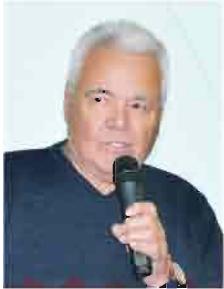


Досягнення та перспективи в сучасній дерматовенерології

21–22 листопада 2019 р. в Харкові відбулася Науково-практична конференція з міжнародною участю «Досягнення та перспективи в сучасній дерматовенерології: європейський та український досвід, взаємодія науки та практики», присвячена 95-річчю з дня заснування Державної установи (ДУ) «Інститут дерматології та венерології Національної академії медичних наук (НАМН) України» (далі — Інститут).

Привітання з ювілеєм

Під час урочистого зібрання, присвяченого 95-річчю з дня заснування Інституту, слова подяки на адресу колективу цього славетного науково-дослідного закладу пролунали від колег, які приїхали з привітаннями з різних куточків нашої країни.



Володимир Святаш, депутат, голова постійної комісії Харківської обласної ради з питань соціальної політики, охорони здоров'я, реабілітації учасників бойових дій та АТО, привітав колектив Інституту з 95-річним ювілеєм та побажав успіхів у шляхетній справі — лікуванні пацієнтів. Він висловив надію, що всі здобуті знання, сила та вміння будуть спрямовані на те, щоб українська нація з кожним роком ставала здоровішою.



Професор **Юрій Антипкін**, академік-секретар відділення клінічної медицини НАМН України, директор ДУ «Інститут педіатрії, акушерства та гінекології імені академіка О.М. Лук'янової НАМН України», зазначив, що ювілей Інституту святкує не тільки Харків, а й уся Україна. НАМН України пишається вагомими здобутками і результатами діяльності Інституту, який робить значний внесок не лише у вітчизняну, але й у світову дерматовенерологію.

Ю. Антипкін підкреслив, що Інститут славиться не лише в Харківському регіоні, хворі з усіх куточків України можуть бути госпіталізовані й отримати високоякісну допомогу в цьому закладі. На сьогодні Інститут має стратегію своєї подальшої діяльності на найближчі роки, і якщо вона буде реалізована, то, на думку Ю. Антипкина, вітчизняна і світова дерматовенерологія отримає новий поступ у своїй практичній та науковій діяльності.

Світлана Горбунова-Рубан, заступник Харківського міського голови з питань охорони здоров'я і соціального захисту населення, привітала колектив Інституту з 95-річним ювілеєм, зазначивши, що заклади охорони здоров'я Харкова активно співпрацюють із фахівцями Інституту і завжди отримують професійні консультації. Вона побажала ювілярам розвитку і процвітання, комфортного існування щодо умов праці і досліджень, які проводяться, а також великої поваги від держави і пацієнтів.



Альона Благовещенська, голова Обласного комітету Харківської обласної організації профспілки працівників охорони здоров'я України, підкреслила, що Інститут — це установа, яка може бути прикладом єдиного медичного простору в Харківській області та в Україні, оскільки розробки фахівців впливають на всю дерматовенерологічну і венерологічну службу нашої країни. Вона зазначила, що історію творять люди, і за датою 95 років стоїть робота всіх людей, які працювали, працюють і працюватимуть в Інституті. Це люди, які щоденно віддають

себе, своє вміння, свій досвід на благо здоров'я і життя пацієнтів та нашої країни. А. Благовещенська висловила подяку співробітникам Інституту, побажала розвитку установі, відкриття нових горизонтів і досягнень, а також обов'язкового втілення їх у практику.

Зі словами привітання звернувся професор **Віктор Степаненко**, президент Української асоціації лікарів дерматовенерологів і косметологів, завідувач кафедри дерматології та венерології Національного медичного університету імені О.О. Богомольця. Він зауважив, що з часу заснування Інституту був і залишається провідним організаційно-методичним і навчально-практичним закладом дерматовенерологічної служби України, знаний своїми досягненнями як на теренах колишнього Радянського Союзу, так і далекого зарубіжжя. Інститут є провідником і він має бути збережений. Крім того, враховуючи медико-соціальну значимість дерматології, яка, крім хронічних дерматозів, включає епідемічно значиму, інфекційну, заразну патологію шкіри (майже 80% усієї інфекційної патології людини), має бути збереженим диспансерний метод надання дерматовенерологічної допомоги.

В. Степаненко побажав колективу Інституту міцного здоров'я та нових творчих здобутків.

До привітань на адресу ювілярів долучилися також колеги із науково-дослідних установ — Інституту кріобіології і кріомедицини Національної академії наук України, ДУ «Національний інститут терапії імені академіка Л.Т. Малої НАМН України», ДУ «Інститут охорони здоров'я дітей та підлітків НАМН України», ДУ «Інститут неврології, психіатрії і наркології НАМН України», ДУ «Інститут дерматології і венерології НАМН України», ДУ «Інститут медичної радіології імені С.П. Григор'єва НАМН України», ДУ «Інститут патології хребта та суглобів імені професора М.І. Ситенка НАМН України».

Під час святкової частини заходу колектив Інституту та його співробітники отримали почесні грамоти та подяки Харківської обласної та міської ради, НАМН України, Харківської обласної організації профспілки працівників охорони здоров'я України, адміністрації Київського району Харківської міської ради. Також керівник Інституту Я.Ф. Кутасевич була нагороджена орденом «Слобожанська слава».

Досягнення та перспективи Інституту



Професор **Яніна Кутасевич**, директор Інституту, ознайомила слухачів із 95-річною історією закладу, зазначивши, що всі ці роки Інститут залишався організаційно-методичним центром щодо забезпечення епідеміологічного благополуччя нашої країни, а також лікувально-діагностичним центром стосовно тяжких та поширених дерматозів. У різні роки Інститут очолювали відомі вітчизняні вчені і талановиті педагоги — О.М. Федоровський, О.М. Кричевський, Б.А. Задорожний, О.І. П'ятикоп, І.І. Мавров, Г.І. Мавров, кожен з яких зробив свій внесок у розвиток вітчизняної дерматовенерології. На сьогодні Інститут має чималий творчий потенціал, який базується та підтримується традиціями, діяльністю наукових шкіл, високим професіоналізмом наукових співробітників та клініцистів.

Я. Кутасевич підкреслила, що Інститут — єдина в Україні наукова установа дерматовенерологічного профілю. Особлива увага приділяється вивченню соціально-епідеміологічних та медико-біологічних чинників, що спричиняють виникнення і поширення інфекцій, що передаються статевим шляхом (ІПСШ), вивченню особливостей біологічних збудників та молекулярних основ патогенезу венеричних інфекцій та дерматозів, розробленню зовнішніх лікарських засобів для лікування мікозів шкіри та оніхомікозів, паразитарних, гнійних захворювань, корекції біоценозу шкіри тощо. Спільно з Державним науковим центром лікарських засобів розроблено понад 50 препаратів зовнішньої дії, що на сьогодні становить близько 85% цієї групи, які випускаються вітчизняною фармацевтичною промисловістю.

Інститут є провідною науковою установою в галузі дерматології та венерології, яка має свою школу вчених світового рівня. За останні 10 років одержано 53 патенти, 5 авторських прав на твір, надруковано 2 настанови для лікарів, 2 підручники, 8 монографій, 2 атласи, 10 навчальних посібників, 4 довідники, видано 370 статей у вітчизняних та 27 — у закордонних наукових журналах. Установам охорони здоров'я передано для впровадження у практику 18 методичних рекомендацій, 6 інформаційних листів, значну кількість нововведень.

Я. Кутасевич зазначила, що проблема захворюваності на сифіліс в Україні має суттєве значення. За останні роки країна зіткнулася із труднощами, пов'язаними із соціальною нестабільністю та воєнними діями, великою кількістю внутрішніх мігрантів, військовослужбовців, учасників бойових дій, які були надовго відірвані від сімей, що створює підґрунтя для зростання захворюваності на ІПСШ, зокрема сифіліс. При цьому наявні суттєві недоліки в реєстрації та обліку цих хворих. Водночас відзначається зріст пізніх та неуточнених форм сифілісу, нейросифілісу.

Україна підтримує Ініціативу Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) щодо елімінації передачі від матері до дитини ВІЛ та сифілісу, довгострокової глобальної цілі щодо унеможливлення нових випадків цих захворювань серед дітей до 2030 р. У зв'язку з цим важливо сьогодні провести епідеміологічні дослідження сифілітичної інфекції серед окремих соціально значущих, уразливих щодо зараження сифілісом та іншими ІПСШ категорій осіб, розробити систему протидії передачі сифілітичної інфекції від матері до дитини шляхом удосконалення заходів із профілактики сифілісу серед вагітних, впровадити розроблені методичні рекомендації, які містять відомості про сучасні методи діагностики сифілісу, алгоритм їх застосування в умовах реформування охорони здоров'я.

На сьогодні вивчається вплив трихомоніази, зокрема дістало подальшого розвитку уявлення про можливість інфікування *Trichomonas vaginalis* (*T. vaginalis*) навколоплідних вод та амніотичних оболонок висхідним шляхом із формуванням патоморфологічної картини хоріоамніоніту, що робить можливим антенатальне інфікування плода. Методами генної інженерії отримано штам *Escherichia coli* pRSET/TP-PORIN — продуцент рекомбінантного білка зовнішньої мембрани *Treponema pallidum*, який може бути використаний для конструювання діагностичних тестових систем. Удосконалено антиген для скринінгового обстеження на сифіліс.

Я. Кутасевич звернула увагу на те, що з 2008 р. зменшилася кількість дерматовенерологічних диспансерів (на 33,3%), ліжок, в тому числі для дітей, дерматовенерологічних кабінетів. В умовах реформування охорони здоров'я виявлення хворих на шкірні

та венеричні хвороби покладено на лікарів сімейної практики, які, на думку доповідачки, не можуть в повному обсязі забезпечити потребу населення в цій допомозі й надати якісну дерматовенерологічну допомогу.

В Інституті проведені дослідження гістоморфологічних змін у шкірі хворих, які одержували системні ретиноїди, розроблені дерматоскопічні ознаки дерматомікозів тощо. Психосоматичний підхід визначає необхідність вивчення психоемоційних розладів при захворюваннях шкіри, застосування психокоригувальних методів у лікуванні при дерматозах. Перспективним є розроблення лікарських препаратів з урахуванням попередньо встановленого алгоритму лікування, що враховує особливості перебігу захворювання.

При реформуванні дерматовенерологічної служби, на думку Я. Кутасевич, важливо удосконалити нормативно-правову базу роботи галузі (в тому числі й питання позабюджетного фінансування), зберегти диспансерний метод роботи, оптимізувати використання ліжкового фонду, домогтися впровадження державних програм застосування імунобіологічної терапії, розробити заходи щодо запобігання поширенню сифілісу (особливо його вертикальної передачі), відновити систему серологічного обстеження хворих.

Демодекоз та інші акнеподібні дерматози

Професор В. Степаненко у своєму виступі зауважив, що демодекоз, розацеа, періоральний дерматит займають провідне за поширеністю місце, хоча їх етіопатогенез досі не повністю вивчений, обговорюється питання про важливу роль кліщів-демодецидів у розвитку цих захворювань. Він зазначив, що дискусійність етіопатогенезу переростає в дискусійність класифікації клінічних форм цих дерматозів. Зокрема, як при демодекозі, так і при розацеа і періоральному дерматиті виділяють 4 форми (еритематозна, папульозна, пустульозна, змішана). У зв'язку з цим нерідко єдиним диференційно-діагностичним критерієм є мікроскопічне виявлення кліщів-демодецидів, однак і при їх виявленні немає загальноприйнятого діагностичного критерію. Зокрема, запропоновано враховувати кількісні показники кліщів як визначального діагностичного критерію. Так, ряд дослідників пропонують вважати кількість кліщів на ділянці ураженої шкіри, площа якої становить 1 см (виявлення паразитів у кількості >5 осіб на цій ділянці рекомендується вважати визначальним критерієм для діагнозу «демодекоз»). Інші пропонують враховувати кількість особин у структурі одного волоссяного фолікула в ділянці ураження на обличчі, причому виявлення ≥10 паразитів є критерієм для встановлення діагнозу «демодекоз».

В. Степаненко підкреслив, що багаторічний клінічний досвід вказує на те, що при розробленні тактики комплексної терапії та обстеження хворих на розацеа, демодекоз і періоральний дерматит є необхідним проведення антипаразитарної акарацидної терапії всім пацієнтам, у яких діагностовано кліщі-демодециди, незалежно від кількості цих паразитів, виявлених на певній ділянці на шкірі обличчя. В останні десятиліття в лікуванні у разі паразитарних захворювань набули поширеності піретрини, які впливають на нервову систему кліщів, спричиняючи спочатку параліч, а потім — їх загибель.

Паралельно з місцевим антипаразитарним лікуванням хворим на папулопустульозну форму розацеа, демодекоз і періоральний дерматит рекомендується системна антибактеріальна терапія (антибіотики тетрациклінового ряду та макроліти). Курс лікування має бути довготривалим — до 12 тиж. Доцільним також є призначення імунокоректорів та біостимуляторів. Для усунення судинних реакцій ангіоневрозу застосовуються судинорозширювальні та покращуючі мікроциркуляцію засоби (пентоксифілін). Розгляд даних щодо станів та віку хворих на розацеа і демодекоз, періоральний дерматит потребує уваги в аспекті гормонального забезпечення організму жінок та чоловіків статевими гормонами, зокрема андрогенами та естрогенами, з урахуванням значення порушення балансу цих гормонів в патогенезі дерматозів.

В. Степаненко підкреслив, що відсутність у дослідному матеріалі кліщів відразу після проведення антипаразитарної терапії не може слугувати достовірним критерієм повної ерадикації цих паразитів. Доповідач зазначив, що одним із провідних чинників розвитку рецидивів розацеа, демодекозу і періорального дерматиту є неповноцінність проведення антипаразитарної терапії. Кліщі-демодециди, які загинули при застосуванні такої терапії, в подальшому у весняну та літню пору активізують свою діяльність,



у свою чергу, активізація біологічного циклу кліщів спричиняє розвиток запального процесу. З урахуванням цього пропонується проведення антирецидивної антипаразитарної терапії — проведення терапевтичних заходів, спрямованих на активізацію життєдіяльності кліщів, та зсуву їх репродуктивного циклу в бік неприродних для цих паразитів сезонів із подальшим призначенням антипаразитарних засобів. Рекомендовано проводити лікування у два етапи. Зокрема, перший етап передбачав у зимовий період застосування комплексних місцевих заходів, спрямованих на короткочасну активізацію репродуктивної спроможності самок кліщів-демодецидів щодо завершення їх природного біологічного циклу (відкладання яєць), після чого вони гинули. Другий етап полягав у застосуванні місцевих антипаразитарних засобів, спрямованих на ерадикацію відкладених самками кліщів-демодецидів яєць та недозрілих особин. У зимовий сезон на першому етапі пацієнтам проводився один або два сеанси ультрафіолетового опромінення шкіри, після цього рекомендували змащення шкіри гелем зі вмістом тестостерону або андрогенів 1 раз на день протягом 2–3 днів. Другий етап передбачав застосування антипаразитарних засобів (курс лікування — 18–20 днів) та змащування краю очей гелем зі вмістом колоїдного розчину срібла впродовж 18–20 днів.

Мікробний пейзаж шкіри при хронічних дерматозах



Говорячи про мікробний пейзаж шкіри, **Лідія Калюжна**, професор кафедри дерматовенерології Національної медичної академії післядипломної освіти (НМАПО) імені П. Л. Шупика, зазначила, що на поверхні шкіри живе понад 500 видів мікроорганізмів, які здійснюють імунний захист шкіри, підтримують рівень її кислотності, антиоксидантну активність. На мікробіом шкіри можуть впливати вік, стать, антибактеріальна терапія, часті мивання, протизапальна

топічна терапія, стрес, порушення кератинізації тощо.

Більшість захворювань шкіри пов'язані зі змінами мікробіоти (дисбіоз), які реалізуються звичайними коменсальними видами при акне, екземі, atopічному дерматиті, виразці тощо. Мікробні агенти, зокрема *Staphylococcus aureus* (*S. aureus*) колонізують біля 90% уражень шкіри при atopічному дерматиті. Чутливість до *S. aureus* залежить не лише від дефективного шкірного бар'єра, але й від значно нижчої експресії антимікробних пептидів. Схильність до інфікування шкіри хворих atopічним дерматитом викликана зменшенням кількості та функцій циркулюючих CD8-цитотоксичних Е-клітин, нижчою активністю природних кілерів. Патогенну роль при atopічному дерматиті мають ІgЕ-опосередковані реакції до стафілококових антигенів і мікробів.

Л. Калюжна зазначила, що застосування емолієнтів без підтримувальної протизапальної терапії призводить до ризику дисемінації бактеріальної або вірусної інфекції. Саме тому необхідно робити перерви у призначенні цих препаратів, при цьому обов'язково звертати увагу на бактеріальну флору. Метою зовнішньої терапії є усунення ознак запалення шкіри і пов'язаних цим симптомів, патогенетично значимих бактеріальних, грибових, вірусних інфекцій шкіри, оновлення ушкодженого епітелію.

Доповідачка підкреслила, що одна із істотних причин інфікування шкіри у хворих atopічним дерматитом — дефіцит антимікробних пептидів в шкірі, необхідних для захисту організму проти бактерій, вірусів, грибів. Важливо правильно розподілити при догляді за шкірою хворих atopічним дерматитом місце і час застосування топічних кортикостероїдів, топічних імуномодуляторів, зволожуючих кремів, антибактеріальних засобів. Обов'язково потрібно розповісти хворим про навички купання і виключити з алгоритму лікування гомеопатичні засоби та біологічні добавки. Для atopічного дерматиту цілком обґрунтованим є застосування топічного стероїду в комбінації з гентаміцином.

В останні роки з'явилися роботи, які свідчать про те, що *Propionibacterium acnes* (*P. acnes*) обмежує колонізацію *S. aureus* і *Streptococcus pyogenes* (*S. pyogenes*), підвищуючи кислотність у фолікулі шляхом підвищення кислотності при гідролізі триглице-

ридів сала і секреції пропіонової кислоти. Встановлено, що *P. acnes* виробляють білок RoxP (запобігає окисному стресу), за участю якого реалізується своєрідний захисний механізм від виникнення деяких захворювань шкіри, зокрема псоріазу, екземи, atopічного дерматиту.

Дерматози, ускладнені вторинним інфікуванням: тактика ведення хворих



Марина Анфілова, доцент кафедри шкірних та венеричних хвороб Вінницького національного медичного університету імені М.І. Пирогова, зауважила, що при лікуванні алергодерматозів на фоні тривалого застосування топічних кортикостероїдів часто розвивається вторинне інфікування. При алергодерматозі порушується бар'єрна функція шкіри, часті механічні подразнення спричиняють утворення мікротріщин. При atopічному дерматиті відбувається патогенетичне пригнічення місцевого імунітету шкіри, це захворювання часто ускладнюється бактеріальною інфекцією (у 80–90% випадків зі шкіри пацієнтів з atopічним дерматитом висівається *S. aureus*). При дослідженні бактеріальних посівів із контейнерів, туб емолієнтів і мазей у 53% випадків висівається бактеріальна флора, 25% — *S. aureus*, 65% — штам *S. aureus*, що висівається з носової порожнини батьків дитини з atopічним дерматитом.

Відповідно до рекомендацій ВООЗ, нормалізація стану мікробіоценозу шкіри відіграє ключову роль у корекції патологічних процесів у пацієнтів із різними формами екземи та atopічним дерматитом. На думку доповідачки, найоптимальнішим у лікуванні алергодерматозів є застосування комбінованих препаратів із протизапальною, антибактеріальною та антимікотичною дією. Вже через 3 дні застосування комбінованого препарату бетаметазону дипропіонат + гентаміцину сульфат + клотримазол спостерігалось значне зменшення вираженості еритеми та набряку, на 5-й день індекс SCORAD був у 13 разів нижчий порівняно з відповідними показниками до лікування, на 10-й день від початку терапії у більшості пацієнтів настала клінічна ремісія. Значне зменшення вираженості свербіжних спостерігалось вже на 3-й день, а в динаміці застосування цього препарату значно зменшувалась кількість екскоріацій.

М. Анфілова звернула увагу на те, що у пацієнтів з алергодерматозом досить часто виявляють оніхомікози, розвивається мітотична сенситизація, саме тому коригування вогнища хронічної інфекції є вкрай необхідним. Проведене дослідження, в якому порівнювали клінічну ефективність препаратів для лікування дистально-латеральних оніхомікозів (лак, розчин), показало, що застосування лаку аморольфін порівняно із розчином нафтизину гідрохлориду асоціювалося з вищою клінічною ефективністю, вищим рівнем мітотичної санації та нижчою частотою побічних ефектів у процесі лікування.

Особливості сучасної дерматовенерології

Професор **Олександр Літус**, завідувач кафедри дерматовенерології НМАПО імені П.Л. Шупика, у своєму виступі звернув увагу слухачів на те, що з кожним роком з появою і розвитком



нових інформаційних технологій змінюються не лише підходи в лікуванні при дерматовенерологічних захворюваннях, а й сама їх концепція. За його словами сьогодення дерматологія — це дерматологія глибокого молекулярного розуміння процесів і можливостей, які є у світі, це скрін-код сучасного бачення того чи іншого захворювання.

На сьогодні активно проводяться епігенетичні дослідження, розробляються і використовуються в лікуванні при дерматологічних захворюваннях біологічні препарати, впроваджуються телемедичні послуги, розвиваються нанотехнології тощо. Високотерапевтичні опції (підбір відповідного лікування, моніторинг відповіді на терапію, оптимізація лікування) в комбінації з підходом лікування для досягнення мети є основою для оптимізації довготривалої якості життя, пов'язаної з лікуванням. На думку доповідача, ефективний контроль захворювання при застосуванні сучасних терапевтичних опцій можливий.

О. Літус підкреслив, що кожен лікар-дерматовенеролог повинен правильно розуміти маршрут пацієнта для надання йому якісної медичної допомоги. Спеціалісту потрібно визначитися з окремим напрямом діяльності (знайти своє місце в дерматовенерології) і стати в ньому найкращим.

Рідкісні генетичні захворювання шкіри

Професор **Олег Калівідзе**, заступник директора Національного науково-дослідного центру дерматології та венерології, керівник Грузинського фонду генетичних і рідкісних захворювань (Грузія), у своїй доповіді приділив увагу рідкісним генетичним захворюванням шкіри, до яких, зокрема, відносять епітеліальну адгезію, порушення кератинізації, ектодермальні дисплазії, захворювання сполучної тканини, порушення відновлення DNA тощо.

Порушення кератинізації — велика і гетерогенна група порушень зроговіння, в основному іхтіозів, більшість з яких геннодетерміновані. Зазвичай аномалії шкіри з'являються з народження, у пацієнтів розвивається велике, часто генералізоване почервоніння шкіри з лущенням, можуть бути приєднані й інші органи. Більша частина іхтіозів є рідкісними захворюваннями, спричиненими мутаціями в одному гені (моногенні порушення), вони передаються аутосомно-домінантним, рецесивним або рецесивним Х-зчепленим способом.

До порушення відновлення DNA відносять чотири генетичних порушення шкіри (пігментна ксеродерма, синдром Коккейна, трихотрихострофія, синдром гіперчутливості до ультрафіолету), які визначаються нездатністю клітин усунути ушкодження у клітинній ДНК, яка викликана ультрафіолетовим спектром сонячного світла. Внаслідок цього пацієнти з будь-яким з цих розладів мають гіперчутливість до сонячного світла, але можуть відрізнятися сукупністю додаткових функцій.

Говорячи про захворювання сполучної тканини, доповідач зазначив, що спадкові захворювання сполучної тканини викликані мутаціями в генах, які відповідальні за синтез різних компонентів глікопротеїну, а також в генах, які беруть участь у ферментативних модифікаціях цих глікопротеїнів, або в генах, які відіграють роль в організації чи гомеостазі позаклітинного матриксу.

Ектодермальна дисплазія характеризується наявністю станів, виявлених при народженні або одразу після нього, при яких ≥ 2 ектодермальних структур організму (наприклад волосся, зуби, нігті) не можуть розвиватися чи правильно рости (дисплазія).



О. Калівідзе підкреслив, що кожному пацієнту з рідкісними генетичними захворюваннями обов'язково потрібно знати свій діагноз для того, щоб була можливість взяти участь у клінічних та наукових дослідженнях, отримати підтримку світового пацієнтського товариства. Адже кожен новий верифікований випадок того чи іншого рідкісного захворювання сприяє досягненню мети забезпечення доступності лікування пацієнтів із цими захворюваннями.

Пізнє акне: особливості менеджменту

Світлана Возіанова, професор кафедри дерматовенерології НМАПО імені П.Л. Шупика, нагадала, що пізнє акне (аспе tarda) — це наявність висипу після 25 років (висип, що персистує або рецидивує від юнацьких акне, або висип, що вперше з'являється у віці старше 25 років). У патогенезі цього захворювання важливу роль відіграє генетичний фактор (у 57% випадків виявляється спадковість), периферична гіперандрогенія, розлади вродженого імунітету. Виділяють три клінічні профілі пізніх акне: переважно дифузний ретенційний висип (гіперсеборея з чисельними закритими мікрокомедонами), переважно дифузний запальний висип (папулопустульозний), більш глибокі запальні елементи (вузли, кісти) у нижній третині обличчя, ділянці нижньої щелепи, шиї.

Доповідачка звернула увагу на те, що у жінок клінічний процес при пізніх акне відрізняється від чоловіків. Так, у жінок запальні елементи (папули, пустули, вузли) частіше маніфестують на шкірі нижньої третини обличчя та шиї, ретенційні елементи представлені переважно закритими мікрокомедонами. Зазвичай акне розвиваються на фоні різних ендокринопатій (гіперандрогенія, гірсутизм, гіпотиреоз тощо), частіше рееструють легкі та середньотяжкі форми, захворювання може бути резистентним до терапії, шкіра пацієнок із пізніми акне більш схильна до подразнення при топічному лікуванні. У жінок найчастішими клінічними проявами є еритема, гіперсеборея, локалізація на тулубі, висип у вигляді вузлів, також притаманне рубцювання та постзапальна пігментація. У чоловіків пізнє акне персистують з юнацьких акне, характерна наявність супутніх захворювань, зокрема патології шлунково-кишкового тракту (гепатит), рееструються тяжкі форми та перебіг захворювання, частіше вражається плечовий пояс, спина, волосиста ділянка голови. У чоловіків частіше, ніж у жінок, розвиваються інверсні акне, підривний та абсцедуючий перифолікуліт Хофмана.

Слід пам'ятати, що акне можуть бути не тільки монозахворюваннями, але й проявом багатьох інших патологій, наприклад синдрому полікістозу яєчників, HAIR-AN-синдрому, SANA-синдрому тощо.

С. Возіанова зазначила, що при терапії пізніх акне використовують топічні ретиноїди, адапален (немає доказової бази системної абсорбції, проте рекомендовано уникати в період вагітності), 15–20% азелаїнова кислота, бензоїлпероксид, комбіновані топічні препарати. При виборі препаратів слід уникати топічних антибіотиків (можливий розвиток дисбіозу та резистентності), бажано наносити препарат ввечері, вранці — зволожувальний крем для відновлення епідермального бар'єру, препарат наносять на все обличчя, а не лише на запальні елементи. При ретенційному типі висипу рекомендована традиційна терапія (топічні ретиноїди, азелаїнова кислота, бензоїлпероксид) та ад'ювантна терапія (поверхневі хімічні пілінги, механічні косметичні процедури, фізичне видалення або термокоагуляція). При запальному типі висипу (легкі — середньотяжкі акне) до топічної терапії додаються пероральні антиандрогени або контрацептиви, за необхідності — системні антибіотики (доксидцилін). При тяжких акне показаний системний ізотретиноїд, комбінована терапія (гормональна терапія з антибіотиками та бензоїлпероксид).

Під час роботи Конференції особливу увагу було приділено сучасним можливостям лікування у разі онхіомікозів, атопічного дерматиту, пухирчатки Хейлі — Хейлі — Гужеро, акне, рожевих вузлів, псоріазу, захворювань придатків шкіри, хронічних дерматозів, кропив'янки, червоного плоского лишая. Окреме засідання було присвячене інноваційним методам діагностики і терапії при ІПСШ. У рамках Конференції також проведено секційне засідання «Дерматовенерологія в розробках молодих вчених». Традиційно захід завершився підбиттям підсумків і прийняттям резолюції.

Марина Колесник,
фото автора