

МОЗ КРАЇНИ  
УКРАЇНСЬКИЙ ЦЕНТР НАУКОВОЇ МЕДИЧНОЇ ІНФОРМАЦІЇ  
ТА ПАТЕНТНО ЛІЦЕНЗІЙНОЇ РОБОТИ  
(УКРМЕДПАТЕНТІНФОРМ)

ІНФОРМАЦІЙНИЙ  
ЛІСТ

*про наукову (науково-технічну) продукцію, отриману за результатами наукової, науково-технічної та науково-організаційної діяльності підприємств, установ, організацій Міністерства охорони здоров'я України, Міністерства освіти і науки України, Національної академії медичних наук України призначену для практичного застосування у сфері охорони здоров'я*

м. Київ

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ**  
**Український центр наукової медичної інформації**  
**та патентно-ліцензійної роботи**  
**(Укрмедпатентінформ)**

# **ІНФОРМАЦІЙНИЙ ЛИСТ**

**ПРО НОВОВВЕДЕННЯ В СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я**

**№ 31 - 2018**

**Випуск 2 з проблеми**  
**«Дерматологія та венерологія»**  
**Підстава: рецензія експерта з групи**  
**експертів МОЗ України**

**НАПРЯМ ВПРОВАДЖЕННЯ:**  
**ДЕРМАТОЛОГІЯ.**

## **КОМБІНОВАНА ТЕРАПІЯ АКТИНІЧНОГО КЕРАТОЗУ З** **ВРАХУВАННЯМ МОРФОФЕНОТИПУВАННЯ**

**УСТАНОВИ-РОЗРОБНИКИ:**

**ДЗ «ДНІПРОПЕТРОВСЬКА МЕДИЧНА**  
**АКАДЕМІЯ МОЗ УКРАЇНИ»**

**ТЕРНОПЛЬСЬКИЙ ОБЛАСНИЙ**  
**КЛІНІЧНИЙ ШКІРНО-**  
**ВЕНЕРОЛОГІЧНИЙ ДИСПАНСЕР**

**УКРМЕДПАТЕНТІНФОРМ**  
**МОЗ УКРАЇНИ**

**А В Т О Р И:**

**д. мед. н., проф. СВЯТЕНКО Т.В.,**  
**ГЛУШОК В.С.**

**м. Київ**

**Суть  
впровадження:**

призначено для підвищення ефективності лікування актинічного кератозу з врахуванням морфотипування.

Пропонується для впровадження в лікувально-профілактичних закладах практичної охорони здоров'я (обласних, міських, районних) дерматологічного профілю.

Лікування актинічного кератозу (АК) залишається актуальною проблемою в дерматології, оскільки на даний час не існує єдиних рекомендацій чи алгоритмів, немає клінічного протоколу в Україні, які б давали можливість практикуючим лікарям вибрати найбільш адекватне лікування. Необхідність проведення ефективного лікування пояснюється клінічною значимістю АК і можливістю його трансформації у плоскоклітинний рак шкіри (ІПКРШ). Важливе значення для вибору лікувальної тактики має і факт формування видимого косметичного дефекту з розвитком вогнищ АК і після проведення їх лікування.

При виборі терапевтичної стратегії автори враховували ефективність кожного з методів, частоту рецидивів після лікування, вираженість побічних ефектів, вартість лікувальних процедур, доступність, тривалість курсу лікування, індивідуальні потреби пацієнта, оскільки від цих показників залежить прихильність (комплаєнтність) до запропонованого лікування.

Традиційною методикою, яка найчастіше застосовується для лікування АК, є криодеструкція вогнищ, тому автори розглядали його застосування в комбінованій терапії АК у пацієнтів. При цьому враховано, що тривалість процедури є у прямій залежності з ступенем розриву вогнищ і в оберненій залежності з вираженістю таких побічних явищ, як депігментація і рубцювання. Також було враховано, що тривалішого заморожування потребують вогнища АК з більш вираженим гіперкератозом на поверхні. Тому в лікування включили застосування 5% саліцилової мазі для відшарування лусочок і кірочок напередодні, щоб цим зменшити тривалість кровопливу.

Методику IPL, перші результати про ефективність самостійного використання якої в лікуванні АК з'явилися в зарубіжних джерелах літератури, включили з метою неінвазивного впливу на судинний компонент у вогнищах АК шляхом фототермолізу і фотокоагуляції кровоносних судин, збільшення кількості яких виявлено проведеними нами ІГХ-дослідженнями. Разом з цим, процедурою IPL частково усуваються пошкодження шкіри від сонячних променів, прискорюється процес її регенерації, що сприяє досягненню стійкої ремісії і кращого косметичного ефекту.

Рівень інновацій: використання запропонованого способу лікування забезпечує вплив на основні ланки патогенетичних механізмів розвитку актинійного кератозу; спрямований на досягнення клінічного одужання, подовження ремісії та досягнення максимально хорошого косметичного ефекту.

Алгоритм проведення комбінованої терапії: виконання процедури лікування складається з трьох етапів, які проводяться послідовно і спрямовані на видалення атипичних ділянок проліфератів кератиноцитів, котрі схильні до трансформації у ПКРШ (нанесення кератолітичного топічного засобу і кріодеструкції), на зменшення васкуляризації у вогнищах АК, покращення стану прилягаючих ділянок фотошкодженної шкіри за межами сформованих вогнищ АК (система інтенсивного імпульсного світла IPL з довжиною хвилі 560-1200 нм, імпульсом 22-26 Дж/см<sup>2</sup>).

Під спостереженням було 80 пацієнтів з АК віком від 49 до 82 років: з них 58 в основній групі і 22 в групі порівняння. Всім пацієнтам при встановленні клінічного діагнозу і після лікування проводили дерматоскопію, фотодокументування, визначення фототипу шкіри. 15-ти пацієнтам провели панч-біопсію з метою проведення імуногістохімічних (ІГХ) - досліджень для визначення показників онкогенної трансформації p53, стромальної деградації (ядерно-цитоплазматичної експресії MMP-9), васкуляризації (середньої щільності та діаметрів судин за маркером CD34) та проліферативної активності Ki-67. Дослідження розширеної панелі імуногістохімічних маркерів збільшило точність діагностики АК і допомогло у виборі окремих методів лікування для комбінованої терапії.

Пацієнтам основної групи спостереження призначали 5% саліцилову мазь з метою кератолітичного ефекту; наносили локально на вогнища двічі щодня впродовж 5-7 днів. Після відшарування гіперкератотичних утворень з поверхні вогнищ, проводили 3-5 сеансів IPL, у режимі відповідному до фототипу шкіри пацієнта, 1 раз у 7-10 днів, в залежності від вираженості місцевої реакції в зоні впливу. Контроль стану шкіри після IPL проводили візуально і методом дерматоскопії.

Наступним у комбінованій терапії було проведення кріодеструкції спреєм, одноразово, тривалістю 10 сек.

Пацієнтам групи порівняння проводили 1 процедуру кріодеструкції спреєм тривалістю 10 секунд.

Контроль ефективності лікування здійснювали за оцінкою клінічних проявів візуально і проведенням дерматоскопії через 3 місяці і 1 рік від початку лікування. При застосуванні комбінованої терапії через 3 місяці стійкого клінічного ефекту було досягнуто у 50 пацієнтів (86%) основної групи. Через 1 рік лише у 14 пацієнтів (24%) основної групи виникли рециди-

ви. У пацієнтів групи порівняння, яким проводили монотерапію, стійкий клінічний ефект був лише у 7 (32%) випадках, а рецидиви до року були у 10 (45%) випадках.

Показання до застосування: комбінована терапія може бути застосована для лікування пацієнтів на АК.

Протипоказання до застосування: системні захворювання сполучної тканини, схильність до утворення колоїдів, захворювання крові, пов'язані з порушенням згортання, наявність серцевого стимулятора, епілепсія, підвищена фоточутливість. Тимчасові протипоказання: пошкодження шкіри, гнійничкові та гострі інфекційні захворювання, свіжа засмага (загар), прийом антибіотиків тетрациклінового ряду, фторхінолонів, ретиноїдів.

У результаті проведених досліджень доведено, що комбінована терапія пацієнтів з АК із застосуванням кератолітичного засобу – 5% саліцилової мазі, кріодеструкції рідким азотом і процедури інтенсивного імпульсного світла IPL є малоінвазивною, простою в застосуванні, не дороговартісною, враховує фототип шкіри пацієнта, клінічну виразність у вогнищах АК і забезпечує розршення вогнищ АК в оптимальному часовому періоді. дозволяє збільшити тривалість клінічної ремісії, в порівнянні з монотерапією кріодеструкцією.

Методика високоефективна і може використовуватись у лікувально-профілактичних закладах дерматологічного профілю, косметологічних установах з метою отримання стійкої ремісії і доброго косметичного ефекту.

Дослідження виконано в рамках науково-дослідної роботи «Коморбідні стани в клініці внутрішніх хвороб та практиці сімейного лікаря: предиктори розвитку, рання діагностика, профілактика і лікування» (№ державної реєстрації 0113U001244).

За додатковою інформацією з даної проблеми звертатися авторів інформаційного листа: Святенко Т.В., тел. 0975791544, кафедра шкірних та венеричних хвороб, ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України», вул. В. Вернадського, 9, м. Дніпро, 49044; Глушок В.С., тел. 0979008000, Тернопільський обласний клінічний шкірно-венерологічний диспансер, вул. Кн. Острозького, 39, м. Тернопіль, 460001.

---

Відповідальний за вилучення: Л. Закрутько. Виконавць Л. Білан

Підписано до друку 12.06.2018. Друк арк. 0,13. Обл.-вил. арк. 0,08. Тир. 112 прим.

Замовлення № 31 Фотофестивалі лаб. Укрмедпатентінформ МОЗ України, 04655, Київ, проспект Степана Бандери, 19 (4 поверх).

## Шановний колего!

Інформаційний лист є анотованим описом наукової (науково-технічної) продукції, що входить до Переліку наукової (науково-технічної) продукції, призначеної для впровадження досягнень медичної науки у сферу охорони здоров'я (Наказ МОЗ України та НАМН від 13.11.2013, №969/97 «Про удосконалення впровадження досягнень медичної науки у сферу охорони здоров'я», зареєстрований в Міністерстві юстиції України 05.12.2013 за № 2068/24600).

Інформаційний лист спрямований для використання керівниками структурних підрозділів (відповідного профілю) закладів охорони здоров'я України для моніторингу передових технологій діагностики та лікування з подальшим їх запровадженням у практику (Наказ МОЗ України від 14.03.2011 №142 «Про вдосконалення державної акредитації закладів охорони здоров'я»).