



# Профессор Н.Г. КОЧЕРГИН: «Наша главная задача – совершенствовать подходы к лечению наиболее распространенных дерматозов»



*Терапия кожных заболеваний – кропотливый труд, успех которого зависит не только от компетентности врача, но и от приверженности пациента лечению. О современных подходах к терапии атопического дерматита и псориаза мы беседуем с доктором медицинских наук, профессором кафедры кожных и венерических болезней Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М. Сеченова, врачом высшей категории Николаем Георгиевичем КОЧЕРГИНЫМ.*

**– Николай Георгиевич, какие направления научной работы кафедры кожных и венерических болезней ПМГМУ являются сегодня приоритетными?**

– Особое значение для нас имеет изучение двух наиболее распространенных дерматозов – атопического дерматита и псориаза. Исследуем разные аспекты этих болезней: варианты течения и локализации, эффективность различных видов терапии. Атопический дерматит – одно из самых распространенных дерматологических заболеваний – является иммунозависимым, поэтому особое внимание мы уделяем изучению состояния иммунной системы пациентов. В частности, анализируем изменение уровней интерлейкинов и антител до и после лечения. Несколько работ, проведенных на нашей кафедре, были посвящены изучению антител к микроорганизмам и грибам, которые могут выступать в качестве триггерных факторов, то есть провоцировать развитие болезни.

**– Скажите, какова клиническая значимость таких исследований?**

– Сегодня анализ на такие антитела не входит в стандарты ведения пациентов с атопическим дерматитом, хотя этот метод диагностики мог бы повысить эффективность лечения. Некоторые триггерные факторы, в частности грибы рода *Malassezia*, могут быть выявлены только в ходе диагностических исследований. Пациенту, у которого обнаружен высокий титр антител к грибам рода *Malassezia*, показано лечение антимикотиками, направленное на снижение уровня обсемененности грибами и, как следствие, антигенной нагрузки. Подчеркну: у пациента с атопическим дерматитом и высоким титром антител к грибам рода *Malassezia* мы не лечим разноцветный лишай – болезнь, вызываемую этими грибами, – а устраняем триггерный фактор, спровоцировавший обострение атопического дерматита. Кожных проявлений кератомикоза у такого больного нет, антимикотическая



## Актуальное интервью

терапия ему показана как способ снижения суперантигенного воздействия на организм. Иногда, как в случае с так называемой хронической спонтанной крапивницей, установить причину развития обострений не удастся даже спустя годы после начала заболевания. Поскольку доступность диагностических исследований ограничена, в ряде случаев мы эмпирически назначаем комплексные препараты, включающие противогрибковые, противомикробные и иммуносупрессивные компоненты. Замечу, что иммуносупрессия в настоящее время считается основным принципом лечения атопического дерматита, псориаза и других заболеваний, в патогенезе которых ключевую роль играет гиперреактивность иммунной системы. Но в патогенезе атопического дерматита есть и другие звенья, например нарушение барьерной функции кожи, а значит, в терапию должны быть включены лекарственные средства, восстанавливающие эту функцию.

### – От каких еще факторов может зависеть выбор терапии у пациента с атопическим дерматитом?

– Прежде всего от тяжести течения заболевания. Так, ограниченные, локализованные, нетяжелые формы атопического дерматита лечат с применением наружных терапевтических средств. Как правило, пациентам назначают стероидные, иммуномодулирующие и увлажняющие средства. При более тяжелых формах используют физиотерапию – облучение ультрафиолетом. Иногда приходится прибегать к системным стероидным препаратам, преимущественно для быстрого купирования обострений.

При лечении тяжелых форм атопического дерматита достаточно широко используются иммунодепрессанты и цитостатики, циклоспорин А и метотрексат соответственно. Цель терапии – снизить тяжесть заболевания. Тяжелые формы дерматозов мы стараемся перевести в легкие, а легкие – в продолжительную ремиссию. Для поддержания этого состояния обычно используется наружная терапия, в частности увлажняющие средства. Применяются также ингибиторы кальциневрина. Разработаны специальные схемы интермиттирующего применения наружных стероидных препаратов, позволяющих продлить состояние ремиссии.

### – Можно ли назвать псориаз более серьезным заболеванием по сравнению с атопическим дерматитом?

– Их нельзя сравнивать, они разные. Псориаз официально признан одной из шести наиболее распространенных аутоиммунных болезней. Считается, что действительно тяжелые формы псориаза, требующие системного подхода, встречаются лишь у 1/3 всех пациентов. Большинство же пациентов обходятся препаратами для местного применения.

Если атопический дерматит часто сопровождается развитием вторичных инфекционных осложнений, что нетипично для псориаза, то для последнего харак-

терны коморбидности. У некоторых больных, страдающих псориазом, развивается депрессия, которую можно рассматривать не только как осложнение основного заболевания. Сейчас доказано, что депрессия при псориазе – это проявление коморбидности – закономерного сочетания патологий. Изменилось и отношение к псориатическому артриту: теперь он также рассматривается как коморбидность, до 40% случаев сочетающаяся с псориазом.

И наконец, не следует забывать, что субъективная тяжесть кожных заболеваний существенно зависит от локализации. Даже незначительные высыпания на лице и открытых участках тела могут стать причиной серьезного снижения качества жизни пациента. Соответственно терапию необходимо назначать с учетом жалоб больного.

### – Какие подходы к терапии псориаза используются сегодня в клинической практике?

– В целом лечение псориаза аналогично лечению атопического дерматита: применяются стероидные препараты, увлажняющие средства и цитостатики. Пациентам с тяжелым течением заболевания назначается биологическая терапия ингибиторами фактора некроза опухоли альфа, позволяющая перевести заболевание в более легкую форму или добиться ремиссии. И псориаз, и атопический дерматит – генетически обусловленные заболевания, и этиотропного лечения с этой точки зрения пока не существует. В настоящее время активно изучаются генетические факторы, играющие ключевую роль в развитии данной группы заболеваний. Так, на нашей кафедре проводятся исследования, посвященные изучению эпигенетических особенностей атопического дерматита и псориаза. Однако в обозримом будущем этиотропные методы лечения хронических дерматозов в клинической практике вряд ли появятся. Это означает, что мы по-прежнему не можем полностью избавить пациента от дерматоза, но можем повысить качество его жизни, купируя выраженные симптомы заболевания. Например, если больной жалуется на бессонницу, вызванную зудом, необходимо решить проблему зуда. Если беспокоят кожные высыпания – их нужно свести к минимуму. Одновременно врач должен объяснить пациенту, что его заболевание является хроническим: мы не можем избавить больного от гиперреактивности иммунной системы, но можем более или менее успешно контролировать проявления такой гиперреактивности. Больной должен сконцентрироваться на достижении конкретных целей, например на избавлении от зуда или уменьшении выраженности кожных высыпаний. Таким образом, сегодня можно лишь совершенствовать существующие терапевтические подходы. При этом нужно постоянно объяснять пациенту, насколько важно применять препараты и схемы терапии, поддерживающие состояние ремиссии. ●

Беседовала А. Лозовская

дерматовенерология