, топических глюкокортикостероидов (ТГКС), в тяжелых случаях — инъекций адреналина.



Профессор **Янина Кутасевич**, директор ГУ «Институт дерматологии и венерологии Национальной академии медицин-

ских наук (НАМН) Украины», и профессор **Людмила Болотная**, заведующая кафедрой дерматовенерологии Харьковской медицинской академии последипломного образования, представили вниманию слушателей совместный доклад, посвященный особенностям лечения пациентов с атопическим дерматитом (АД). Особое место в терапии при аллергодерматозах занимает наружное лечение, целями которого являются:

- устранение сухости кожи, улучшение ее барьерных функций;
- подавление признаков воспаления кожи и связанных с ним основных симптомов АД в острую (гиперемия, отек, зуд) и хроническую (лихенификация, зуд) фазы болезни;
- профилактика и устранение вторичного инфицирования пораженных участков кожи;
- обеспечение длительного контроля над заболеванием.

Для этого применяют эмоленты, ТГКС (моно- и комбинированные препараты), ингибиторы цитокинов и медиаторов воспаления.



У пациентов с АД особое внимание уделяют средствам базового ухода за кожей — эмолентам, повышающим эффективность терапии, сокращающим ее продолжительность, уменьшающим количество обострений, удлиняющим период ремиссии, снижающим потребность в средствах активной терапии, в том числе ТГКС, улучшающих состояние кожи и прогноз заболевания в целом. Их комбинируют с более активными препаратами. Нанесение на кожу необходимо не только в период обострения, но и ремиссии.

При обострении применяют ТГКС, при этом важен выбор адекватной лекарственной формы препаратов (мазь, крем, лосьон), их эффективность и безопасность. Большое значение имеет соблюдение мер по предотвращению нежелательных лекарственных реакций. В частности, необходимо применять современные ТГКС с высоким терапевтическим индексом, учитывать частоту аппликаций, длительность применения, площадь нанесения, использовать технологии аппликации, снижающие стероидную нагрузку (тандем-терапия, ступенчатое лечение, штриховой метод), одновременно с увлажняющими средствами. При локализации поражения на чувствительных участках кожи или необходимости длительного лечения предпочтение отдают ингибиторам кальциневрина (в период обострения, а также в качестве поддерживающей терапии).

Особенностью АД является частое развитие инфекционных осложнений (вирусных, микотических, бактериальных). В случаях, когда заболевание протекает на фоне вторичного инфицирования, целесообразна замена «чистого» ТГКС на комбинированный препарат с антибактериальной и противогрибковой активностью.

Подводя итоги выступления, докладчики отметили, что в настоящее время наука предлагает широкий спектр высокоэффективных наружных средств для этапного лечения пациентов с различными дерматозами, однако без грамотного, вдумчивого отношения врача, способного оценить состояние кожи в конкретный момент и назначить адекватное лечение, эти средства не окажут ожидаемого эффекта.



Профессор **Геннадий Мавров**, руководитель отдела изучения влияния эпидемии ВИЧ на проблему инфекций, передающихся половым путем, ГУ «Институт дерматологии и венерологии НАМН Украины», уделит внимание особенностям

лечения урогенитального микоплазмоза. Он отметил, что это заболевание трудно поддается лечению; в 50–60% случаев происходит рецидив, что связано с наличием резистентных форм возбудителя, снижением иммунитета, необходимостью

длительного применения антибиотиков в высоких дозах.

Докладчик обратил внимание, что в Украине до сих пор отсутствуют отдельные протоколы лечения при урогенитальной инфекции, вызванной *Mycoplasma genitalium* (*M. genitalium*). До недавнего времени схемы этиотропной терапии включали применение тетрациклинов, макролидов, фторхинолонов. Следует учитывать, что эффективность многих антибиотиков недостаточна для полной эрадикации *M. genitalium*. Так, отмечены низкая эффективность доксициклина в элиминации этого возбудителя, высокая резистентность при применении фторхинолонов (в частности офлоксацина), значительная частота нежелательных реакций; большая часть штаммов *M. genitalium* обладает повышенной резистентностью к азитромицину, что является отражением соответствующих мутаций.

В соответствии с проектом последних Европейских рекомендаций по лечению инфекции, вызванной *M. genitalium* (2015), при неосложненной инфекции и отсутствии резистентности к макролидам рекомендовано применение азитромицина в дозе 500 мг в 1-й день, затем 250 мг в течение 2–5 дней, джозамицина — 500 мг 3 раза в сутки в течение 10 дней; при наличии резистентности — моксифлоксацина в дозе 400 мг в течение 7–10 дней. При персистентной инфекции рекомендуется 3-я линия терапии (после азитромицина и моксифлоксацина) — доксициклин и пристинамицин.

Г. Мавров отметил, что для лечения пациентов с урогенитальным микоплазмозом в Украине препаратом выбора является джозамицин, показавший высокую безопасность и эффективность в отношении хламидий и микоплазм.



Елена Гопчук, доцент кафедры акушерства и гинекологии № 1 Национальной медицинской академии последипломного образования имени П.Л. Шупика, обратила внимание, что воспалительные

заболевания органов малого таза (ВЗОМТ) возникают у 60–65% больных гинекологического профиля, составляющих группу риска по перинатальной патологии. В 60% случаев их причиной являются инфекции, передающиеся половым путем (ИППП), и неспецифические воспалительные состояния нижнего отдела половой тракта.

Воспалительные процессы инфекционной этиологии имеют свои особенности, среди которых длительное хроническое течение, наличие микст-инфекции, атипичных/бессимптомных форм, отсутствие стойкого иммунитета, схожесть и тяжесть осложнений. В период беременности на фоне инфекции повышается риск самопроизвольного выкидыша, прежде-

временных родов, преждевременного излития околоплодных вод, хориоамнионита, эндометрита. Бесплодие у женщин может быть связано с наличием инфекции; в 49,5% случаев у женщин с бесплодием диагностируют урогенитальный хламидиоз, а также другие инфекционные агенты.

Лечение при ВЗОМТ включает:

- общее и местное этиотропное лечение;
- противовоспалительную, симптоматическую, иммуномодулирующую, мембраностабилизирующую, рассасывающую терапию;
- восстановление биоценоза слизистых оболочек;
- обследование и лечение полового партнера;
- функциональную реабилитацию;
- общеукрепляющие мероприятия (физиотерапия, санаторно-курортное лечение).

При выборе антибактериального лечения предпочтение следует отдавать препаратам с широким спектром действия, этиотропной эффективностью, оптимальным комбинированным составом, низкой токсичностью и удовлетворительной переносимостью, медленным развитием резистентности, удобством применения и малоинвазивным путем введения.



Инна Никитенко, старший научный сотрудник отдела инфекций, передающихся половым путем, ГУ «Институт дерматологии и венерологии НАМН Украины», в своем выступлении уделила внима-

ние особенностям лечения смешанной трихомонадно-бактериальной инфекции, наиболее частое проявление которой — уретральный синдром. Предрасполагающими факторами развития патологии являются наличие уретрита, цервицита, вульвовагинита, простатита, ВЗОМТ, несоблюдение личной гигиены, инструментальное вмешательство (катетеризация, цистоскопия), период беременности, прием комбинированных оральных контрацептивов, использование внутриматочной спирали, диафрагм и спермицидов, а также сахарный диабет, мочекаменная болезнь и аномалии мочеполовой системы.

Смешанная трихомонадно-бактериальная инфекция имеет свои особенности: трихомонады являются резервуаром микроорганизмов и способны переносить инфекционные агенты в верхние отделы мочеполовой системы. Возбудители персистируют внутри трихомонад во время лечения и являются причиной рецидива сопутствующего заболевания. Представители условно-патогенной микрофлоры способны блокировать нитрогруппу имидазольных соединений, что создает препятствия в лечении при трихомониазе. В то же время недостаточное

проникновение антибиотиков в фагосомы трихомонад приводит к выживанию микроорганизмов.

И. Никитенко отметила, что для лечения смешанной трихомонадно-бактериальной инфекции необходимо назначение противотрихомонадных препаратов в сочетании с антибиотиками. В условиях повышения резистентности уропатогенов к фторхинолонам, цефалоспорины III поколения являются препаратами выбора.



Юлия Щербакова, старший научный сотрудник отдела изучения влияния эпидемии ВИЧ на проблему инфекций, передающихся половым путем, ГУ «Институт дерматологии и венерологии

НАМН Украины», отметила, что в структуре заболеваемости ИППП в Украине наиболее распространенной инфекцией остается трихомониаз, отмечают рост заболеваемости микоплазмозом, хламидиозом, а также поздним скрытым сифилисом.

ИППП являются частой причиной бесплодия. Хламидии выявляют у 80% больных с негонорейным и постгонорейным уретритом, у 50–70% женщин с хроническими воспалительными заболеваниями гениталий; при отсутствии лечения у 30% лиц обоего пола развивается бесплодие. Увеличилось количество онкологической патологии слизистой оболочки полости рта и глотки. Ежегодно в мире диагностируют >500 тыс. новых случаев рака шейки матки вследствие инфицирования вирусом папилломы человека, в результате чего >270 тыс. пациенток умирают.

У 75% женщин в течение жизни отмечают, по крайней мере, 1 эпизод вагинального кандидоза, у 40–45% из них — ≥2 рецидивов заболевания. При ассоциированной рецидивирующей кандидоза с ИППП клинические проявления заболевания могут выходить на первый план и маскировать симптомы ИППП, при этом течение заболевания отягощается (более выраженная симптоматика, чаще длительное обострение).

В мире ежегодно регистрируют 3–4 млн новых случаев вирусного гепатита С, преимущественно в странах с низким и средним уровнем дохода. В Украине на сегодня выявлено >73 тыс. больных вирусным гепатитом С, что составляет 3% населения. При этом, по данным наблюдений, смертность от вирусного гепатита С превысила смертность от ВИЧ-инфекции. Отмечено повышение заболеваемости ВИЧ-инфекцией, СПИДом, а также смертности вследствие этих заболеваний, особенно в группах риска (инъекционные наркоманы, работники коммерческого секса, гомосексуалисты).

Ю. Щербакова подчеркнула, что программы диагностики и лечения ИППП,

особенно у представителей групп повышенного риска ВИЧ-инфицирования, служат действенным механизмом влияния на распространение ИППП и ВИЧ у лиц этих категорий, а также препятствуют передаче ВИЧ в общей популяции сексуально активного населения.



О современных тенденциях лечения при трихомониазе рассказала **Виктория Савоськина**, доцент кафедры дерматовенерологии и ВИЧ/СПИДа Харьковской медицинской академии

последипломного образования. Она отметила, что это заболевание у 50% женщин протекает бессимптомно, у многих выявляют обильные пенные выделения, тазовую боль, дискомфорт во влагалище, неприятный запах, мелкие петехиальные кровоизлияния в шейку матки, дизурию. При этом повышается риск передачи ВИЧ-инфекции, преждевременного разрыва плодных оболочек, перинатальных осложнений, инфицирования ребенка от матери. У мужчин в 90% случаев трихомониаз имеет асимптомное течение; возможны дизурия, простатит, эпидидимит, баланопостит, цистит, уретрит, также повышенный риск передачи ВИЧ-инфекции.

Согласно приказу Министерства здравоохранения Украины от 08.05.2009 г. № 312 «Про затвердження клінічних протоколів надання медичної допомоги хворим на дерматовенерологічні захворювання», для диагностики трихомониаза используют бактериологический посев (чувствительность составляет 96%, специфичность — 100%), микроскопическое исследование влажных мазков, методы амплификации нуклеиновых кислот (МАНК-диагностика), серологические методы (иммуноферментный анализ).

В качестве 1-й линии терапии применяют метронидазол (при неосложненной трихомонадной инфекции — в течение 5–10 дней, при осложненной — 4 недели), 2-й линии — тинидазол (в течение 14 дней); альтернативным препаратом является орнидазол. Также рекомендовано местное лечение.

В. Савоськина отметила, что лишь у 10–15% пациентов трихомониаз протекает в виде моноинфекции, в 80–85% случаев выявляют смешанную инфекцию, наиболее часто с микоплазмой, гонококком, уреоплазмой, хламидиями, кандидами, в сочетании с бактериальным вагинозом. В результате бесконтрольного применения нитроимидазолов в настоящее время у 20–25% пациентов отмечают резистентность. Описаны изоляты *Trichomonas vaginalis* со сниженной чувствительностью и резистентностью к метронидазолу и тинидазолу.

Основными направлениями лечения при трихомониазе являются: применение

препаратов, резистентность к которым не развилась, в адекватных дозах при достаточной длительности лечения; применение комбинаций антибактериальных, ферментных, противовоспалительных препаратов; адекватная терапия осложненных форм.

Из-за высокой скорости повторного заражения женщины, получавшие лечение от трихомониаза, должны находиться под диспансерным наблюдением в течение 3 мес; им рекомендовано проведение тестирования с помощью МАНК-диагностики.

Обязательным является лечение полового партнера; даже при отсутствии симптомов его также необходимо обследовать на наличие хламидиоза и гонореи. Лечение следует начинать сразу же, эмпирически, не дожидаясь результатов обследования.



В своем выступлении **Александр Хара**, главный врач Тернопольского областного клинического кожно-венерологического диспансера, уделит внимание экономическим аспектам

оптимизации подходов к культуральной диагностике гонореи. Он отметил, что диагностика гонококковой инфекции в Украине недостаточно эффективна и не имеет соответствующего экономического обоснования. Так, 42% пациентов с гонококковой инфекцией обследуют с помощью бактериологических методов диагностики; культуральную диагностику осуществляют даже в случаях, когда диагноз может быть установлен бактериоскопически. Проводить культуральное обследование на гонорею в случаях, когда возбудитель выявлен бактериоскопическими методами, по мнению докладчика, целесообразно лишь при необходимости определения чувствительности к антибиотикам. Однако в Украине в реальной практике такое исследование не проводят. Даже если оно и будет внедрено, то вовсе необязательно проводить бактериологическое подтверждение гонореи при выявлении гонококков в мазках, достаточно провести выборочное культуральное исследование 1 раз в год для изучения чувствительности к антибиотикам, предложенным в клинических рекомендациях.

А. Хара обратил внимание, что соотношение стоимости бактериоскопического и бактериологического методов составляет 1:4. Такие расходы, по его словам, являются некорректными.

В ходе конференции представлены и другие, не менее интересные доклады, посвященные актуальным вопросам современной дерматовенерологии. Завершилось мероприятие подведением итогов работы и принятием резолюции.

Марина Колесник,
фото автора