

# Новейшие технологии диагностических, лечебных и профилактических мероприятий в дерматовенерологии

11–12 ноября 2016 г. в Харькове прошла Научно-практическая конференция «Новейшие технологии диагностических, лечебных и профилактических мероприятий в дерматовенерологии, методы и состояние их внедрения». Во время конференции рассмотрен широкий спектр вопросов, касающихся современных возможностей терапии распространенных дерматозов, уделено внимание состоянию диагностики и лечения инфекций, передающихся половым путем, представлены новые подходы в диагностике и терапии данных заболеваний.



Открыла работу конференции директор Государственного учреждения «Институт дерматологии и венерологии Национальной академии медицинских наук и НАМН Украины» профессор **Янина Кутасевич**, которая отметила, что ежегодные конференции, проводимые институтом, обычно подводят итоги его работы за истекший год. Она остановилась на том, что институт при проведении научных исследований комплексирована со многими учреждениями Национальной академии наук и НАМН Украины, а также вузами и учреждениями практического здравоохранения.

В минувшем году разработаны индикаторы качества специализированной дерматовенерологической помощи населению Украины в учреждениях различного уровня. Изучено материальное и кадровое обеспечение дерматовенерологической службы в период оптимизации медицинской отрасли в разных регионах Украины, а также условия и эффективность работы врачей общей практики по выявлению больных инфекциями, передающимися половым путем (ИППП), и дерматозами, которая впервые на них возлагается. Проанализирована деятельность дерматовенерологической службы Ровенской, Тернопольской, Харьковской и Черновицкой областей. Отмечено, что с 2008 г. количество диспансеров уменьшилось на 29,6%, коек — на 46,6 и 33,7% для взрослых и детей соответственно. Таким образом, перед дерматовенерологической службой стоит задача — обеспечить соответствующий уровень медицинской помощи в новых условиях меньшими силами.

Установлено, что из года в год увеличивается число учреждений первичной медико-санитарной помощи. Повышается также в некоторой мере выявляемость кожных заболеваний врачами первичного звена. Однако ИППП ими практически не выявляются. Это позволяет сделать

вывод, что современный уровень дерматовенерологической практики семейного врача немного улучшился, но семейные врачи еще не могут удовлетворить реальные потребности населения в дерматовенерологической помощи. В связи с этим делегирование функций дерматовенеролога на уровень врача общей практики на сегодня преждевременно и не будет способствовать предотвращению распространения кожных болезней и ИППП.

Коллектив института участвовал в разработке унифицированных клинических протоколов медицинской помощи при атопическом дерматите и псориазе, включая псориазическую артропатию, буллезном эпидермолизе. Подготовлены проекты протоколов ведения больных ИППП, пемфигусом и представлены для обсуждения медицинской общественностью.

Докладчик также напомнила, что диагностика ониомикоза предусматривает выявление возбудителя и правильную оценку его этиологической роли, учет всех патогенетических факторов, устранение которых предотвратит рецидивы заболевания и будет способствовать полной санации. Сравнительный анализ результатов стандартных методов исследования и полимеразной цепной реакции на наличие грибковой инфекции в ногтевых пластинах показал значительное преимущество последнего метода и целесообразность его широкого внедрения. Разработана шкала оценки тяжести поражения ногтевых пластин, основанная на клинических и дерматоскопических признаках поражения при ониомикозе.

Изучены особенности ИППП в группах населения, уязвимых к заражению ВИЧ, разработаны стандарты оказания помощи.

При выполнении фундаментальных исследований получен штамм микроорганизма *Escherichia coli* pRSET/TP-PORIN — продуцент рекомбинантного главного белка внешней мембраны *Treponema pallidum*, что позволяет разработать новые методы диагностики сифилиса. Выявлена зависимость фагоцититарного индекса и опсонизирующей активности сыворотки крови от полиморфизма маннансвязывающего белка, которая может влиять на особенности развития инфекционного про-

цесса. Генотипирование по локусу TTP-1 I602S позволяет выявить группу повышенного риска заболеваемости урогенитальной патологией.

С целью повышения качества диагностики сифилиса, согласно приказу Президента НАМН Украины от 31.05.2016 г. № 47, в институте создана референс-лаборатория НАМН Украины по внешнему контролю качества лабораторных исследований сифилиса.

В докладе также нашли отражение задачи, стоящие перед институтом в ближайшее время.



**Александр Литус**, заведующий кафедрой дерматовенерологии Национальной академии последипломного образования имени П. Л. Шупика, в своем выступлении акцентировал внимание на важности междисциплинарного взаимодействия в дерматоонкологии. В настоящее время нерешенным остается ряд вопросов, в частности недостаточно поднята актуальность проблемы рака кожи, междисциплинарного подхода и распределения ответственности, мало внимания уделяется составлению маршрута пациента с новообразованиями на коже, программам профилактики, скрининга и ранней диагностики рака кожи, разработке клинических рекомендаций/протоколов в дерматоонкологии.

По мнению А. Литуса, маршрут пациента с учетом междисциплинарного подхода должен быть разделен на несколько уровней оказания помощи:

- I — профилактика и скрининг;
- II — профилактика, ранняя диагностика, верификация, менеджмент предраковых состояний и нераковых меланом кожи;
- III — высокотехнологическая медицинская помощь.

На I уровне дерматологическую помощь проводят семейные врачи, дерматовенерологи в семейных амбулаториях и кабинетах специалистов; она включает

осмотр кожи и проведение оптической дерматоскопии. На II уровне помощь оказывают дерматовенерологи и онкологи в региональных центрах, диспансерах, поликлиниках; она включает проведение экспертной цифровой дерматоскопии, ультразвукового исследования кожи, биопсии, патогистологическое исследование, создание «карты родинок», менеджмент доброкачественных образований кожи, предраковых состояний. На III уровне помощь пациентам оказывают онкологи совместно с дерматоонкологами, радиологами и химиотерапевтами в специализированных центрах и онкологических центрах; она включает удаление нераковых заболеваний кожи, меланом кожи, биопсию сторожевых узлов, проведение медикаментозной терапии при опухолях кожи, участие в клинических исследованиях, лечение рака кожи.

А. Литус отметил, что для развития дерматовенерологии в Украине необходимо более эффективное междисциплинарное взаимодействие, активная имплементация дерматологов в вопросах профилактики и раннего выявления новообразований кожи, активность пациентских групп и организаций, развитие международного сотрудничества и научных программ, телемедицины.



Профессор **Рушан Айзютлов**, заведующий кафедрой дерматологии и косметологии Донецкого национального медицинского университета, рассказал о современных возможностях внешней терапии онихомикоза. Он напомнил, что развитию этого заболевания способствуют вегетососудистая дистония, обменные и нейроэндокринные нарушения, болезни пищеварительного тракта, гипо-

витаминоз, иммунодефицитные состояния, расстройство кровообращения нижних конечностей, высокая температура окружающей среды. Избыточная влажность и изменение pH кожи приводят к обильному размножению микробов и их ассоциаций, что создает благоприятную среду для внедрения грибов. В настоящее время микотическая инфекция приобретает смешанный характер, дерматофиты ассоциируются с дрожжевыми, плесневыми грибами и бактериями. В то же время хроническое течение и резистентность к лечению делают носителя болезни на долгие годы резервуаром инфекции и источником ее дальнейшего распространения.

Р. Айзютлов отметил, что в лечении при онихомикозе имеет преимущество наружная терапия с учетом низкой частоты развития побочных эффектов. При этом необходимо принимать во внимание тип онихомикоза и степень поражения ногтя. Успех наружного лечения зависит от выбора препарата и метода его доставки в очаг, который позволяет достичь максимального эффекта активного вещества, обеспечив его поступление в ткани ногтя в концентрациях, превышающих минимальные подавляющие для дерматофитов, дрожжевых и плесневых грибов. Эффективен в наружной терапии при онихомикозе нафтифина гидрохлорид, обладающий антибактериальной активностью против грамположительных и грамотрицательных микроорганизмов, которые могут вызывать вторичные бактериальные инфекции наряду с грибковыми.

Профессор **Глеб Бондаренко**, заведующий отделом инфекций, передающихся половым путем, ГУ «Институт дерматологии и венерологии НАМН Украины», представил доклад, посвященный современным подходам к менеджменту уrogenитальных инфекций, вызванных *Chlamydia trachomatis* (*Chl. trachomatis*) и *Mycoplasma genitalium* (*M. genitalium*). Он

отметил, что *M. genitalium* в 10–35% случаев является причиной негонококкового уретрита у мужчин, в общей популяции ее частота составляет 1–3,3%. Высокий процент ассоциации между *M. genitalium* и цервицитом, воспалительными заболеваниями органов малого таза (ВЗОМТ), преждевременными родами, самопроизвольным абортom. У женщин до 75% случаев отмечают бессимптомное течение заболевания, осложнениями данной инфекции могут быть ВЗОМТ (эндометрит, сальпингит), трубный фактор бесплодия, реактивный артрит, связанный с ИППП. В то же время у мужчин в 70% случаев могут отмечаться субъективные и объективные симптомы заболевания, уретрит, дизурия, выделения из мочеиспускательного канала.

Показаниями для лабораторного исследования на *M. genitalium* являются: симптомы уретрита у мужчин, слизистогнойный цервицит, межменструальное или посткоитальное кровотечение, ВЗОМТ, острый орхоэпидидимит у мужчин в возрасте <50 лет, ИППП у полового партнера, перед прерыванием беременности или перед другими процедурами, нарушающими цервикальный барьер. Также скринингу подлежат лица с высоким риском сексуального поведения (возраст <40 лет, >3 новых половых контактов за прошедший год, >5 партнеров в течение жизни при отсутствии тестирования на ИППП в анамнезе).

Лабораторная диагностика предусматривает использование только молекулярно-биологических методов исследования (полимеразной цепной реакции, полимеразной цепной реакции в реальном времени, NASBA в реальном времени).

Лечение при неосложненной острой инфекции, вызванной *M. genitalium*, включает:

- 1-я линия терапии — при отсутствии резистентности к макролидам (PM) — азитромицин, джозамицин; при наличии PM — моксифлоксацин;
- 2-я линия терапии — моксифлоксацин;
- 3-я линия терапии (после применения азитромицина и моксифлоксацина) — доксицилин, пристиномицин.

При осложненной инфекции *M. genitalium* назначают моксифлоксацин, в период беременности (при отсутствии PM) — азитромицин, при наличии PM лечение проводят после родов.

Клиническими особенностями инфекции *Chl. trachomatis* у женщин являются слизисто-гнойный цервицит, гнойные выделения из влагалища, посткоитальное/межменструальное кровотечение, дизурия, болезненность во время полового акта, дискомфорт/боль в нижней части живота, конъюнктивит (чаще односторонний), ректальные и фарингеальные поражения. К осложнениям у женщин относят ВЗОМТ, трубный фактор бесплодия, внематочную беременность, реактивный артрит, связанный с ИППП, перигепатит, у мужчин — орхоэпидидимит, реактивный артрит, связанный с ИППП (до 10%).



Показания для лабораторного обследования на *Chl. trachomatis* те же, что и для *M. genitalium*, однако добавляются острый конъюнктивит у новорожденного или взрослого, атипичная пневмония у новорожденного, лица, перенесшие сексуальное насилие.

Г. Бондаренко отметил, что для определения *Chl. trachomatis* используют молекулярно-биологические методы, культуру клеток (специфичность — 100%, чувствительность — 70%, является референс-методом для ректальных и фарингеальных образцов, судебно-медицинской экспертизы), прямую иммунофлюоресценцию (чувствительность — 50–90%, зависит от опыта лаборанта и взятия материала, используется для исследования соскобов из конъюнктивы), экспресс-тесты.

Схемы лечения при неосложненной урогенитальной фарингеальной инфекции включают применение доксицилина, азитромицина или эритромицина. При ректальной инфекции применяют доксицилин или азитромицин. В период беременности препаратом выбора является азитромицин, эритромицин или амоксицилин.

О клинико-эпидемиологических особенностях генитальных инфекций шла речь в докладе **Марины Анфиловой**, доцента кафедры кожных и венерических болезней Винницкого национального медицинского университета имени Н.И. Пирогова. Она отметила, что *Ureaplasma urealyticum* (*U. urealyticum*) и *Mycoplasma hominis* (*M. hominis*) выявляют у 10–50% здоровых лиц. *U. urealyticum* у мужчин может вызывать уретрит, у женщин — цервицит, цистит, ВЗОМТ, невынашивание беременности, бесплодие; является возможным кофактором онкогенеза (рака шейки матки). *M. hominis* часто ассоциируется с различными воспалительными заболеваниями урогенитального тракта (бактериальный вагиноз, ВЗОМТ, спонтанные аборт, бесплодие).

Цервицит хламидийной и микоплазменной этиологии характеризуется стертым течением, склонностью к хронизации, серьезными осложнениями (рак шейки матки, нарушение репродуктивной функции). Показано, что хламидийная инфекция может быть предрасполагающим фактором для последующего заражения вирусом папилломы человека (ВПЧ), при этом около 80% случаев хламидийной инфекции у женщин протекает бессимптомно. Прослеживается ассоциация между персистенцией *U. urealyticum* и предраковыми изменениями эпителия шейки матки, часто идентифицируемыми как высокая степень плоскоклеточного интраэпителиального поражения. У женщин, инфицированных одним из четырех видов микоплазм (*M. hominis*, *M. genitalium*, *U. urealyticum*, *Ureaplasma parvum*), риск ВПЧ-инфекции повышается в среднем в 2 раза.

Колонизация влагалища *U. urealyticum* и *M. hominis* ассоциируется с высоким риском бактериального вагиноза, ВЗОМТ,

послеродовой лихорадки и септицемии, бесплодия, преждевременного разрыва плодных оболочек, преждевременных родов, невынашивания, системных инфекций новорожденных. При хроническом эндометрите, сопровождающимся самопроизвольными абортми, *U. urealyticum* и *M. hominis* определяют в 25% случаев. Колонизация уреазплазмами маточных труб может приводить к формированию трубного фактора бесплодия.

Доказано, что колонизация *U. urealyticum* и *M. hominis* может предрасполагать к спонтанным выкидышам и рождению детей с недостаточной массой тела. Возможна ассоциация бесплодия с *U. urealyticum* и *M. hominis* вследствие вызываемых в урогенитальном тракте женщин патологических изменений.

М. Анфилова обратила внимание, что показаниями к антибактериальной терапии при урогенитальных инфекциях, вызванных *U. urealyticum* и *M. hominis*, является наличие клинико-лабораторных признаков инфекционно-воспалительного процесса. При выявлении *M. hominis* и/или *Ureaplasma spp.* в количестве  $>10^4$  КОЕ/мл, но при отсутствии клинических и/или лабораторных признаков воспаления мочеполовой системы, лечение не проводят. Исключение составляют доноры спермы, лица с диагностированным бесплодием, женщины с невынашиванием беременности и перинатальными потерями в анамнезе.

При урогенитальных инфекциях, вызванных *U. urealyticum* и *M. hominis*, препаратом выбора является доксицилин, при наличии противопоказаний к его применению следует назначить азитромицин.



Игорь Антонов, заведующий кафедрой общей, детской и онкологической урологии Харьковской медицинской академии последипломного образования, остановился на некоторых вопросах репродуктивного здоровья мужчин. Он обратил внимание на то, что причиной мужского бесплодия часто являются инфекции урогенитального тракта, гипогонадизм, иммобилизация и агглютинация сперматозоидов, прямое и опосредованное (иммунологическое) влияние на сперматозоиды, склероз, ишемия тканей яичка, придатка, стенозирование, облитерация мочеполовых путей, вторичные эндокринные расстройства.

И. Антонов отметил, что при лечении пациентов с бесплодием важны не только эрадикация возбудителя, но и получение нормальных показателей спермограммы. Залогом успешности терапии служат полная и своевременная диагностика заболевания, правильный выбор препарата и длительности лечения, контроль излеченности.

Стратегия сохранения мужского здоровья заключается: в возрасте до 20 лет — в профилактике и раннем выявлении заболеваний у детей и подростков; в 20–40 лет — в предупреждении ИППП и промискуитета, здоровом образе жизни, уменьшении возраста рождения детей, поощрении института полноценной семьи со стороны государства; старше 40 лет — в поддержании активного долголетия.



**Лидия Калужная**, профессор кафедры дерматовенерологии Национальной медицинской академии последипломного образования имени П.Л. Шупика, поделилась опытом разработки

украинских протоколов по диагностике и лечению акне с использованием европейских стандартов. В соответствии с европейским руководством по лечению акне, рекомендуют оценивать каждый тип воспалительной реакции в зависимости от клинической степени выраженности. Соответственно разработана классификация силы рекомендаций: высокая, средняя и низкая рекомендательная сила, негативные рекомендации. При комедональном акне могут быть рекомендованы топические ретиноиды (средняя рекомендательная сила), азелаиновая кислота или бензоил пероксид (БПО) (низкая рекомендательная сила). При тяжелых папуло-пустулезных или умеренных узловатых акне применяют изотретиноин (рекомендации высокой степени), системный антибиотик + адапален, системный антибиотик + азелаиновая кислота, системный антибиотик + адапален + БПО (рекомендации средней силы), системный антибиотик + БПО (рекомендации низкой степени). При тяжелых узловатых конглобатных акне рекомендации высокой силы — изотретиноин, умеренной силы — системный антибиотик + азелаиновая кислота, системный антибиотик + адапален, низкой силы — системный антибиотик + адапален, системный антибиотик + БПО.

Для местного лечения применяют многокомпонентные средства (топические ретиноиды, топические антибиотики, топические антисептики, салициловую кислоту и др.), фиксированные комбинации (топические антибиотики + БПО, ретиноиды + антибиотики, антибиотики + адапален и др.).

Л. Калужная обратила внимание на ошибки, отмечаемые в менеджменте акне:

- понятие «лечение акне» и «уход за кожей при акне» смешиваются как пациентами, так и врачами;
- наибольшее распространение приобрели средства с недостаточно доказанным или слабо выраженным влиянием на отдельные звенья патогенеза;

- чрезмерное использование методов немедикаментозной терапии и аппаратной косметологии со слабой доказательной базой;
- низкая информированность пациентов.

В продолжение работы конференции **Я. Кутасевич** представила вниманию слушателей доклад, посвященный месту системных и топических ретиноидов в лечении при акне. Она напомнила, что показаниями к наружной терапии акне являются дебют юношеских акне, невоспалительные акне легкой и средней степени тяжести, воспалительные акне легкой степени тяжести, средние и тяжелые формы акне в качестве дополнения к системной терапии. В качестве наружного лечения рекомендовано применение адапалена, действующего на многие звенья патогенеза акне, и оказывающего себостатическое, противовоспалительное и антикомедогенное действие.

Для профилактики ретиноидного дерматита показано применение селективных ретиноидов, ультрафиолетовых экранов в периоды повышенной инсоляции, увлажняющих средств, снижение частоты применения топических ретиноидов в первые 2–3 нед терапии.

Говоря о системных ретиноидах, **Я. Кутасевич** отметила, что изотретиноин действует на все основные звенья патогенеза акне, снижает гиперсекрецию кожного сала, нормализует фолликулярную кератинизацию, оказывает антибактериальное и противовоспалительное действие. Показаниями к его назначению являются выраженная себорея и тяжелые формы акне, акне средней тяжести при неэффективности традиционной терапии, склонность к образованию рубцов, акне, сопровождающиеся выраженными психоэмоциональными расстройствами, связанными с заболеванием.

Причины неудач лечения пациентов с акне заключаются в недостаточном их обследовании, нерациональном сочетании системного и наружного лечения, нарушении принципов лечения системными ретиноидами, в частности назначение нерациональных схем лечения, отсутствие работы с больным по вопросам соблюдения режимов, дозировок, продолжительности лечения, отсутствие профилактики и лечения возможных побочных эффектов.

Пути повышения эффективности лечения системными ретиноидами, по мнению **Я. Кутасевич**, являются:

- оптимальный объем обследования;
- оценка степени тяжести;
- комплексность лечения с учетом всех звеньев патогенеза;
- активное участие больного в процессе лечения;
- обеспечение рациональных режимов системной терапии (адекватный выбор

суточной и курсовой дозы, продолжительность лечения);

- решение вопроса о целесообразности поддерживающей терапии;
- профилактика и своевременное устранение побочных эффектов.

О новом подходе в лечении при себорейном дерматите (СД) шла речь в выступлении профессора **Людмилы Болотной**, заведующей кафедрой дерматовенерологии Харьковской академии послепломного образования. Она подробно остановилась на этиологии и патогенезе заболевания, отметив, что на сегодняшний день основным этиологическим фактором развития СД являются грибы рода *Malassezia spp.*, в то же время активно обсуждается роль иммунодефицитных состояний в развитии десквамативных заболеваний кожи. Грибы рода *Malassezia* могут присутствовать на коже как комменсалы, не вызывая какой-либо иммунной реакции/воспаления; аномальная иммунная реакция на дрожжеподобный грибок происходит, вероятно, вследствие взаимодействия других патогенетических факторов (генетических, метаболических, внешнесредовых), которые могут регулировать и модулировать индивидуальный иммунный ответ.

К факторам развития себорейного дерматита относят наследственную предрасположенность (себорейная конституция, семейный анамнез), гормональный дисбаланс (неонатальный, пубертатный и постпубертатный периоды, мужской пол), нейrogenные факторы заболевания центральной нервной системы, паркинсонизм, влияние внешней среды, соматические заболевания (хронические заболевания пищеварительного тракта и печени, колит).

**Л. Болотная** отметила, что дисбактериоз кишечника может быть одним из факторов хронизации воспалительного процесса и рецидивирования СД. Показано, что при СД происходят нарушения микробиологического баланса кишечника, изменяется количественный и качественный состав его микробиоценоза (резкое снижение анаэробов в кишечнике — бифидо- и лактобактерий, кишечной палочки, энтерококков, увеличение условнопатогенной микрофлоры кишечного тракта — протей, клебсиелла, грибы рода *Candida*). Учитывая многофакторную, в том числе иммунотропную роль непатогенной микрофлоры, невозможно исключить значение дисбиоза в развитии СД.

Лечебная тактика при этом заболевании включает диету, местную (топические стероиды, лечебные шампуни и др.) и системную (витамины, препараты для нормализации работы желудочно-кишечного тракта, в том числе пробиотиков) терапию. Показано, что применение в комплексной терапии СД синбиотиков, содержащих лактобактерии *Lactobacillus rhamnosus GG*,

устраняет симптомы заболевания в более короткие сроки, предупреждает обострения и удлиняет период ремиссии.



**Аркадий Франкенберг**, главный врач Днепрпетровского областного кожно-венерологического диспансера, поделился 15-летним опытом интернет-консультирования больных дерматовенерологического профиля.

Он подчеркнул, что преимуществами интернет-консультирования являются возможность получения правильной медицинской информации пользователями, обсуждения заболевания с квалифицированным врачом, находясь на расстоянии от него или даже в другой стране, получения молодому специалисту совета более квалифицированного коллеги. В то же время, по мнению докладчика, остается ряд нерешенных проблем оказания данного вида медицинской помощи. Так, не определена ответственность врача, практикующего без лицензии в той стране, где проживает пациент, возможность применения понятий «врачебная ошибка» или «халатность» к интернет-консультациям. Не ясно, на всю ли электронную почту от пациентов должен отвечать врач (по данным обзорного исследования, 24% врачей, пользующихся электронной почтой, обычно дают больным стандартный ответ, 24% — отвечают на каждый вопрос индивидуально, 28% — не отвечают вовсе). Также проблемой может стать возможная конкуренция с другими врачами.

Во время секционных заседаний, посвященных современному лечебному, диагностическому и профилактическому мероприятиям в дерматологии и венерологии, были представлены доклады, касающиеся новых возможностей лечения хронических и моногенных дерматозов, васкулита, псориаза, псориатической патологии, алергодерматозов, урогенитального трихомоназа, трихомонадно-бактериальной и урогенитальной инфекции, инновационных методов диагностики этих заболеваний.

Конференция вызвала большую заинтересованность дерматологов, венерологов, лаборантов, семейных врачей. Участники мероприятия выразили уверенность в том, что полученная информация, обмен научными достижениями между учеными и практикующими врачами будут способствовать улучшению кожно-венерологической помощи населению Украины.

**Марина Колесник,**  
фото автора