



Профессор Е.С. СНАРСКАЯ: «Мы можем предложить широкий спектр методов лечения»



В конце января в Москве состоялась одна из важнейших ежегодных дерматологических конференций – Рахмановские чтения. В этом году чтения были посвящены буллезным дерматозам. В ходе мероприятия обсуждались различные аспекты главной темы, а также другие проблемы, актуальные для современной дерматологии, такие как хронические дерматозы, акне и т.д. В преддверии Рахмановских чтений мы встретились с одной из участниц конференции, автором доклада, посвященного роли TLR-зависимых реакций врожденного иммунитета в патогенезе некоторых дерматозов, профессором кафедры кожных и венерических болезней ФППОВ Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М. Сеченова, кафедры дерматовенерологии МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского, д.м.н. Еленой Сергеевной СНАРСКОЙ.



Актуальное интервью

– Елена Сергеевна, прежде чем мы начнем разговор о предстоящей конференции, расскажите, пожалуйста, немного о себе. Как Вы пришли в дерматологию, почему выбрали именно эту специальность?

– Дерматологией занимается не одно поколение нашей семьи, моя мама — известный дерматолог, а атласы кожных заболеваний я начала рассматривать примерно тогда, когда все дети смотрят книжки с картинками. Я бы сказала, что у меня просто не было выбора — после школы я пошла в медицинский институт, по его окончании — в ординатуру по кожно-венерическим заболеваниям, закончила аспирантуру и докторантуру по той же специальности.

– Вы занимаетесь проблемами дерматозов, Ваша диссертация была посвящена язвенной разновидности базально-клеточного и метатипического рака кожи. А как Вы выбирали более узкую область научных интересов, как искали «свою» проблематику?

– Действительно, мои научные интересы всегда лежали в области проблем изучения и лечения сложных и системных дерматозов. Что же касается онкодерматологии, то моим успехам в данной области и вообще моему интересу к данной проблематике я обязана моему учителю, Борису Ароновичу Беренбейну, которого, к сожалению, уже нет с нами. Этот человек заложил основы дерматонкологии в России. Он открыл первую в нашей стране специализированную лабораторию, занимавшуюся проблемой опухолей кожи. В то время я как раз проходила обучение в ординатуре, и Борис Аронович увлек меня своей проблематикой. Работать оказалось действительно очень интересно, мы первыми в России провели целый ряд сложнейших исследований: иммуногистохимические и иммуноморфологические исследования с использовани-

ем моноклональных антител при базально-клеточном и метатипическом раке кожи, решали сложные проблемы дифференциальной диагностики эпителиальных опухолей кожи. Я думаю, что Борис Аронович обладал такой натурой учителя, которая влияла не только на качество знаний его учеников, но и на их интерес к большой науке в принципе.

– Получается, что Вы в буквальном смысле слова стояли у истоков отечественной дерматоонкологии. Что изменилось в этой области за годы, прошедшие с момента создания Борисом Ароновичем первой онкодерматологической лаборатории?

– Изменилось очень многое. В первую очередь, конечно, качество проводимого лечения. Дерматоонкология сегодня отличается избирательным подходом к каждому конкретному пациенту. Мы находимся на вполне адекватном уровне оказания помощи пациентам дерматоонкологического профиля, в том числе тем из них, кто нуждается в сложном лечении. Сегодня мы имеем возможность лечить опухолевые заболевания кожи с учетом целого ряда индивидуальных особенностей: локализации новообразования, анамнеза, гистологических особенностей опухоли и многих других характеристик. Даже самым сложным пациентам мы можем предложить широкий спектр методов лечения, многие из которых являются инновационными и патогенетически обусловленными. Наличие большого количества эффективных методик позволяет подобрать индивидуальный подход к каждому пациенту. Одному мы назначаем классическое агрессивное лечение, подразумевающее криодеструкцию, фотодинамическую терапию или лазер-индуцированную гипертермию, в то время как в другом случае удастся обойтись тончайшими методами, такими как обкалывание опухоли цитокинами.

– Проводятся ли перед началом терапии лабораторные исследования чувствительности опухоли к тем или иным препаратам, восприимчивости к лечению?

– В этом нет необходимости: случаи невосприимчивости к цитокинам встречаются крайне редко, и они обусловлены не свойствами опухоли, а особенностями иммунной системы пациента. Но таких больных действительно очень мало, поэтому скрининг проводить нет необходимости.

Вообще, дерматоонкология в значительной степени отличается от «большой» онкологии. Мы, дерматологи, имеем дело с опухолями, возникшими из эпидермальных клеток, эпителиоцитов и кератиноцитов. Новообразования такого рода чувствительны к широкому спектру цитостатических препаратов, что упрощает процесс консервативного лечения злокачественных новообразований кожи. Еще одно важное отличие нашей специальности, о котором не следует забывать: все происходящее с нашими пациентами мы можем увидеть глазами. Дерматологам, в отличие от специалистов по внутренним болезням, не приходится действовать вслепую, эффект от лечения заметен, равно как и отсутствие такового. Поэтому мы можем регулировать и частоту воздействия, и его интенсивность, и количество препарата, и многие другие характеристики терапии под непосредственным визуальным контролем.

– Дерматоонкология не является единственным направлением Вашей научной работы. Расскажите, пожалуйста, об остальных.

Наличие большого количества эффективных методик позволяет подобрать индивидуальный подход к каждому пациенту.



– На нашей кафедре под моим научным руководством идет ряд серьезных и очень интересных аспирантских исследований. В частности, была защищена кандидатская диссертация, посвященная клинико-морфологическим особенностям саркоидоза кожи, мультисистемного гранулематозного заболевания, которое в настоящее время рассматривается как полиэтиологический, генетически детерминированный синдром. В последние годы актуальность этой проблемы только растет: увеличивается количество больных саркоидозом. В последние годы проблеме саркоидоза кожи не уделялось достаточно внимания, не проводился мониторинг заболеваемости, не исследовалась эпидемиология, не разрабатывались новые методы лечения. Чтобы изменить сложившуюся ситуацию, мы провели скрининг заболеваемости саркоидозом кожи жителей Москвы и Московской области, причем в ходе работы определялось соотношение различных форм заболевания в общей структуре заболеваемости. Наша работа внесла существенный вклад в развитие знаний о клинико-морфологических особенностях форм саркоидоза кожи. Диссертационное исследование было также посвящено разработке нового современного метода лечения саркоидоза кожи, эта методика уже запатентована. Другая аспирантская работа (защита диссертации по ней должна состояться в следующем году) посвящена исследованию клинико-морфологических особенностей сложной патологии – склероатрофических поражений кожи, ассоциированных с боррелиозной инфекцией, или болезнью Лайма. С точки зрения дерматологии это заболевание интересно, прежде всего, тем, что требует проведения сложной клинической дифференциальной диагностики с различными формами ограниченной склеродермии. К сожалению, даже в наши дни многие па-

циенты на протяжении длительного периода времени (иногда целых лет) получают терапию, направленную на лечение склеродермии, не подозревая, что они больны боррелиозом. Конечно, результаты такого лечения не устраивают ни пациентов, ни врачей, и сложившуюся ситуацию нужно менять.

Совместно с сотрудниками НИИ эпидемиологии Роспотребнадзора мы провели исследование, показавшее, что уровень больных боррелиозом среди пациентов с ограниченной склеродермией достаточно высок, около 15%. Кроме того, мы использовали первую отечественную тест-систему для иммуноблоттинга в формате микрочипа, которая позволяет обнаружить наличие специфических антител с 8 различными иммуногенными белками боррелии гариньи и афзелии, раз-

– В ходе Рахмановских чтений Вами будет зачитан доклад, посвященный толл-подобным рецепторам и их роли в развитии дерматозов. Не могли бы Вы подробнее рассказать об этой проблеме?

– Исследование работы толл-подобных рецепторов, или, как их еще называют, TLR, является одним из перспективных направлений современной дерматологии. Повышенный интерес к этой проблеме, возникший в последнее время, обусловлен тем, что появились новые методы терапии заболеваний, в патогенезе которых определенную роль играют нарушения врожденного иммунитета, к которым относится, в частности, неправильное функционирование толл-рецепторов.

Как известно, любая клетка нашего организма обладает собственным рецепторным аппара-

Появились новые методы терапии заболеваний, в патогенезе которых определенную роль играют нарушения врожденного иммунитета, к которым относится, в частности, неправильное функционирование толл-рецепторов.

работанную с учетом российской специфики. Ранее для диагностики использовались иммуноблоты, специфичные для Америки и Европы, но набор белков у жителей этих стран несколько отличается от нашего, и использование отечественных иммуноблотов поможет сделать диагностику боррелиоза более точной.

Во всех работах имеются серьезные блоки тщательных иммунологических исследований, которые позволяют выяснить аспекты врожденного и адаптивного иммунитета, особенности поведения заболевания в процессе лечения, иммунной реакции организма до и после терапии, что подтверждает эффективность назначенного нами лечения.

ратом, и клетки барьерных тканей не являются исключением. Толл-рецепторы, входящие в состав мембран клеток кожи, первыми контактируют с микробными агентами. В момент этого контакта (а происходят они ежедневно) запускается определенная реакция, она физиологична, поэтому мы не замечаем никаких признаков борьбы организма с болезнетворными бактериями или грибами. Однако если у пациента имеется генетическое нарушение, мешающее выработке протеинов, стоящих за толл-рецепторами, если имеется белковая или рецепторная несостоятельность TLR, любая микрофлора, располагающаяся на барьерных органах, становится



Актуальное интервью

патогенной для организма, она внедряется и осложняет течение целого ряда дерматозов: атопических и себорейных дерматитов, акне и тому подобных заболеваний. Сейчас у дерматологов появилась возможность влиять на работу толл-рецепторов при помощи специальных средств, то есть терапия стала патогенетической. На сегодня известно 13 видов толл-рецепторов, причем 11 из них хорошо изучены. Мой доклад посвящен исследованию роли TLR-2 – рецепторов, которые чувствительны к возбудителям сложных воспалительных процессов: пропионовой бактерии, вызывающей акне (*Propionibacterium acnes*), грибов рода малазеция (*Malassezia*), являющихся причиной себорейного дерматита, и некоторых других микроорганизмов, играющих ключевую роль в развитии многих заболеваний кожи.

Наши французские коллеги разработали специальный комплекс TLR-2 regul, восстанавливающий работу несостоятельных толл-рецепторов. Использование препаратов на основе этого вещества дает возможность клеткам кожи в течение нескольких часов блокировать доступ инфекции и нормализовать собственный врожденный иммунитет. То есть теперь мы избавлены от необходимости бороться с воспалительным процессом, в основе которого лежит приобретенный иммунитет, мы можем разорвать цепь патологических реакций на более раннем этапе. Я думаю, это очень важно и для нас, и для наших пациентов.

– Эти препараты уже используются в реальной клинической практике или пока описанное Вами – только теория, ожидающая своего подтверждения?

– Средства, в состав которых входит комплекс TLR-2 regul, уже зарегистрированы во многих странах, мы в настоящее время апробируем данные препараты. Производитель этих средств, французская компания Uriage, выпускает

3 серии: Huysac A. I. для пациентов с акне, DS для страдающих себореей и Cu-Zn для атопической раздраженной кожи, готовой к инфицированию. Я считаю, что препараты, входящие в состав этих серий, являются хорошим инструментом в руках дерматолога, и хотела бы рассказать об использовании перечисленных средств своим коллегам.

Вообще, я хотела бы отметить, что традиционно Рахмановские чтения для меня – это не только место, где я могу прочитать коллегам свой доклад. Мы собираемся ради общения, возможности обменяться опытом лечения и решения тех или иных научных проблем, и все мероприятия, собирающие известных российских ученых, врачей-дерматологов, дерматокосметологов, оказываются очень интересными и плодотворными.

– А как Вы можете оценить уровень подготовки дерматологов Москвы и Московской области в целом, рядовых специалистов, ведущих прием в поликлиниках и диспансерах?

– У нас в области очень хорошие врачи – разбирающиеся в выбранной специальности и очень трепетно к ней относящиеся. Коллектив кафедры традиционно уделяет много внимания контактам с ними: всегда выезжаем на консультации, если в этом есть необходимость, они, в свою очередь, регулярно посещают мероприятия Областного общества дерматовенерологов, где активно участвуют в обсуждении сложных клинических случаев.

Очень важно, что все наши дерматовенерологи стараются быть в курсе последних тенденций диагностики и лечения кожных заболеваний, они с интересом читают статьи в специализированных журналах, более того, сами готовят материалы для публикации в изданиях дерматовенерологического профиля. У практикующих врачей обычно нет времени на то, чтобы читать научную литературу, поэтому жур-

Все наши дерматовенерологи стараются быть в курсе последних тенденций диагностики и лечения кожных заболеваний, они с интересом читают статьи в специализированных журналах, более того, сами готовят материалы для публикации в изданиях дерматовенерологического профиля.

нальные статьи, содержащие наиболее актуальную информацию, оказываются незаменимы.

– И последний вопрос. Если бы Вы могли изменить что-то в своих пациентах, например, сделать их более дисциплинированными, что бы Вы «исправили»?

– К сожалению, наши пациенты очень нетерпеливы. Особенно это видно на примере больных хроническими дерматозами: они приходят на прием с заболеванием, которое развивалось на протяжении месяцев и даже лет, а результат хотят получить в течение нескольких дней. Конечно, это невозможно. Завышенные ожидания приводят к разочарованию в терапии и отказу продолжать лечение. Наверное, чуть больше терпения и любви к себе решили бы эту проблему. И, конечно, у нас есть проблема приверженности пациентов лечению. Ритм современной жизни достаточно высок, и порой больные забывают о мази или креме, прописанном дерматологом.

Конечно, мне хочется надеяться на увеличение количества больных, настроенных на продолжительное лечение в тех объемах, в которых его назначает лечащий врач. Но даже сейчас, когда пациенты порой не отличаются ни дисциплинированностью, ни желанием сотрудничать с врачом, нам удается достичь прекрасных результатов. ●

Беседовала С. Евстафьева