



Евро-Азиатская Ассоциация  
Дерматовенерологов

**2-3 июня в г. Одессе состоялся III Международный конгресс Евро-Азиатской ассоциации дерматовенерологов, собравший ведущих украинских экспертов и их зарубежных коллег для обмена опытом и обсуждения наиболее актуальных вопросов клинической дерматологии, дерматоонкологии, дерматохирургии, дерматокосметологии, детской дерматологии и генетических заболеваний кожи.**

В рамках прошедшего мероприятия компанией «ГлаксоСмитКляйн» было организовано несколько сателлитных симпозиумов, первый из которых, проведенный в день открытия конгресса, был посвящен атопическому дерматиту (АД).



Научную часть заседания открыла главный внештатный специалист МЗ Украины по специальности «Детская дерматовенерология», заведующая кафедрой дерматовенерологии Национальной медицинской академии последипломного образования им. П.Л. Шупика (г. Киев), доктор медицинских наук, профессор Лидия Денисовна Калужная докладом, посвященным актуальным аспектам длительного контроля АД.

— За последние годы отечественной дерматовенерологической службой проведена огромная работа по разработке и внедрению в лечебную практику стандартизованных подходов к оказанию медицинской помощи больным АД. В частности, сегодня активно реализуется программа по созданию унифицированных клинических рекомендаций, регламентирующих объемы и сроки оказания лечебно-диагностической помощи населению на различных этапах; ведется поиск ресурсного обеспечения и разрабатывается система контроля качества предоставляемых медицинских услуг.

Основные положения рекомендаций посвящены последовательному алгоритму терапии АД, особенностям элиминационного режима и ухода за кожей пациентов, аспектам местного, системного и физиотерапевтического лечения, а также профилактическим мероприятиям. Интересно отметить, что недавние исследования, проведенные среди детей с атопической экземой (АЭ), связанной с аллергией на молоко, показали, что интенсивность и длительность высыпаний на коже, а также субъективные симптомы значительно быстрее купируются в тех случаях, когда в элиминационной диете содержится культура *Lactobacillus rhamnosus GG*. В целом на текущий момент с дисфункцией иммунной системы связывают гиперчувствительность кожи к ряду иммунных стимулов (особенно атопенов) и снижение резистентности кожного барьера к патогенной и условно-патогенной флоре, что обязательно необходимо учитывать в терапии АД.

В соответствии с последними европейскими рекомендациями АЭ определяется как воспалительное, зудящее, хроническое или рецидивирующее заболевание кожи, часто проявляющееся в семье, у членов которой имеют место другие атопические состояния (бронхиальная астма и/или аллергический риноконъюнктивит). В патогенезе АД ведущую роль отводят иммунным нарушениям, дефициту барьерной функции кожи, приводящему к ненормальному липидному метаболизму и/или эпидермальному строению протеина (мутация филагтрина, дефицит ингибитора протеаз). Весомое значение также имеют изменение микробной колонизации, характеризующееся усилением роста патогенных организмов (*S. aureus* или *Malassezia furfur*) с последующим увеличением чувствительности к инфекциям кожи, и сильное психосоматическое влияние с дисбалансом в автономной нервной системе и последовательным увеличением медиаторов в различных воспалительных клетках.

Согласно европейскому руководству по диагностике и лечению АЭ ведение пациентов с АД предусматривает использование базисной, местной и системной терапии, а также методов дополнительного и альтернативного лечения. В частности, могут применяться аллергенспецифическая иммунотерапия, комбинированная и альтернативная терапия, фототерапия, системное иммуносупрессивное лечение, биологические препараты. Доказано, что

# Современная дерматология

По итогам III Международного конгресса Евро-Азиатской

дополнительными факторами риска АД выступают нарушение вскармливания на первом году жизни, ненадлежащее качество и режим питания, персистирующая микстинфекция, длительная медикаментозная терапия, профилактические прививки, психотравмирующие ситуации в семье и школе, отсутствие контакта между врачом и семьей ребенка, неправильная оценка родителями состояния ребенка, самолечение.

Современная местная терапия АД призвана устранять признаки воспаления кожи и связанные с ним симптомы, купировать патогенетически значимые бактериальные, грибковые, вирусные инфекции кожи, создавать оптимальные условия для обновления поврежденного эпителия. Ведущая роль в такой терапии АД принадлежит топическим глюкокортикостероидам (ТГКС), одним из представителей которых является препарат Кутивейт (флютиказона пропионат) производства компании «ГлаксоСмитКляйн».

В 2002 г. Hanifin и соавт. опубликовали результаты рандомизированного двойного слепого клинического сравнительного исследования, в ходе которого 348 больным АД на протяжении 20 нед наносили 0,05% крема флютиказона или плацебо. Оказалось, что на фоне применения ТГКС рецидив заболевания наступал в 7,7 раза реже, чем при использовании плацебо. Нежелательных явлений, таких как истончение или атрофия кожи, зарегистрировано не было. В целом клинические наблюдения показывают низкий уровень системных и локальных осложнений при местном применении флютиказона пропионата. Даже в группе трудно поддающихся лечению детей с АД нанесение крема флютиказона пропионата на лицо, веки и складки было эффективным и безопасным (Н.С. Korting et al., 2011). Безопасность 0,05% крема флютиказона у детей в возрасте 3 мес и старше подтверждается также результатами работы S.F. Friedlander и соавт. (2002).

В свою очередь, результаты ряда многоцентровых исследований свидетельствуют об эффективности такролимуса, флютиказона пропионата и метилпреднизолона ацелоната, назначаемых в качестве проактивной терапии, в предупреждении развития обострений АД (J. Schmitt et al., 2010). Главными задачами поддерживающего проактивного лечения являются предотвращение обострений и достижение контроля субклинического воспаления. Доказано, что применение крема Кутивейт в сочетании с эмолянтами в проактивном режиме терапии существенно уменьшает риск рецидива в сравнении с использованием мази в комбинации с эмолянтами. Кроме того, было показано, что монотерапия Кутивейтом снижает уровень колонизации *S. aureus* у пациентов с АД. Таким образом, крем Кутивейт может быть рекомендован в качестве препарата выбора для наружной терапии АД и профилактики его рецидивов.



Директор Института дерматологии и венерологии НАМН Украины (г. Харьков), доктор медицинских наук, профессор Янина Францевна Кутасевич представила доклад, касающийся терапии инфекционных осложнений хронических дерматозов.

— Основными причинами, ведущими к развитию бактериальных инфекций кожи, являются нарушение целостности и функции кожного барьера, особенности биоценоза кожи, формирующиеся на фоне различных дерматозов, снижение активности иммунных реакций, сахарный диабет, тяжелые соматические заболевания, детский и пожилой возраст. Проведенные исследования указывают на то, что микрофлора кожи у больных экземой существенно отличается от микробиоценоза кожи здоровых лиц как качественно, так и количественно. Что касается детей, бактериальные осложнения дерматозов у них формируются значительно легче за счет особенностей морфофункционального строения кожного барьера в детском возрасте.

Лечение бактериальных инфекций кожных покровов осложняется недостаточной систематизированностью подходов к терапии, в том числе отсутствием рекомендаций по ведению пациентов с вторично инфицированными поражениями, а также применением устаревших терапевтических методик. В частности, сегодня уже не вызывает сомнения тот факт, что использование традиционных комбинаций (ТГКС + антибиотик) сопряжено с риском развития местных и системных побочных эффектов.

Согласно накопленным данным, при АД 90% пораженных участков кожи колонизированы золотистым стафилококком, что послужило основой для активного применения с 1980-х гг. комбинированных препаратов на основе ТГКС и антибиотиков. В то же время Кокрановский обзор (Birnie et al., 2010) убедительно продемонстрировал отсутствие у комбинированных средств преимуществ перед монотерапией ТГКС. Таким образом, в рекомендациях Европейского дерматологического форума (2011) указывается на необходимость использования новых стероидов с высоким профилем безопасности и топических ингибиторов кальциневрина (ТИК), а также коротких курсов топических или системных антибиотиков при формировании инфекционных осложнений дерматозов.

Местная терапия АД направлена на подавление признаков воспаления кожи и связанных с ним основных симптомов заболевания в острой (гиперемия, отек, зуд) и хронической (лихенификация, зуд) фазах болезни, устранение сухости кожи, профилактику и купирование вторичного инфицирования пораженных участков, восстановление поврежденного эпителия и улучшение барьерных функций кожного покрова. Для решения этих задач используются ТГКС, препараты, содержащие ингибиторы провоспалительных цитокинов, антисептики, антибиотики, противогрибковые и антигистаминные средства, кератолитические, кератопластические и увлажняющие компоненты, а также комбинированные препараты.

Несмотря на то что фиксированные комбинации ТГКС + антибиотик более удобны в применении, предпочтительнее использовать указанные лекарственные средства в виде монопрепаратов. Это позволяет придерживаться патогенетического подхода к лечению бактериальных осложнений, применять современные медикаментозные средства, а также составлять корректный курс терапии основного заболевания и его осложнений. В подобных случаях высокоэффективной и безопасной оказывается лечебная схема, основанная на применении препаратов Кутивейт (1 р/вечером) и Бактробан (2-3 р/день).

Активным началом Бактробана является мупироцин — антибиотик, обладающий рядом отличительных особенностей. Механизм действия Мупироцина заключается в подавлении синтеза бактериальных протеиназ. Мупироцин не имеет перекрестной резистентности, демонстрирует высокую активность по отношению к стафилококкам, более эффективен против стрептококков в сравнении с гентамицином, бацитрацином и фузидиевой кислотой, обладает минимальным влиянием на нормальную флору. Бактробан доступен в форме 2% крема и 2% мази, последняя наряду с прямым антибактериальным действием оказывает осмотический и абсорбирующий эффекты.

Эффективность и переносимость Бактробана подтверждаются результатами нашего наблюдения, в котором приняли участие пациенты с тяжелыми формами АД и повышенным риском развития инфекционных осложнений со стороны кожных покровов, длительно получавшие иммуносупрессивную терапию. В ходе исследования было установлено, что в изучаемой группе больных стафилококковая микрофлора является не только наиболее представленным компонентом микроценоза кожи, но и может принимать участие в развитии и утяжелении основного патологического процесса. Это подтверждается увеличением степени общего микробного обсеменения кожи (до  $10^7$  КОЕ/мл) и вытеснением нормальной микрофлоры более агрессивными штаммами с увеличением их доли до 22,7% (для *S. aureus*) и 15,9% (для *S. haemolyticus*). Наружное лечение препаратом Бактробан способствовало снижению общей обсемененности очагов поражения на 1-2 порядка к элиминации агрессивных штаммов *S. aureus* и *S. haemolyticus* наряду с постепенным восстановлением нормального микробного биоценоза кожи.

Заведующий кафедрой кожных и венерических болезней с курсами патоморфологии и фтизиатрии медицинского факультета Ужгородского национального университета, вице-президент Украинской академии дерматовенерологии, доктор медицинских наук, профессор Юрий Владимирович Андрашко рассказал о современных аспектах коррекции зуда при терапии АД.

— Основные критерии успешного лечения пациентов с АД — быстрое и эффективное купирование обострений заболевания и достижение контроля над его клиническими проявлениями. Как известно, зуд является одной из основных причин повседневного дискомфорта у пациентов

# ЗІЯ

## глазами специалистов

атской

ассоциации дерматовенерологов, 2-3 июня, г. Одесса



с АД и значительно снижает качество их жизни. По механизму формирования зуд можно разделить на пруритоцептивный, источником которого служат патологические процессы, локализованные непосредственно в коже; нейропатический, развивающийся при поражении структур нервной системы; нейрогенный, возникающий на фоне нейропептидного дисбаланса; психогенный и смешанный. По продолжительности зуд может быть острым и хроническим (более 6 нед). Как правило, по механизму образования хронический зуд является смешанным и может приводить к расстройствам сна, нарушению трудоспособности, депрессии.

Согласно современным эпидемиологическим данным, частота встречаемости хронического зуда в таких странах Европы, как Норвегия и Германия, составляет около 8,4 и 13,9% соответственно. При этом важно учитывать то, что зуд может быть симптомом различных состояний: он является неотъемлемым атрибутом АД и крапивницы, сопровождает псориаз (в 87% случаев), а также сопутствует ряду соматических заболеваний — уремии, хронической почечной недостаточности, поражениям печени и др.

Лечение зуда осуществляется в несколько этапов. Прежде всего проводится комплекс мероприятий, направленных на элиминацию триггерных факторов и уход за кожей. Из медикаментозных средств используются антигистаминные препараты I поколения, ТГКС. На втором этапе проводится симптоматическое лечение основного заболевания, приведшего к появлению зуда. В дальнейшем при неустановленной этиологии заболевания или неэффективности предшествующих методов в схему лечения включаются ТИК, фототерапия, агонисты каннабиноидных рецепторов, габапентин, иммуносупрессивные препараты.

Среди представителей относительного нового класса веществ в дерматологии (агонистов каннабиноидных рецепторов) особо хотелось бы выделить препарат Физиогель А.І., выпускаемый в виде лосьона и крема и обладающий разносторонним действием на кожу. В частности, дерма-мембранная структура (ДМС) липидов, входящих в состав Физиогеля А.І., позволяет нормализовать водный и жировой баланс кожи, РЕА (пальмитилэтанолламин, агонист СВ<sub>2</sub>-рецепторов) оказывает антиоксидантное действие, а также угнетает патологическую импульсацию в нервных волокнах, реализуемую через субстанцию Р и кальцитонин-ген-связанный пептид (CGRP) и вызывающую ощущение боли и зуда. Кроме того, РЕА препятствует выбросу гистамина и других провоспалительных медиаторов из базофилов и мастоцитов. Проведенное нами исследование подтвердило высокую эффективность Физиогеля А.І. в аспекте долгосрочного снижения выраженности зуда, а также продемонстрировало противовоспалительные свойства данного препарата, что в совокупности положительно отразилось на динамике течения АД у пациентов и в том числе на качестве их сна.

Второй сателлитный симпозиум компании «ГлаксоСмитКляйн» состоялся в преддверии закрытия конференции. Активный интерес со стороны слушателей вызвало многообразие актуальных научных данных, представленных в докладах украинских экспертов.



**Вице-президент Украинской ассоциации врачей-дерматовенерологов и косметологов, заведующая кафедрой дерматовенерологии и косметологии ФПО Донецкого национального медицинского университета им. М. Горького, доктор медицинских наук, профессор Татьяна Витальевна Проценко** остановилась на вопросах терапии акне, основанной на клинических рекомендациях.

— Акне существенно снижает качество жизни пациентов, особенно ее эмоциональный и социальный аспекты, опережая по данному показателю бронхиальную астму и эпилепсию. Распространенность акне в подростковом периоде достигает 90%; помимо этого, в последнее время увеличивается количество пациентов с поздними акне, особенно среди женщин, в связи с высокой частотой заболеваний репродуктивной сферы, гормональных дисфункций.

Базисная терапия акне подразумевает использование нескольких групп препаратов, имеющих различные точки приложения. В частности, ретиноиды нормализуют процессы фолликулярной кератинизации, уменьшают воспаление; антибиотики оказывают бактерицидное/бактериостатическое действие и способствуют снижению интенсивности воспалительной реакции; бензоилпероксид (БПО) отличается антисептической, кератолитической, себосупрессивной активностью, а азелаиновая и салициловая кислоты обладают антисептическим, противовоспалительным и кератолитическим эффектами. При выборе конкретного метода лечения необходимо ориентироваться на его эффективность, подтвержденную данными рандомизированных клинических исследований, и стремиться к предупреждению или минимизации рубцовых процессов.

Согласно рекомендациям Европейского дерматологического форума (2011), наиболее эффективными средствами для лечения комедонального акне являются топические ретиноиды, папулопустулезного акне легкого/среднетяжелого течения — фиксированные комбинации (ФК) БПО + клиндамицин и БПО + адапален, папулопустулезного акне с тяжелым течением, узловатокистозного и конглобатного акне — изотретиноин.

Перед началом терапии любой формы акне решается вопрос о наличии у пациента фоновой соматической патологии, целесообразности, объеме и сроках ее лечения (до терапии акне, одновременно с ней или после нее). При акне легкой степени применяются топическая терапия с использованием ФК, дерматокосметика и косметологический уход, при среднетяжелой и тяжелой формах — системная терапия (базисная + адьювантная), местное лечение при помощи ФК, дерматокосметика. ФК назначаются в качестве стартового лечения при легкой степени акне, инициальной терапии при среднетяжелом и тяжелом акне, а также поддерживающего лечения после системных ретиноидов и/или комбинированных оральных контрацептивов в период возможных обострений.

Одним из современных представителей ФК антибиотика (клиндамицина) и БПО является гель Дуак, обладающий комплексным противовоспалительным, кератолитическим, себостатическим и антибактериальным действием. По данным проведенных исследований, лечение препаратом Дуак на протяжении 11 нед ассоциировалось с большим количеством хороших и отличных результатов в сравнении с таковыми на фоне изолированного применения клиндамицина или БПО (D.P. Lookingbill et al., 1997), а также не приводило к индукции антибиотикорезистентности у P. acnes в отличие от монотерапии клиндамицином (W.J. Cunliffe et al., 2002). Важно учитывать и тот факт, что на фоне лечения топическими препаратами обычно происходит увеличение трансэпидермальной потери влаги (ТЭПВ), обусловленное себосупрессивным и кератолитическим эффектами этих средств. Именно ТЭПВ становится причиной таких местных побочных реакций, как сухость, шелушение и раздражение кожи, зуд и эритема. Раздражение кожи средствами для лечения акне уменьшает compliance пациентов и может быть причиной рецидивов заболевания. Благодаря наличию в составе Дуака диметикона и глицерина ТЭПВ минимизируется, что благоприятно отражается на состоянии кожных покровов. Таким образом, он препятствует формированию эффекта пересушенной кожи, обладает быстрым действием и не вызывает развития резистентности микробной флоры.

В лечении акне также широко используется другой препарат — Изотрексин (изотретиноин 0,05% + эритромицин 2%). Благодаря сбалансированному сочетанию действующих веществ гель Изотрексин дает возможность одновременно влиять на все звенья патогенеза акне, в частности на воспалительные и невоспалительные элементы, снижать риск развития микробной резистентности. Эти особенности позволяют использовать Изотрексин на всех стадиях заболевания.

Хотелось бы подчеркнуть, что в лечении акне немаловажное значение играет правильный уход за кожей. С этой целью подразделением компании «ГлаксоСмитКляйн» разработана линия средств Физиогель: Физиогель клинсер (средство для очищения кожи), используемый для физиологического очищения чувствительной кожи, а также Физиогель лосьон, и крем на основе ДМС, созданные для восстановления, увлажнения и питания всех типов кожи.



**Главный внештатный специалист МЗ Украины по специальности «Дерматовенерология», президент Всеукраинской общественной организации «Украинская ассоциация псориаза», вице-президент Украинской академии дерматовенерологии, профессор кафедры дерматовенерологии Национальной медицинской академии последипломного образования им. П.Л. Шупика (г. Киев), доктор медицинских наук Александр Иванович Литус** посвятил свое выступление современным особенностям топической антибиотикотерапии.

— Гнойничковые заболевания кожи занимают 1-е место в структуре дерматозов (30–40% у взрослых и 25–60% у детей) и 3–4-е место в общей структуре заболеваемости человека, развиваясь как самостоятельное состояние либо осложняя течение дерматозов. Наиболее частыми возбудителями пиодермий являются стафилококки (*S. aureus*, *S. epidermidis*, *S. saprophyticus*), стрептококки (*S. pyogenes* A, B, C, D). Несколько реже встречаются *Naegleria proteus*, синегнойная, кишечная палочка, *Haemophilus influenzae*.

В лечении гнойничковых поражений кожи используется комплексный подход, включающий этиотропную терапию (местные и системные антибиотики, антисептики, бактериофаги, антиоксиданты, сыворотки), лечение сопутствующих заболеваний, хирургические и физиотерапевтические методы воздействия. На протяжении последних десятилетий ведется активный поиск новых антибактериальных препаратов для местного применения. Это обусловлено ростом общей резистентности микроорганизмов, формированием полирезистентности и перекрестной устойчивости к противомикробным средствам у некоторых патогенов, случаями побочных явлений, ассоциированных с назначением топических антибиотиков (раздражение, сенсбилизация), эпизодами развития дисбиоза кожи и суперинфекции, а также проблемным использованием ФК с ТГКС и антимикотическими средствами.

Сегодня в клинической практике широко используется препарат Бактробан, разработанный на основе антибиотика особого класса — мупиринона. Это вещество является продуктом метаболизма *Pseudomonas fluorescens*, обладает способностью ингибировать изолейцил-тРНК-синтетазу и практически не абсорбируется с поверхности кожи. Широкий спектр антимикробной активности (грамположительные и грамотрицательные кокки и бациллы) позволяет использовать мупирицин при первичных и вторичных инфекциях кожи. Кроме того, 2% крем активно применяется в оперативной дерматологии для местного лечения вторичных бактериальных инфекционных осложнений, при травматических повреждениях кожных покровов (небольшие рваные раны, защитные раны или ссадины). Важно учитывать, что основа мази Бактробан обладает прямым антибактериальным действием и позволяет наносить препарат на любые участки кожи, легко смывать лекарственное средство при необходимости и создавать дополнительный осмотический/абсорбирующий эффект без окклюзии пораженного участка кожи.

В 2007 г. арсенал дерматологов пополнился новым топическим антибиотиком — синтетическим производным плевромутилина (продукт ферментации грибов *Clitopilus passeckerianus*) ретапамулином, обеспечивающим при аппликации на кожу в виде 1% мази стойкий бактерицидный эффект. Ретапамулин одновременно влияет на Р- и L3-участки, а также на пептидилтрансферазный центр на 50S-субъединице рибосом микроорганизмов. Проведенные клинические исследования показывают, что ретапамулин проявляет 100% эффективность в отношении резистентных к метициллину, мупиринону и фузидиевой кислоте изолятов *S. aureus*. В то же время 5-дневный курс терапии Альтарго сопоставим по эффективности с 10-дневным курсом цефалексина и характеризуется высоким (99,6%) уровнем приверженности к нему пациентов

Продолжение на стр. 12.

# Современная дерматология глазами специалистов

По итогам III Международного конгресса Евро-Азиатской ассоциации дерматовенерологов, 2-3 июня, г. Одесса

Продолжение. Начало на стр. 10.

(A. Free et al., 2006). Было также установлено, что ретапамулин значительно устойчивее к развитию резистентности, чем фузидиевая кислота (K. Kosowska-Shick et al., 2006).

Таким образом, сегодня врачам доступны несколько современных высокоэффективных топических антибактериальных препаратов. Бактробан может использоваться при первичных инфекциях кожи и осложненных инфекцией дерматозах у пациентов практически любого возраста (с 2 мес в форме мази, с 1 года – крема) и при значительных площадях поражения кожи. Обычно мазь и крем применяются 2-3 р/день на протяжении 7-10 дней. В свою очередь, Альтарго целесообразно назначать при импетиго и инфицированных травматических повреждениях кожи площадью до 100 см<sup>2</sup> у детей с 9 мес. Альтарго применяется в режиме 2 р/день в течение 5 дней.



**Заведующая кафедрой кожно-венерических болезней ГУ «Крымский государственный медицинский университет им. С.И. Георгиевского», доктор медицинских наук, профессор Ольга Александровна Притуло** на примере клинической задачи вместе с присутствовавшими на симпозиуме рассмотрела основные задачи в терапии герпетических инфекций и пути их решения.

— В клинику обратились пациентка Е. 35 лет и ее партнер Д. 40 лет в связи с жалобами на сыпь на половом члене у Д., которая на протяжении 5 лет то появлялась, то исчезала. При расспросе выяснилось, что пара живет половой жизнью на протяжении 1 мес. В течение этого срока возникла сыпь, что сильно беспокоит Е. В процессе сбора сексуального анамнеза удалось установить, что Д. никогда не был женат, но дважды вступал в длительные отношения (по 10 лет). За всю жизнь у него было около 10 половых партнерш. С постоянными партнершами он

в большинстве случаев не пользовался презервативами и редко вступал в случайные связи. С Е. они жили половой жизнью на протяжении 1 мес с частотой сексуальных контактов не менее 1 в день.

В связи с текущей сыпью Д. анализы не сдавал. В прошлом элементы сыпи заживали в течение 1 нед, в процессе болезни причиняя неудобство, но не боль. Анамнез жизни пациента отягощен по хламидийной инфекции (выявлена в 25 лет) и ВПЧ-инфекции (вирус папилломы человека) полового члена (диагностирована в 32 года), которые были излечены (ВПЧ не рецидивировал). Д. также рассказывал, что периодически у него вокруг заднего прохода появляется болезненный геморрой (в том числе и в настоящее время), который он лечит безрецептурными препаратами. На момент осмотра Д. отрицал дизурию, выделения из уретры, наличие сыпи на участках тела вне полового члена.

Все указанные симптомы могли быть объяснены: грибковой инфекцией полового члена, раздражением от чрезмерной мастурбации или интенсивного полового контакта, геморроем, вирусом простого герпеса (ВПГ). Важно помнить о том, что у генитальной ВПГ-инфекции существует множество клинических масок, поэтому при проведении дифференциального диагноза у мужчин с рецидивирующими генитальными симптомами неясной этиологии всегда необходимо помнить о возможности данного состояния.

При физикальном обследовании на дорсальной поверхности полового члена были обнаружены область раздражения диаметром около 1,5 см с явлениями гиперемии, но без волдырей и корочек и 3 небольшие язвы. В области заднего прохода была выявлена язва, окруженная участком гиперемии. Выделения из уретры, увеличение паховых лимфатических узлов, поражение лобковых волос или яичек отсутствовали. У Е. лабораторное исследование (типоспецифический серологический анализ) показало положительный результат в отношении ВПГ-1, но отрицательный к ВПГ-2. Таким образом, Е. была инфицирована ВПГ-1 и могла быть в дальнейшем заражена ВПГ-2 от Д., поскольку инфицирование ВПГ-1 хотя и

несколько уменьшает риск, но полностью не защищает от поражения ВПГ-2. При этом предшествующая ВПГ-1-инфекция уменьшает выраженность симптомов ВПГ-2, что снижает дискомфорт, связанный с симптомами заболевания, и параллельно увеличивает вероятность того, что человек не узнает о заражении ВПГ-2.

ПЦР-исследование мазка выявило у Д. ВПГ-2, что подтверждалось результатами анализа HerpeSelect (положительный результат для ВПГ-2 и отрицательный для ВПГ-1). Это позволило расценить текущее состояние пациента как рецидив генитального ВПГ. Поскольку у Д. выявлена ВПГ-2-инфекция, а серологический статус Е. на момент предшествующего визита свидетельствует о том, что она не инфицирована, для уменьшения риска заражения Е. паре можно предложить ежедневную супрессивную терапию, использование презервативов и воздержание. Безусловно, пара могла проигнорировать риск заражения, однако в этом случае следовало учесть возможность беременности и риск передачи инфекции новорожденному.

В итоге Д. выбрал вариант ежедневной супрессивной терапии (Вальтрекс 500 мг 1 р/сут), призванной снизить риск передачи генитального герпеса Е. на 75%. Важно подчеркнуть, что в соответствии с Европейским руководством по лечению генитального герпеса 2010 г. при частых рецидивах данного заболевания (≥6 раз в год) рекомендуется именно супрессивная терапия. Одним из предпочтительных препаратов в этом случае выступает Вальтрекс (валацикловир). Результаты клинических исследований убедительно свидетельствуют о том, что супрессивная терапия Вальтрексом предотвращает 85% рецидивов генитального герпеса и уменьшает риск передачи ВПГ-2 здоровому партнеру на 75% (L. Corey et al., 2004).

Подготовил **Антон Пройдак**

Данная статья публикуется при содействии ООО «ГлаксосмитКляйн Фармасьютикалс Украина»  
GSTF/10/UA/01.07.2013/7622

## Оперативно Хроніка ключових подій Головне

Новости EMA

### Влияние диклофенака на сердечно-сосудистую систему аналогично таковому селективных ингибиторов ЦОГ-2

Европейское агентство по лекарственным средствам (EMA) пришло к выводу, что влияние диклофенака на сердечно-сосудистую систему в случае системного приема препарата (как пероральных форм, так и инъекционных) аналогично таковому селективных ингибиторов циклооксигеназы-2 (ЦОГ-2). По мнению экспертов, преимущества приема диклофенака все еще перевешивают риски, однако в целях минимизации риска артериальных тромбозных осложнений рекомендуется не пренебрегать мерами предосторожности, которые следует учитывать как при использовании селективных ингибиторов ЦОГ-2, так и диклофенака.

Пациентам с серьезными сердечно-сосудистыми заболеваниями, такими как сердечная недостаточность, ишемическая болезнь сердца, инфаркт миокарда или инсульт в анамнезе, прием диклофенака не рекомендован. Лицам с наличием кардиоваскулярных факторов риска (повышенного артериального давления, нарушенный липидного профиля, сахарного диабета или курения) диклофенак следует назначать только после тщательной оценки рисков и преимуществ.

Диклофенак является широко используемым лекарственным средством для купирования боли и подавления воспаления. Он относится к группе нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП). Селективные ингибиторы ЦОГ-2 являются подгруппой НПВП, безопасность которых особо контролируется регуляторными органами Европейского союза. Анализ переносимости этих лекарственных средств в 2005, 2006 и 2012 гг. подтвердил, что прием всех НПВП связан с незначительным увеличением риска артериальных тромбозных осложнений, которые в ряде случаев могут приводить к развитию инфаркта миокарда

или инсульта, особенно при использовании препаратов в высоких дозах или длительными курсами. Это указано в инструкциях по применению всех НПВП наряду с рекомендацией использовать эти лекарственные средства в максимально низких эффективных дозах в течение наиболее короткого периода, необходимого для контроля симптомов заболевания.

Анализ безопасности диклофенака был инициирован EMA в октябре 2012 г. По подсчетам, прием препарата ежегодно увеличивает общее количество инфарктов миокарда в среднем на 3 случая на 1000 человек (общепопуляционный показатель – 8 на 1000 человек в год, на фоне терапии диклофенаком – 11 на 1000 человек в год). Незначительное повышение риска сердечно-сосудистых осложнений на фоне приема диклофенака сопоставимо с таковым у пациентов, получающих ингибиторы ЦОГ-2.

Официальный сайт EMA: <http://www.ema.europa.eu/>

### Новое руководство HRS по ведению пациентов с врожденными аритмиями

Общество сердечного ритма (Heart Rhythm Society) выпустило новое руководство по диагностике и терапии врожденных аритмий сердца. В документе содержится информация относительно синдрома ранней реполяризации, короткого интервала QT, синдрома Бругада, удлиненного интервала QT и др.

Известно, что удлинение интервала QT на ЭКГ может быть прогностическим критерием высокого риска развития фатальных желудочковых аритмий, приводящих к внезапной смерти. В новом руководстве большое внимание уделено дозированию физических нагрузок и занятию спортом у пациентов с данным синдромом. Плавание и дайвинг определены триггерами заболевания I типа, поэтому, по мнению экспертов, таким больным следует избегать занятия указанными видами спорта. Пациенты низкого риска с верхней границей длительности интервала QT без симптомов со стороны сердечно-сосудистой системы и семейного анамнеза внезапной сердечной смерти могут быть допущены к спортивным занятиям, но это решение должно быть принято экспертом в специализированной клинике.

Синдром Бругада впервые был описан как клинко-электрокардиографический феномен, объединяющий частые семейные случаи синкопальных состояний или внезапной смерти вследствие полиморфной желудочковой тахикардии и регистрацию специфического электрокардиографического паттерна. По определению экспертов HRS, синдром Бругада – исключительно электрокардиографический диагноз. Впервые с 2006 г. благодаря этой рекомендации была устранена путаница, вызванная необходимостью сбора данных о клинических событиях для диагностики данного заболевания.

Полная версия руководства опубликована в Heart Rhythm, EP Europace и Journal of Arrhythmias. Priori S.G. et al. HeartRhythm 2013.

Подготовила **Ольга Татаренко**