

# Профілактика, діагностика і терапія в дерматовенерології

Несмотря на появление инновационных методов профилактики, диагностики и терапии, заболеваемость атопическим дерматитом, онихомикозом, псориазом, акне, аллергическим дерматитом, инфекциями, передающимися половым путем (ИППП), продолжает повышаться. Это, несомненно, вызывает серьезную обеспокоенность специалистов. Профессиональные встречи дерматовенерологов позволяют практикующим врачам получить новую информацию о современных методах лечения пациентов, узнать о возможных способах борьбы с дерматологическими и венерологическими заболеваниями, инновационных препаратах, применяемых для терапии дерматовенерологической патологии. Во время Научно-практической конференции с международным участием «Вопросы профилактики, современная диагностика и инновационные методы терапии в дерматовенерологии», прошедшей 15–16 ноября 2018 г. в Харькове, специалисты в области дерматологии и венерологии обсудили проблемные вопросы, касающиеся современных методов профилактики и терапии кожных инфекций, а также ИППП, распространенных и тяжелых дерматозов.

## Значення академічної науки для практики здравоохранения



Профессор Янина Кутасевич, директор Государственного учреждения (ГУ) «Институт дерматологии и венерологии Национальной академии медицинских наук (НАМН) Украины», подчеркнула, что выбор темы доклада не случаен, так как 2018-й год — год 25-летнего юбилея НАМН Украины, и на примере разработок института показала, что фундаментальные исследования дали возможность разработать прикладные решения диагностических и терапевтических задач. Особое внимание было уделено наиболее тяжелым и социально значимым заболеваниям. В частности, акне является распространенной патологией, характеризующейся резистентностью к терапии, рецидивирующем течением, значительным расхождением в клинических проявлениях, длительностью заболевания, увеличением количества поздних форм, негативным влиянием на качество жизни пациентов. Считается, что данное заболевание характерно для пубертатного периода, однако в последнее время часто возможно в старших возрастных группах.

Основные терапевтические подходы к лечению больных акне включают применение ретиноидов, антиандрогенов, антибактериальной терапии. У пациентов со средней и тяжелой формой заболевания при применении системных ретиноидов отмечается клиническая ремиссия и значительное улучшение состояния (10% больных с тяжелой степенью заболевания не отвечают на терапию положительно). В ходе проведенных гистологических исследований установлено, что в зоне папулезных элементов вокруг волосяного фолликула находится густой лимфоцитарный инфильтрат (при отсутствии нейтрофилов), что являлось одной из причин хронизации воспалительного процесса. Через 1,5 мес системного лечения больных с тяжелой формой акне в биоптатах кожи выявляли существенные гистологические изменения.

Я. Кутасевич отметила, что особенностью процессов в коже пациентов с акне, получающих системные ретиноиды, является гибель эпителиоцитов, которые были сформированы в результате патологической стимуляции их пролиферации при появлении акне. Проведенные фундаментальные исследования позволили объективизировать оценку целесообразности терапии системными ретиноидами. В частности, доказано, что они влияют на торможение пролиферации эпидермоцитов (фолликулярный гиперкератоз — один из основных клинических признаков заболевания), с самого начала лечения заметно уменьшают проявления себореи, опосредованно влияют на нормализа-

цию биоценоза кожи, определяют длительность лечения. Выраженные признаки улучшения наблюдаются спустя 1,5 мес лечения, при этом длительность терапии должна составлять не менее 3–5 мес (в некоторых случаях необходима даже поддерживающая терапия). Говоря о терапии при онихомикозе, докладчик отметила, что в настоящее время широко применяют комбинированные методы лечения, имеющие значительное преимущество. Современные препараты позволяют улучшить состояние и структуру ногтевой пластиинки, способствуя клиническому выздоровлению пациентов.

Изучение социального полиморфизма рецепторов, которые определяют молекулярный паттерн патогенов, дало возможность выделить группы больных с урогенитальными инфекциями, склонных к развитию осложненной формы заболевания. Что касается трихомонадных инфекций, то доказано, что существует возможность инфицирования *Trichomonas vaginalis* околоплодных вод и амниотических оболочек восходящим путем с формированием патоморфологической картины хироамнионита, что может привести к антеннатальному инфицированию плода. Данные исследования, по мнению докладчика, выводят эту проблему на совершенно другой уровень. Изучена взаимосвязь ИППП и ВИЧ-инфекции. Так, с одной стороны, происходит нарушение целостности слизистой оболочки, что создает входные ворота для инфекции, с другой стороны — поражаются клетки-мишени, находящиеся в центре поражения в слизистой оболочке. Методами генной инженерии получен штамм *Escherichia coli pRSET/TP-PORIN* — продуцент рекомбинантного белка внешней мембрани *Treponema pallidum*, который может быть использован для конструирования диагностических тест-систем. Также усовершенствован антиген для скринингового обследования на сифилис, разработаны методические рекомендации, содержащие информацию о современных методах диагностики сифилиса и алгоритм их применения в условиях реформирования здравоохранения.

Я. Кутасевич отметила, что в Институте долгие годы занимались разработкой новых наружных методов терапии. Одним из принципиально новых направлений усовершенствования топических стероидов является включение в их состав компонентов (в частности церамидов), предупреждающих развитие возможных побочных эффектов стероидов. Проведенные эпидемиологические исследования позволили разработать индикаторы качества работы первичного звена по выявлению больных кожными и венерическими заболеваниями. Я. Кутасевич подчеркнула, что, несмотря на сложную социально-экономическую обстановку, Институт решает много задач, способствующих развитию дерматовенерологической службы Украины и улучшению оказания медицинской помощи пациентам. Академическая наука раскрывает механизмы патогенеза и саногенеза разных дерматозов и позволяет усовершенствовать как методы их диагностики, так и терапии.

## Атопический дерматит с позиции доказательной медицины



Профессор **Владимир Адасевич**, заведующий кафедрой дерматовенерологии Витебского государственного ордена Дружбы народов медицинского университета (Беларусь), отметил, что на развитие атопического дерматита влияют внутренние (воспаление кожи предшествует нарушению барьерной функции и приводит к ее повреждению) и внешние (нарушение кожного барьера предшествует развитию атопического дерматита и обуславливает формирование иммунной дисрегуляции) факторы. С одной стороны, филагрин играет важную роль в барьерной функции кожи и ее увлажнении, воспаление ослабляет кожный барьер, воздействуя на филагрин, чему способствуют транскутанская пенетрация аллергенов, повышение количества *Staphylococcus aureus*, а также мутации и полиморфизм генов воспаления, связанных с атопическим дерматитом. На выбор терапии оказывают влияние новые терапевтические средства, нацеленные на системное воспаление Th2 при тяжелом атопическом дерматите. С другой стороны, мутации гена филаггрина ассоциированы с персистенцией атопического дерматита, нарушение кожного барьера приводит к повышенному ответу Th2 (кожного и системного). В свою очередь, воспаление Th2 предрасполагает к развитию аллергических заболеваний (атопический марш) или другим формам атопии (пищевая аллергия, астма).

В. Адасевич напомнил, что согласно рекомендациям Американской академии дерматологии (American Academy of Dermatology — AAD), главными (обязательными) признаками атопического дерматита являются кожный зуд, экзема (острая, подострая, хроническая), важными — начало болезни в раннем детском возрасте, атопия, ксероз. Для установления диагноза обязательно следует провести дифференциальную диагностику с чесоткой, себорейным и контактным дерматитом, ихиозами, кожной Т-клеточной лимфомой, псориазом, фоточувствительными дерматозами, иммунодефицитными заболеваниями, эритродермии вследствие других причин. При диагностике атопического дерматита необходимо учитывать, что отсутствуют надежные биомаркеры для диагностики заболевания, лабораторные тесты требуются редко, однако анализ крови позволяет исключить иммунодефицит, уровень иммуноглобулина (Ig) E — подтвердить атопию, посев с кожи идентифицирует суперинфекцию *Staphylococcus aureus*, проведение патоморфологического исследования необходимо для исключения лимфомы.

Лечение пациентов с атопическим дерматитом предусматривает:

- целевую терапию (увлажняющие препараты, местные стероиды (обычно в сочетании с увлажнителями), ингибиторы кальциневрина (такролимус и пимекролимус), биологические препараты (антимоноклональные антитела));
- другие методы терапии (ультрафиолет А, Б, ПУВА-терапия, в тяжелых случаях — метотрексат, азатиоприн, циклоспорин, миофеномолата мофетил; эверолимус, пробиотики, антибиотики при инфекции *Staphylococcus aureus* или обострении болезни, интраназально мазь мутироцин и «отбеливающие ванны» с раствором гипохлорита натрия);
- немедикаментозные методы терапии (применение мягких тканей, избегание шерстяных изделий, поддержание умеренной температуры воздуха, особенно ночью, применение увлажнителей воздуха, стирка одежды мягким порошком без отбелителя и кондиционера, исключение определенных продуктов при пищевой аллергии).

В. Адасевич подчеркнул, что контроль атопического дерматита возможен только при влиянии на все звенья патогенеза (барьер, филагрин, аллергия, Th2, инфекции, микробиом/состав микрофлоры кожи). Показано, что пимекролимус изменяет иммунный ответ, предупреждая воспаление в ответ на триггеры, восстанавливает эпидермис после агрессивной терапии стероидами, может быть эффективен в восстановлении эпидер-

мального барьера у пациентов с атопическим дерматитом, по крайней мере, частично за счет его влияния на экспрессию генов, значимых для нормальной барьерной функции кожи. Кроме того, пимекролимус снижает риск присоединения вторичной инфекции, улучшает функциональную способность кератиноцитов угнетать рост *Staphylococcus aureus*. Нарушение кожного барьера является одним из центральных признаков атопического дерматита. Применение эмолентов под окклюзией снижает показания для топических и системных иммуносупрессоров. Применение окклюзивных эмолентов у детей с повышенным риском значительно снижает риск развития атопического дерматита. Этим детям рекомендованы регулярные ежедневные 15-минутные ванны с окуранием в теплую воду (душ не так эффективен) и немедленное применение после этого окклюзивной мази, а также повторное применение окклюзивных эмолентов в течение дня.

Топические ингибиторы кальциневрина рекомендованы при отсутствии улучшения от препаратов первой линии (увлажнение, ванны, влажно-высыхающие повязки, топические кортикостероиды (ТКС)), для терапии при активном воспалении, зуде, а также для профилактики обострений в будущем. Их применение предпочтительней, чем ТКС, в зонах с нежной кожей (лицо, гениталии, подмышечная и паховая область). В то же время следует помнить, что при терапии ТКС существует опасность атрофии кожи при длительном применении. Влажно-высыхающие повязки быстро уменьшают выраженность обострения атопического дерматита, повышают пенетрацию увлажняющих средств, снижают потерю воды, обеспечивают физиологический барьер, предохраняя от расчесывания. Для лечения пациентов с атопическим дерматитом не рекомендовано применение традиционных системных кортикостероидов, топических и неседативных антигистаминных средств, системных антибиотиков (если нет признаков бактериальной инфекции), местных антимикробных и антисептических средств. В. Адасевич отметил, что согласно современным рекомендациям, ТКС остаются основным методом терапии (возможен риск развития побочных действий вследствие их длительного применения, особенно у маленьких детей). Топические ингибиторы кальциневрина являются эффективным стероидсберегающим средством, особенно для пациентов, склонных к частым обострениям и нуждающихся в лечении, направленном на атопический дерматит в зонах чувствительной кожи. Для контроля тяжелой формы атопического дерматита могут потребоваться фототерапия или системные иммуносупрессивные препараты.

## Полипрагмазия и лекарственная резистентность



Лидия Калужная, профессор кафедры дерматовенерологии Национальной медицинской академии последипломного образования имени П.Л. Шутика, в своем выступлении уделила внимание проблеме полипрагмазии, отметив, что неоправданное злоупотребление лекарственными препаратами отмечается во многих странах. Кожные реакции на лекарственные препараты отмечают у 3% госпитализированных пациентов, при этом, по данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), тяжелые реакции составляют 0,1% среди этих пациентов, фатальные случаи — до 0,3%. Острые кожные реакции могут проявляться в виде эритематозных кожных высыпаний, уrticaria и ангиоэдем, фоточувствительности, васкулита, индуцированного антикоагулянтами некроза кожи, острого генерализованного экзантематозного пустулеза, DRESS-синдрома, фиксированных лекарственных высыпаний, синдрома Стивенса — Джонсона. Признаками хронических кожных реакций являются пигментные изменения, индуцированный медикаментозный пемфигус, лекарственно индуцированный буллезный пемфигоид, лекарственно индуцированная красная волчанка, псевдодимфома, акнеформные высыпания.

Л. Калужная отметила, что при наличии клинических проявлений лекарственных высыпаний врачу важно определить

категорию тяжести кожных реакций, различить тип реакции и определить прогноз смертности. Следует помнить, что гетерогенность кожных высыпаний может быть различная. Так, обычные лекарственные реакции составляют 90% всех кожных лекарственных реакций, проявляются между 4-м и 14-м днем после начала нового лечения. При остром генерализованном экзантематозном пустулезе высыпания появляются до 2 дней от приема лекарства, спонтанное разрешение происходит за 15 дней. DRESS-синдром начинается через 2–6 нед после первого применения лекарства и сопровождается тяжелыми высыпаниями, лимфаденопатией, лихорадкой, гематологическими и висцеральными расстройствами. Фиксированные лекарственные высыпания появляются менее чем через 2 дня после применения лекарства, чаще всего возникают после приема антибиотиков и противосудорожных препаратов. Применение лекарственных средств может вызвать лекарственно индуцированные заболевания волос (лекарственно индуцированное выпадение волос, гирсутизм, гипертрихоз, изменение цвета и структуры волос), лекарственно индуцированное изменение ногтей (онихолизис, онихомадоз, паронихии, меланонихии).

Л. Калюжная подчеркнула, что согласно статистическим данным, только от побочных эффектов применения лекарственных средств в мире ежегодно страдает 1 млн человек, причем в 180 тыс. случаев именно негативное побочное действие лекарств является непосредственной причиной летального исхода.

## Хронический дерматоз: возможности внешней кортикоидной терапии



Профessor **Людмила Болотная**, заведующая кафедрой дерматовенерологии Харьковской медицинской академии последипломного образования, отметила, что терапия при хронических дерматозах остается актуальной проблемой (недостаточная изученность этиологии и патогенеза, отсутствие радикальных методов терапии и первичной профилактики). Для стероидчувствительного воспалительного дерматоза характерна высокая популяционная частота, иммунозависимый механизм развития, рецидивирующее течение, отсутствие специфической терапии, значительное снижение качества жизни, длительная потеря трудоспособности. Поэтому подход к терапии этих пациентов должен включать проведение патогенетического лечения, направленного на снижение активности воспаления в коже, восстановление эпидермального барьера, предупреждение и минимизацию частоты обострений. ТКС занимают лидирующее место в терапии при воспалительных заболеваниях кожи неинфекционной природы. Они действуют на раннюю и позднюю фазу аллергического воспаления, снижают вероятность дальнейшей сенсибилизации и смены органов-мишеней, препятствуют развитию хронизации болезни, позволяют осуществлять контроль дерматологического статуса с быстрым купированием воспаления в относительно короткие сроки. Данные препараты применяют на любом этапе воспалительных изменений в коже — от острых, экссудативных до хронических, инфильтративно-пролиферативных.

Л. Болотная отметила, что к ТКС предъявляют определенные требования. Так, они должны обладать высокой эффективностью (эффективность и сила действия должны быть доказаны в исследовании), иметь разнообразные лекарственные формы, высокий профиль безопасности (низкая всасываемость, липофильность, использование в любом возрасте, отсутствие местных и системных побочных эффектов, пролонгированное действие), быть удобными в применении. Выбор препарата, по мнению докладчика, всегда должен определяться терапевтическим индексом — эффективность/безопасность (польза/риск). Одним из эффективных ТКС, соответствующих критерию эффективность/безопасность, является мометазона фуроат, обладающий быстрым и пролонгированным противовоспалительным дей-

ствием. ТКС III класса высокоэффективны в управлении генерализованным или локализованным витилиго (следует избегать долгосрочного применения из-за риска побочных эффектов), ТКС III и IV класса — в индуцировании ремиссии при псориазе. ТКС являются терапией 1-й линии локализованного и легкого буллезного пемфигоида. При хронической экземе кистей они признаны полезными, но выбор между коротким применением сильных ТКС и непрерывным применением легких ТКС затруднен из-за отсутствия доказательств. Также отсутствуют доказательства в поддержку применения ТКС при красном плоском лишае, саркоидозе и себорейном дерматите. Стратегия безопасного применения ТКС включает использование режимов, минимизирующих осложнение, соблюдение осторожности у младенцев и детей, комбинирование с другими топическими агентами, следование рекомендациям, соблюдение осторожности в уязвимых зонах.

## Эпигенетика в дерматологии



Александр Литус, заведующий кафедрой дерматовенерологии Национальной медицинской академии последипломного образования имени П.Л. Шупика, рассказал о возможностях современной эпигенетики, отметив, что геном человека составляет приблизительно 100 тыс. генов, из них приблизительно 20 тыс. кодируют белки и собственно структуру тела человека. Эпигенетика предвидит регуляцию активации и дезактивации генов через метилирование ДНК, изменение структуры гистонов, активности микроРНК и других показателей. Основными молекулярными механизмами, координирующими эпигенетические изменения, являются метилирование ДНК, модификация гистонов, микроРНК-интерференция. На сегодняшний день доказано, что ультрафиолетовое излучение и радиация через систему эпигенетического регулирования воздействуют на функции организма, показано влияние эпигенетики на развитие псориаза, атопической экземы, базальноклеточной карциномы, кожной меланомы.

А. Литус отметил, что эпигенетика является важным компонентом фенотипических вариаций как здорового состояния, так и болезни. Кроме того, вероятно, что понимание и манипулирование эпигеном имеет большой потенциал в профилактике и терапии рака кожи и воспалительных заболеваний кожи. Эпигенетическая методология позволит лучше понять роль взаимодействия среды с геном в возникновении заболевания (например инфекций и аутоиммунных заболеваний кожи), что должно привести к улучшению общественного здоровья в сфере кожных болезней.

## Дерматит Дюринга: современный взгляд на проблему



Светлана Возианова, профессор кафедры дерматовенерологии Национальной медицинской академии последипломного образования имени П.Л. Шупика, напомнила, что герпетiformный дерматит Дюринга рассматривают как хронический зудящий дерматоз, характеризующийся истинным полиморфизмом высыпаний, интенсивным зудом, жжением, отложением гранулярного IgA на вершине сосочков дермы в области базальной мембранны патологических очагов и внешне не измененной коже. Распространенность заболевания составляет 11–70 человек на 100 тыс. населения, ведущую роль в патогенезе дерматита Дюринга играет белок глютен, содержащийся в пшенице, ячмене, ржи, солоде, а также в муке, крупах, алкогольных напитках, кетчупе, майонезе, горчице. С. Возианова обратила внимание на то, что дерматит Дюринга часто развивается на фоне глютенчувствительной энтеропатии, клиническую манифестацию которой отмечают в 15–20% случаев. У этих

пациентов может быть задержка в развитии и наступлении пубертата, маленький рост, железодефицитная анемия, дефицит витамина В<sub>12</sub>, цинка, остеопороз, уменьшение массы тела. При глютенчувствительной энтеропатии возможны патология нервной системы, ассоциации данного заболевания с аутоиммунным тиреоидитом, сахарным диабетом 1-го типа, пернициозной анемией, коллагенозами (волчанка, склеродермия), витилиго, болезнью Шегрена. У больных с дерматитом Дюринга и глютенчувствительной энтеропатией могут развиваться Т-клеточные лимфомы.

Характерными клиническими проявлениями данного дерматоза является полиморфизм высыпаний (уртикарные, папуло-везикулезные, буллезные элементы), на отдельных этапах (при дебюте, в начальный период, при атипичных формах) возможны мономорфные высыпания или только зуд, атипичные проявления — ладонно-подошвенный гиперкератоз, хроническая крапивница, пруриго. Алгоритм диагностики дерматита Дюринга включает клинические проявления, исследование биоптата методом прямой иммунофлюoresценции, определение антител к трансглутаминазам, эндомизию и видоизмененному глиадину, а также определение HLA DQ2/DQ8. Обязательным является проведение дифференцированного диагноза с экземой, атопическим дерматитом, токсико-аллергическим дерматитом, линейным IgA-дерматитом, папулезной крапивницей, буллезным пемфигоидом, чесоткой. Говоря о лечении пациентов с дерматитом Дюринга, С. Возианова отметила, что строгая безглютеновая диета (от 6 мес до 2 лет) уменьшает либо полностью отменяет потребность в медикаментозном лечении у большинства пациентов. У 12–18% пациентов возможна длительная ремиссия, и этой категории больных безглютеновая диета может быть отменена.

Терапией 1-й линии является применение сульфонов, в частности диаминодифенила сульфона. Однако следует помнить, что применение данного препарата должно быть ограничено дозой, минимально необходимой для устранения сыпи (начальная доза — 100–150 мг/сут однократно, возможно повышение дозы до 300–400 мг). 2-я линия терапии — сульфапиридин 2–4 г/сут, сульфасалазин 2–4 г/сут, тетрациклин 2 г/сут + никотинамид 1,5 г/сут. Циклоспорин назначают в тяжелых, резистентных к классической терапии, случаях. Нестероидные противовоспалительные препараты противопоказаны, поскольку они отягощают течение дерматита Дюринга. Эффективность системных стероидов и антигистаминных препаратов считается низкой.

### Проблемы детской дерматовенерологии



**Валентина Волкославская**, заведующая отделом научно-аналитической работы в дерматологии и венерологии ГУ «Институт дерматологии и венерологии НАМН Украины», в своем выступлении уделила внимание проблемам детской дерматовенерологии. Она привела статистические данные, свидетельствующие о том, что заболеваемость контактным дерматитом среди детского населения в возрасте до 17 лет по Украине колебалась от 1171,9 случая на 100 тыс. населения в 2007 г. до 1281,6 — в 2017 г.

В структуре заболеваний кожи у детей лидируют инфекции кожи и подкожной клетчатки, контактный дерматит, аллергический дерматит, дерматофитозы, короста, псориаз. многими исследованиями установлено, что у детей с аллергическим и контактным дерматитом в большинстве случаев выявляют аллергические и смешанные поражения пищевого тракта, что, как правило, ассоциируется с нарушениями в составе и свойствах кишечной микрофлоры. При микробиологических нарушениях возникает снижение барьера функции кишечника, увеличивается выработка дисбиозной микрофлорой токсических субстанций (фенолов, аминов, аллергенов), нарушение пищеварения, что способствует развитию и хроническому течению аллергического дерматита, псориаза и др. В. Волкославская представила разработанный алгоритм лечения детей с хроническими дерматозами, включающий применение сорбентов,

витаминных препаратов с микроэлементами, ферментных препаратов и эмолиентов, отметив, что комплексная терапия с применением отечественных препаратов способствует улучшению состояния детей и их выздоровлению.

### Топическая терапия онихомикозов



Говоря об онихомикозе, **Марина Анфилова**, доцент кафедры кожных и венерических болезней Винницкого национального медицинского университета имени Н.И. Пирогова, отметила, что в практике дерматологов исследования на патогенные грибы, как правило, заканчиваются микроскопией препарата, и настоящая этиологическая структура заболевания при этом не всегда уточняется. Это может объяснить одну из главных причин неэффективности многих противогрибковых средств, которые часто назначают без необходимости, формируя, таким образом, в будущем резистентность к противогрибковым препаратам. Докладчик обратила внимание на то, что поражение ногтей может быть проявлением многих заболеваний внутренних органов. Изменения ногтевых пластин в большинстве случаев не являются специфичными для определенных заболеваний, и абсолютно одинаковые оникодистрофии возможны при разных заболеваниях грибковой и негрибковой этиологии.

М. Анфилова привела клинические примеры дифференциальной диагностики онихомикозов с различными заболеваниями, при которых может наблюдаться поражение ногтей. Она отметила, что эффективность терапии данного заболевания можно повысить в среднем на 15–20% при одновременном применении антимикотиков системного действия и антифungalного лака, содержащего аморольфин. Лак, в отличие от геля, пасты и раствора, создает тонкую водостойкую пленку, влияющую как лекарственное депо, которое позволяет контролировать высвобождение действующего вещества на протяжении более длительного периода. Лак для ногтей является наиболее оптимальной лекарственной формой для доставки действующего противогрибкового вещества к инфицированному ногтю.

М. Анфилова отметила, что критически важным условием эффективности местной терапии онихомикоза является возможность противогрибкового препарата проникать сквозь ногтевую пластинку непосредственно к инфекции. Так, аморольфин в форме лака для ногтей проникает в ногтевую пластинку и дифундирует сквозь нее, тем самым обеспечивая эрадикацию грибков в труднодоступном месте — ногтевом ложе. Благодаря этому терапию онихомикоза можно проводить без удаления ногтевой пластиинки, что является одним из главных преимуществ современных противогрибковых лаков.

В ряде клинических исследований показана фунгистатическая и фунгицидная активность аморольфина, его противогрибковое действие. Согласно данным метаанализа, комбинированная обработка лаком для ногтей с аморольфином и применение системных противогрибковых препаратов может привести к увеличению доли полного выздоровления при онихомикозе. Аморольфин эффективен не только в терапии пациентов с классическим онихомикозом, но и недерматофитных онихомикозов, а также в профилактике данных заболеваний.

### Наружная терапия онихомикозов



Продолжил тему терапии онихомикозов профессор **Юрий Аизятуллов**, заведующий кафедрой дерматовенерологии и косметологии Донецкого национального медицинского университета (г. Лисичанск). Он напомнил, что пораженные ногтевые пластиинки являются резервуаром микотической инфекции, которая может распространяться на гладкую кожу больного, а также способствовать заражению здоровых людей, в том числе и членов семьи. Инфицированию

ногтевой пластинки предшествует вовлечение в патологический процесс кожи, окружающей ноготь, а поражение ногтя оказывается вторичным. В ряде случаев могут поражаться только ногти без одновременного поражения кожи туловища или конечностей (описаны случаи поражения ногтей в парикмахерских, салонах красоты во время маникюра). К факторам, обуславливающим развитие онихомикоза, относят вегетососудистую дистонию, обменные и нейроэндокринные нарушения, болезни желудочно-кишечного тракта, гиповитаминос, иммунодефицитное состояние, расстройства кровообращения нижних конечностей, высокую температуру окружающей среды. Хроническое течение онихомикоза и резистентность к проводимым методам терапии делают носителя болезни на долгие годы резервуаром инфекции и источником дальнейшего распространения.

Ю. Айзятулов отметил, что при терапии онихомикоза преимущество имеет наружная терапия ввиду низкой частоты развития побочных явлений. Для возможностей местного лечения необходимо принимать во внимание тип онихомикоза и степень поражения ногтя. При выборе препарата для наружной терапии важным является его быстрое начало терапевтического действия, способность проникать в очаги поражения, длительно сохранять активность, также он должен быть удобен в применении и безопасен для всех возрастных групп пациентов. Успех наружной терапии при грибковых поражениях ногтевых пластинок зависит от выбора антимикотического препарата и метода его доставки в очаг поражения, который позволяет достичь максимального эффекта активного вещества, обеспечив его поступление в ткани ногтя в концентрациях, превышающих минимальные подавляющие для дерматофитов, дрожжевых и плесневых грибов, а также других патогенных грибов.

Программа мероприятия включила широкий спектр рассматриваемых дерматологических и венерологических вопросов, касающихся современных подходов к профилактике и терапии крапивницы, хронических дерматозов лица, акне, рака кожи, аллергического дерматита, красного плоского лишая, выпадения волос, урогенитальных микоплазм, папилломавирусной инфекции, сифилиса, опоясывающего герпеса, герпесвирусной инфекции, трихомонадной инфекции, урогенитального кандидоза и других распространенных заболеваний. Секция «Инфекции, передающиеся половым путем» была посвящена достижениям в области венерологии. Профессор Глеб Бондаренко, заведующий отделом инфекций, передающихся половым путем, ГУ «Институт дерматологии и венерологии НАМН Украины», представил доклад «Урогенитальные микоплазмы. Что диагностировать и что лечить?». В выступлении с позиций доказательной медицины рассмотрены вопросы патогенности для человека *Mycoplasma hominis*, *Ureaplasma parvum* и *Ureaplasma urealyticum*. Бессимптомное носительство этих бактерий распространено, и в большинстве случаев не ведет к развитию заболевания. *U. urealyticum* ассоциируется с уретритом у мужчин при наличии высокой бактериальной нагрузки. Рутинное тестирование, выявление и последующее антибиотикное лечение, направленное на эти бактерии, в некоторых условиях могут привести к развитию противомикробной резистентности у этих бактерий, «истинных» агентов ИППП, а также общей микробиоты и существенным экономическим издержкам для общества и отдельных лиц, в частности женщин.

Инна Никитенко, старший научный сотрудник отдела инфекций, передающихся половым путем, ГУ «Институт дермато-

логии и венерологии НАМН Украины», выступила с докладом на тему: «Сифилис — важные аспекты клиники и диагностики на современном этапе». В докладе были раскрыты современные особенности течения сифилитической инфекции, показаны ранние и поздние осложнения сифилиса. Также были раскрыты современные методы диагностики сифилиса и интерпретация результатов, полученных разными методами. Сделан акцент на необходимости широкого внедрения в клиническую практику трепонемных тестов в качестве скрининговых. Особое внимание в докладе было уделено сифилису и беременности, тактике ведения таких пациенток, а также тактике при получении ложноположительных результатах серологического обследования.

В своем выступлении Татьяна Осинская, старший научный сотрудник отдела изучения влияния эпидемии ВИЧ/СПИДа на проблему инфекций, передающихся половым путем, ГУ «Институт дерматологии и венерологии НАМН Украины», представила данные по сверхвысокой распространенности и рискам заражения ИППП и ВИЧ среди потребителей психоактивных веществ. Она отметила, что среди этой уязвимой части населения Украины почти каждый второй инфицирован ИППП и гепатитом В, каждый третий — гепатитом С, а каждый пятый — ВИЧ и герпесом. Поэтому на современном этапе тема разработки и внедрения методик диагностики, лечения и профилактики ИППП в группах риска, уязвимых в отношении заражения ВИЧ, остается весьма актуальной для научных исследований.

Заведующая лабораторией серологии ГУ «Институт дерматологии и венерологии НАМН Украины» Валентина Кутовая представила доклад, посвященный алгоритмам обследования на сифилис различных контингентов населения в Украине. В последние годы на фоне снижения общей заболеваемости сифилисом в целом по стране отмечается увеличение числа зарегистрированных случаев поздних форм сифилиса, своевременное выявление которых во многом зависит от назначения врачом специфических методов диагностики. Чувствительность нетрепонемных тестов недостаточно высока, а частота отрицательных результатов при поздних формах сифилиса варьирует от 30 до 90%, что может приводить к несвоевременному выявлению случаев данной формы инфекции. Предложен алгоритм обследования пациентов в обратной последовательности с использованием трепонемных тестов в качестве скрининговых, обладающих наибольшей диагностической эффективностью при выявлении различных форм инфекции с последующим применением нетрепонемных тестов для оценки активности заболевания у различных контингентов больных.

Юлия Щербакова, ученый секретарь ГУ «Институт дерматологии и венерологии НАМН Украины», в своем выступлении рассказала о современных подходах к лабораторной диагностике трихомонадной инфекции. Проанализированы заболеваемость данной инфекцией в Украине, микроскопические, бактериологические, молекулярно-генетические методы диагностики. В рамках конференции отдельное заседание было посвящено дерматовенерологии в разработках молодых ученых. Традиционно завершилось мероприятие подведением итогов работы и принятием резолюции.

Марина Колесник,  
фото автора