

## Официальная (конвенциональная) медицина. Традиционное лечение

### СОДЕРЖАНИЕ:

Официальная (конвенциональная) медицина. Традиционное лечение.....	1
Это страшное слово — «капельница».....	1
Психотерапия в лечении псориаза .....	3
Плазмаферез и другие эфферентные методы при псориазе .....	7
Синтетические витамины в терапии псориаза .....	10
Криотерапия псориаза (лечение воздействием низких температур).....	17
Современные проблемы терапии и профилактики псориаза.....	20
Введение.....	20
Лечение псориаза.....	20
ПУВА-терапия в лечении псориаза.....	20
Селективная фототерапия в лечении псориаза.....	21
Ретиноиды в лечении псориаза (Неотигазон).....	21
Препараты витамина D3 .....	22
Иммunosупрессивная терапия псориаза.....	22
Методы дезинтоксикационной терапии.....	23
Наружное лечение псориаза.....	23
Мази с витамином D3 .....	24
Диета.....	25
Лечение псориаза: Климатические факторы.....	25

### Это страшное слово — «капельница»

Автор: участник форума **Сергей РК**

Почему в нашей стране любят «покапать» чего-то? В основном, да простит меня возрастная категория, из-за застоя медицинских технологий в нашей стране в период существования СССР. Нет, нельзя однозначно сказать, что советская система здравоохранения была плохая и имела одни только минусы — нет, конечно! Но эта статья не о плюсах и минусах здравоохранения в СССР, а о причинах развития такого подхода к лечению, когда, в частности, пациенту назначают чего-то «покапать».

Давайте попробуем разобраться, что же такое «покапать»? Существует такой путь введения веществ в организм, как «парентеральный». Это по сути означает, что вещества попадают в организм не через

кишечник. Например внутримышечный путь введения относится к парэнтеральным, как и внутривенный и подкожный. Существуют ситуации, когда подкожный, внутривенный или внутримышечный пути введения веществ в организм является либо единственно возможным, либо преимущественно оправданным. Вот классические примеры: инсулин можно вводить только парэнтеральными путями введения, так как он разрушается в желудочно-кишечном тракте (ЖКТ), и как вы думаете, неужели люди бы заморачивались с уколами инсулина, если бы его можно было принимать в таблетках? Конечно же, нет! В таблетках принимать препарат было бы намного удобнее, но, увы, с инсулином это в обозримом будущем не предвидится. Или другой пример. Есть такая страшная болезнь, как холера, благо она не сильно распространена в наши дни. Так вот, при холере особый микроорганизм (вибрион холеры) блокирует в организме путь всасывания воды в ЖКТ, но зато разблокирует (если так корректно сказать) механизм выведения воды из крови через ЖКТ. И начинается диарея, организм с высокой скоростью теряет воду, но восполнить её запасы не может, так как сколько бы человек ни выпил воды, она не сможет попасть в кровь, так как механизм её всасывания заблокирован. Так вот, если «чего-то покапать», шансы спасти жизнь больному холерой крайне высоки. Иными словами, единственным путём введения водно-солевых растворов в организм при холере является внутривенный. Да-да, те самые капельницы!

А вот теперь вопрос! Зачем «капать» обычные водно-солевые растворы при псориазе? Кто-то подумает, что вопрос дурацкий... Да нет, в том-то и дело, что не дурацкий! На всём постсоветском пространстве этот «метод» горячо любим разными дерматологами. Почему любим? Может, он такой мегаэффективный? Я думаю, что если создать голосование приблизительно следующего характера среди участников форума: «помогли ли вам капельницы с физ.раствором/реополиглюкином/реамберином или хитом 90-х — геомодезом?» — я думаю, что положительных ответов будет по самым оптимистичным подсчётам процентов 25-30, а то и меньше. Ничего не напоминает? Правильно, частота положительных отзывов плацебо-эффекта! Конечно, существует мнение, что «всё помогает в комплексе». Стало быть, одно дополняет другое, если говорить про комплексную терапию, например: гормональные мази разрешают местный процесс, энтеросорбенты призваны не допускать попадания токсинов в кровоток через кишечник, ещё для достижения очень хорошего эффекта — тиосульфаты, глюконаты (обязательно внутримышечно, т.е. «в уколах»), ну и конечно же, заветные капельницы с вышеописанными растворами.

Действительно, такая схема часто оказывается эффективной. Но в чём здесь секрет? В комплексности терапии или нет? Может, дело в том, что, выполняя все эти предписания, человек на какое-то время становится более дисциплинированным и, например, начинает соблюдать диету (а до этого питался бутербродами с колбасой – шутка конечно, но всё же), не злоупотреблять алкоголем, высыпаться по мере возможности, и всё это вкупе с таким достаточно мощным средством, как гормональные мази? Многие сейчас начнут вспоминать о негативе от «гормоналок», но речь не об этом. Я думаю, ни у кого нет сомнения, что эти препараты оказываются эффективными, пусть и на очень короткое время, и с выраженным эффектом отмены, но повторюсь, статья совсем не о «гормоналках». Вернёмся к основному вопросу — что же эффективно? Комплексные подходы или что-то другое? Предлагаю обратиться к опыту применения биопрепаратов. Существует много сообщений о высокой терапевтической эффективности различных биопрепаратов. Чаще всего «в комплексе» с биопрепаратами не назначают целую кучу различных лекарств а-ля капельницы с реополиглюкином. Так что получается, что в одной ситуации мы говорим о «комплексном» подходе и о том, что «эффективно всё вместе», но в случае с биопрепаратами как-то обходимся без капельниц с водой? На мой (сугубо субъективный) взгляд, дело в том, что мы имеем дело с обычными стереотипами.

Медицинское образование, как и все другие образования в нашей стране, оооочень далеки от идеала. И мы имеем, что процентов 60 плюс минус (точнее, наверное, никто не считал) врачей, которые сейчас ведут приём, получили образование в нашей стране в 90-годы, т.е. в самое «светлое» и «благополучное» время для нашей страны. Стоит добавить сюда тот факт, что в период до массового распространения интернета имел место информационный голод. Это значит, что доктора не могли перенимать чей-то опыт и оценивать

его эффективность по причинам банального отсутствия денег, что вело к невозможности покупать книги и ездить на международные конференции. А в это время самодуры в руководстве плодили свои собственные «сверхидеи», как и обычно, и разоблачить их не было никакой возможности.

А как же чудо-препараты типа мафусола или реамберина? Панацея от всех болезней? Или озонированный физ.раствор? Те, у кого есть желание, вполне могут найти подтверждение следующему факту – эти препараты не работают для тех целей, о которых заявляет производитель, а именно антигипоксическое действие (т.е. повышать способность организма сопротивляться недостатку кислорода в условиях кровопотери). Я не знаю точно, но думаю, что и для остальных целей это всего-навсего пустышка. Или кто-то серьезно может думать, что если бы эти препараты были эффективны при псориазе, то их применение так и носило бы единичный характер в частных чудо-клиниках?

И наконец, выводы. Всё, как сказанное выше, так и эти выводы, являются сугубо частным мнением. Так вот, по моему мнению, введение препаратов внутривенно капельно может оказывать незначительный положительный эффект за счёт двух механизмов — плацебо-эффекта и эффекта «промывания крови» просто водой. Если по поводу первого всё относительно ясно, то по поводу второго могут быть вопросы. Что такое промывание крови? Парадокс в том, что этого не знает никто! Я назвал это так, потому что, на мой взгляд, это отражает суть. В медицине принято называть это инфузионно-детоксикационной терапией. Но если вы спросите, что это, то ответ будет приблизительно такой: «жидкость, увеличивая общий объём циркулирующей крови, уменьшает таким образом концентрацию как продуктов, так и триггеров воспаления». Но вот что происходит потом, когда лишняя жидкость отфильтровывается почками и естественным образом выводится с мочой? Уносит ли она с собой часть этих вредных молекул или нет? Кто знает... Кстати, именно этого пытался добиться д-р Джон Пегано, когда рекомендовал пить около 2-х литров жидкости в день. Вот только есть ли разница, как вода поступает в организм – через ЖКТ или непосредственно в вену? Лично я думаю, что разницы нет, и даже наиболее естественный путь – просто пить воду предпочтительнее, потому что проще. Так что отдать определённую сумму за «капельницы» в чудо-клиниках или сходить в магазин за чистой питьевой водой — решать вам!

Рекомендуемая тема форума — [О препаратах...](#)

## Психотерапия в лечении псориаза

Автор: участник форума **аргус**

Приходящий к психотерапевту человек ждёт чуда. Приходящий к психотерапевту человек, имеющий псориаз, ждёт чуда и ищет надежду. Когда испробовано всё и вся, когда продуманы тысячи причин и последствий, а долгожданной ремиссии так и не наступает, наш взор всё чаще и чаще обращается к мысли о внутренних проблемах и конфликтах, и о том, что «все болезни от нервов». И вот тут возникает мысль о консультантах в области психологии, об их профессиональной деятельности – психотерапии. Давайте попробуем немного разобраться, что это зверь такой страшный, и чем конкретно он может помочь нам, живущим с псориазом.

Психотерапия – система лечебного воздействия на психику, а через психику – на весь организм и поведение человека.

Любимая фраза многих психотерапевтов: «Человек со здоровой психикой – это не тот, кто не имеет проблем, а тот, кто знает, как их преодолеть и выйти из создавшейся конфликтной ситуации».

Соответственно, основное, в чём нам могут помочь психотерапевты – это разобраться с нашими внутренними конфликтами и противоречиями. А зачем нам это нужно и как это может быть связано с псориазом? Вот тут возникает ещё одно загадочное слово – психосоматическое заболевание, к которым

регулярно пытаются отнести и псориаз.

## Таинственная психосоматика

Психосоматика – наука о взаимосвязях телесного и психического. Красиво, но общо.

Для начала попробуем понять, что же такое психосоматическое заболевание и как оно возникает, тогда нам станет понятно, какой вообще смысл в психотерапевтическом консультировании псориазины. В наиболее общем смысле, психосоматические заболевания – это органические расстройства, в отношении которых есть смысл считать, что в их развитии главную роль сыграл эмоциональный стресс.

Очень наглядно зарождение психосоматического заболевания показал Александер. Он сравнил жизнь организма с жизнью нации, в которой есть два экстремальных состояния: война и мир. Война представляет такое состояние дел, при котором организм вынужден иметь дело с непредвиденной ситуацией, а мир – такое, при котором он находится в состоянии отдыха и расслабления, со всей совокупностью физиологических реакций организма. Когда организм настроен на войну, он готовится к борьбе или к бегству: сердце бьётся быстрее, зрачки расширяются, желудочная активность (процесс мирного времени) подавляется, из печени высвобождается накопленный сахар и так далее. Эти активности сопровождаются выделением из надпочечных желез гормона адреналина, интенсифицирующего их действия. Когда организм настроен на мир, отдыхает – например, после сытного обеда, после полового акта, после сна – происходят обратные изменения: сердце бьётся медленнее, желудок продолжает переваривать своё содержимое, кожа приобретает румянец, зрачки сужаются, а в печени откладывается сахар. Эти две фундаментальные реакции готовят организм к действию или к расслаблению.

Но... человеку приходится расплачиваться за приобретённые отличия от животных. Наши братья меньшие живут в вечном настоящем, а вот мы, люди, можем испытывать страх и возмущение и по прошедшим событиям и по будущим. Одно дело, когда человек сталкивается с реальной опасностью или нуждается в повышенной активности, но когда он разозлен или напуган вчерашними или возможными завтрашними событиями, то, что должно было бы быть экстремальной реакцией, становится реакцией затянувшейся и хронической. Но и этой проблемы нам мало.

Опять же в отличие от животных, человек может рассматривать в качестве экстремальных такие ситуации, в которых опасность угрожает не жизни и здоровью, а таким социально значимым чувствам как гордость и чувство собственного достоинства, во всех трех временных рамках. Мы переживаем, думаем, выдумываем – а организм работает на мир или на войну.

Человек, увидев угрозу, входит в экстремальное состояние — будь то борьба, бегство, словесное выражение своей враждебности или более конструктивное поведение. Характерной же чертой не совсем нормы является склонность подавлять или сдерживать эти эмоции вместо высвобождения экстремальной реакции (в соответствующем поведении – борьбе, бегстве или конструктивной деятельности), таким образом, никогда не завершая их. Человек с подобной склонностью погружается в постоянное состояние готовности перед лицом угрозы, которая может быть чисто субъективной и никогда не приводит его к каким-либо действиям. В результате описанные выше физиологические изменения могут превратиться из временных экстремальных реакций в постоянные и закреплённые. Такова физиологическая основа психосоматических расстройств.

Как указывает Александер, существует два крайних типа индивидов: те, кто перед лицом опасности склонны отвечать действием и те, кто в сходных условиях, вместо того, чтобы встретить опасность, склонны обращаться за помощью, как беззащитные дети. В первом случае развиваются такие психосоматические заболевания, как повышенное кровяное давление, диабет, артрит, базедова болезнь, головные боли, сердечные боли и т.д. Во втором — расстройства пищеварения, язва двенадцатиперстной кишки,

хронический понос, запор, язва желудка и т.д.

Таким образом, многие болезни не являются, как обычно думают, «постигшими» невинного человека несчастьями, поскольку в действительности он порождает их сам – он является активным агентом их возникновения и они выражают черты личности человека, так же как и возникшие симптомы.

Вот мы и добрались до психологического консультирования, как реальной палочки-выручалочки из этого замкнутого круга. Психотерапевт не Бог, но помочь нам разобраться с нашей «войной и миром», научить приемам расслабления, помочь научиться брать на себя ответственность, увидеть наши внутренние конфликты и эмоции, которые они вызывают, помочь прекратить бегать по кругу событие — переживание — мобилизация или уход – событие — всё это психотерапевту вполне по силам. Личностные нарушения имеют серьёзную связь с псориазом. Обратите внимание на эти цифры представленности психических нарушений среди больных псориазом, в % (выборка 400 человек больных псориазом).

Расстройства:

личностные – 46,4

тревожные – 40,1

лёгкие когнитивные – 20,2

депрессивные — 10,7

влечений – 1

(по материалам <http://psori.narod.ru/statyi15.html> ; к сожалению, саму книгу «Псориаз: психологические аспекты» Л.Н. Касимова и др. найти не удалось.)

Уйдёт ли псориаз, если сможем скорректировать обозначенные проблемы? Логично предположить, что чем успешнее будет психотерапевтическая работа, тем меньше у псориаза шансов на внешние и внутренние проявления. Пусть генетика за предрасположенность, пусть социальная среда сформировала специфические черты характера, пусть вокруг одни стрессы и конфликты, но человек может себе позволить такую роскошь, как изменение своего взгляда на мир и на способы реагирования на этот мир – а это уже серьёзное подспорье в исчезновении последствий псориаза.

(Если кому интересен более глубокий взгляд на проблему можете начать с интересных статей по психосоматической медицине и обратите внимание на литературу — [ЗДЕСЬ](#) и [ЗДЕСЬ](#)).

Много списков по взаимосвязи конкретных эмоциональных проявлений с конкретными болезнями, вот один из таких списков, кому интересно посмотрите, один из наиболее полных — [ЗДЕСЬ](#), но нам он в глобальном масштабе бесполезен, поскольку так и не удалось найти списка с псориазом, может, его найдёте вы?

В качестве косвенного подтверждения вышесказанного хочется отметить, что связь обострений с нервными периодами в жизни установлена достаточно чётко как официальной медициной, так и практическим опытом участников форума. Несмотря на это, мало форумчан решилось обратиться за помощью к психологическому консультанту — здесь, видимо, и отсутствие информации о самих психотерапевтах-консультантах, найти хороших не просто, и материальные причины, удовольствие не из дешёвых, и причины, связанные с отсутствием информации о процессах, которые происходят за закрытой дверью таинственных сеансов, и мифы, с этим связанные. С мифами разбираться не будем, давайте сразу заглянем в суть процесса.

### **Волшебный сеанс или структура процесса психологического консультирования**

Рассмотрим самую общую модель структуры консультативного процесса. Эта системная модель, охватывающая шесть тесно связанных между собой стадий, отражает универсальные черты психологического консультирования или психотерапии любой ориентации:

1. Исследование проблем. На этой стадии устанавливается контакт между психотерапевтом и клиентом, без доверия сложно будет куда-то продвинуться в позитивном направлении. Психотерапевт на этом этапе поощряет клиента к углубленному рассмотрению возникших у него проблем и фиксирует его чувства, содержание высказываний, невербальное поведение (жесты, мимика, язык тела).
2. Двумерное определение проблем. На этой стадии консультант стремится точно охарактеризовать проблемы клиента. Уточнение проблем ведется до тех пор, пока клиент и консультант не достигнут одинакового понимания; проблемы определяются одинаковыми понятиями. Точное определение проблем позволяет понять их причины, а иногда указывает и на способы разрешения. Если при определении проблем возникают трудности, неясности, то возвращаются к стадии исследования.
3. Идентификация альтернатив. На этой стадии выясняются и открыто обсуждаются возможные альтернативные решения проблем. Помогает выдвинуть дополнительные альтернативы, однако не навязывает своих решений.
4. Планирование. На этой стадии осуществляется критическая оценка выбранных альтернатив решения. Консультант помогает клиенту разобраться, какие альтернативы подходят и являются реалистичными с точки зрения предыдущего опыта и настоящей готовности измениться. Составление плана реалистического решения проблем должно также помочь клиенту понять, что не все проблемы разрешимы. Некоторые проблемы требуют слишком много времени; другие могут быть решены лишь частично посредством уменьшения их деструктивного, дезорганизирующего поведения воздействия. В плане решения проблем предусматривается, какими средствами и способами клиент проверит реалистичность выбранного решения.
5. Деятельность. На этой стадии происходит последовательная реализация плана решения проблем. Консультант помогает клиенту строить деятельность с учетом обстоятельств, времени, эмоциональных затрат, а также с пониманием возможности неудачи в достижении цели, памятуя о том, что неудача – ещё не катастрофа и следует продолжать реализовывать план решения проблемы, связывая все действия с конечной целью.
6. Оценка и обратная связь. На этой стадии клиент вместе с консультантом оценивает уровень достижения цели (степень разрешения проблемы) и обобщает достигнутые результаты. В случае надобности возможно уточнение плана решения. При возникновении новых или глубоко скрытых проблем необходим возврат к предыдущим стадиям.

Конечно, реальный процесс консультирования значительно обширнее и нередко не подчиняется данному алгоритму, а выделение стадий весьма условно, поскольку в практической работе одни стадии смыкаются с другими, и их взаимосвязь сложнее, чем в представленной схеме. Однако данная схема помогает увидеть закономерности процесса консультирования, как видите, ничего таинственного.

Но, ни одна схема не заменит профессиональной и личной компетенции психотерапевта. И вот теперь важный вопрос:

Каким должен быть психотерапевт-консультант и как его выбрать?

Сейчас немало центров по психологическому консультированию, и немало частнопрактикующих психотерапевтов. Как говорится, реклама пестрит. Однако, стоит ли бросаться по зову рекламы в самый, самый... омут? Как бы это старомодно ни звучало, самый лучший выход, на мой взгляд, — искать себе психотерапевта по рекомендациям друзей и знакомых:

Во-первых, среди психотерапевтов тоже есть специализация; она, конечно, размыта, но за пациентов с психосоматическими заболеваниями берутся далеко не все.

Во-вторых, у «живой» рекомендации вы можете узнать и о стиле работы, и о достигнутых результатах, как

минимум в разрезе доволен/не доволен, как нужный вам максимум в разрезе решил/не решил проблемы из интересующей вас области.

В-третьих, у вас появится реальный выбор, пусть из 2-3-х специалистов, о которых вы будете точно знать не мало важную вещь – с вас не возьмут больше денег, чем это необходимо.

Если ситуация терпимая, лучше не торопиться, подождать более подходящего варианта. Хотя есть одна существенная сложность, люди стесняются говорить на тему психологического консультирования. Чаще всего происходит из-за того, что люди боятся показаться слабыми, имеющими неразрешимые проблемы, однако ваша корректность и уважение выбора собеседника обратиться к профессионалам за помощью, способно растопить этот лёд.

Сам психотерапевт должен быть комфортен вам, вызывать у вас доверие, уважение. Возможно, вам будет интересно, что предпринимались попытки выделить свойства личности консультанта для профессионального отбора, конечно, не в России и не в странах ближайших по границе, все-таки психологическое консультирование вне специализированных медицинских учреждений сравнительно недавно пришло на наш рынок.

Вот некоторые из них:

- проявление глубокого интереса к людям и терпение в общении с ними;
- чувствительность к установкам и поведению других людей;
- эмоциональная стабильность и объективность;
- способность вызвать доверие других людей;
- уважение прав других людей, а также
- доверие к людям, проницательность, отсутствие предубеждений, отождествление себя с клиентом, эмпатия и отсутствие собственных серьёзных проблем.

К особо ВРЕДНЫМ для психологического консультанта чертам отнесли:

- авторитарность;
- пассивность и зависимость;
- замкнутость;
- склонность к использованию клиентов для удовлетворения своих потребностей;
- неумение быть терпимым к различным побуждениям клиентов;
- невротическую установку в отношении денег.

Надеемся, что кое-что из вышеобозначенного вам обязательно пригодится при выборе вашего личного психологического консультанта или психотерапевта.

Рекомендуемый раздел форума — [«Психология пациента и психотерапия при псориазе»](#)

## Плазмаферез и другие эфферентные методы при псориазе

Автор: участник форума **Уайта**

Я не врач. Более того, моя профессия весьма далека от медицины. Поэтому в этой статье я не буду обсуждать специфические аспекты лечения псориаза с помощью очистки (любой из перечисленных) крови, т.е. эфферентных (*лат. efferens* = выводить) методов выведения из организма патологических продуктов и субстратов. Я просто изложу результат «интернетовского» исследования и опыт форума на данный момент.

Начать хочу со своей истории. Так уж получилось, что мой опыт «кожных» заболеваний достаточно обширен: диатез, фурункулёз, ячмени, лихорадки в детстве и нейродермит, псориаз во взрослом возрасте. Естественно, у меня накопился разнообразный опыт лечения. Не могу не отметить, что именно лечение с помощью различных переливаний крови помогало мне окончательно избавиться от многих болячек. Фурункулез был вылечен аутогемотерапией, тяжелейший нейродермит – плазмаферезом. Поэтому, взявшись за подборку фактов «плазмаферез» и «псориаз», я была, скорее, предвзято настроена в пользу подобного лечения.

Поиск информации я сделала на русском и английском языках. Результат поиска — ошеломляющий. Насколько английские статьи отрицают полезность «очистки» крови для лечения псориаза, настолько русские статьи хором поют о полезности подобного лечения.

Давайте рассмотрим некоторые статьи (перевод мой, поэтому прошу прощения за возможные неточности).

1. Лечение псориаза плазмаферезом (1985, Австрия). Schuster, Lenzhofer, Raff — [ССЫЛКА](#).

Исследовались 9 пациентов (возраст от 20 до 71 ). В трёх случаях бляшки исчезли, при этом в одном практически сразу вернулись. Приводится таблица результатов клинических испытаний и вывод – «плазмаферез дает только кратковременный результат и не рекомендуется для лечения псориаза».

2. 1986, Швеция — [ССЫЛКА](#).

Тоже 9 пациентов , лечение *plasma exchanges or leukapheresis*, ни один не показал существенных признаков улучшения состояния.

3. Плазмаферез в дерматологии (1990, Индия). Plasmapheresis in dermatology. Kanwar AJ, Kaur Surrinder, Rajagopalan Murlidhar — [ССЫЛКА](#).

Вывод о бесполезности лечения псориаза с помощью плазмафереза (клинические испытания показали отсутствие эффекта).

4. 2007 , Италия. Клинические испытания показали отсутствие эффекта от плазмафереза при лечении псориаза .

5. 2002, США. Диализ — это процесс искусственной очистки крови. Чаще всего он используется для пациентов с почечными проблемами. В статье рассмотрены несколько типов гемодиализа и результаты лечения псориаза (таблица «неутешительных» данных...) — [ССЫЛКА](#).

Для полноты картины я искала статьи с положительными результатами лечения псориаза методами сорбции, фильтрации etc крови. Не то чтобы подобное лечение полностью отрицалось, но клинические исследования показывали нецелесообразность подобного лечения.

Однако, когда подобный поиск я сделала на русских сайтах, то обнаружила, что практически каждая коммерческая клиника рекомендует , например, плазмаферез, утверждая 85% и выше статистику «излечения» или существенного улучшения псориаза. Я не буду приводить выдержки из статей этих клиник. Звучит всё великолепно.

Плазмаферез, на мой взгляд, изумительная процедура, помогающая при многих болезнях. Я пролистала статьи о плазмаферезе и трансплантации органов, плазмаферез и заболевания почек, и прочая и прочая... НО. Плазмаферез и псориаз?... — очень сомнительно.

**В заключение — ОПЫТ участников форума:**

**ddSat**

Мне сеансов пять делали давненько.... Проясню, чего делали — брали граммов 400 крови (два бутылка) и пропускали все через угольные и еще какие то фильтры, типа туалетной бумаги, потом мою кровь гоняли на центрифуге на плазму, а потом обратно вливали... Не знаю, может у меня такой организм, но не запомнилось, чтобы эти процедуры мне помогли...

**Вася**

Я тоже пробовал, мне тоже абсолютно не помогло. Я поэтому повзрослев разговаривал с врачом из КВД, которая занимается кожниками очень долгое время, она вообще не советовала её делать, она говорит, что по ее наблюдениям, тем кому плазмаферез помогает, у них в краткосрочном периоде наступает улучшение,



однако в дальнейшем, возникает быстрое обострение которое всегда сильнее того, что было до плазмафереза, и которое после него намного труднее снимать.

#### **help**

В прошлом форуме был большой топик «про это», статистика была к сожалению НЕ в пользу гемосорбции (фициальная статистика — 60/40). Назовем в общем — гемодиализные процедуры, вариантов много, нет смысла снова расписывать механизм действия, но суть одна и та же и статистика от этого не меняется. Проблема даже не в том, что может не быть улучшения, проблема в том, что по той же статистике у 5-8% состояние ухудшилось. Кроме того, плазмаферез — это наиболее «легкая» процедура, серьезный диализ позволяет много чего из крови «выудить» вплоть до изменения баланса форменных элементов, но для лечения псора толку похоже от этого немного.

Оборудование и методика, естественно, несколько отличаются, но принцип процедуры тот же — удаление неких «вредных» (знать бы каких?) веществ, компонентов (фильтрация, сорбция, центрифугирование, неважно как) из крови или её составляющих, как наиболее сложный вариант — с изменением состава крови. И результаты весьма неоднозначны — в лучшем случае ремиссия на полгода или около того, в худшем — обострение, но с большой буквы. Да ещё и противопоказаний куча, да ещё и недёшево, да ещё и процедуры так себе, да ещё и риск наломать чего-нить «по дороге»..

#### **Guest**

Вопрос был о процедурах по очистке крови. В прошлых форумах ,что то было. Я делал плазмаферез 2 раза( по 5 процедур). То что начиналось на ногтях совсем немного прошло, остальное без изменений .

#### **Azzy**

Мне плазмаферез с УФОК не помог.

#### **vovan**

В 2000 году угораздило меня грохнутья с 2-х метровой высоты на бетон, а на меня сверху грохнулся мой коллега весом килограмм 80. Результат — отбитые почки и реанимация. Т.к. по «маленькому» не ходил дня 3, посадили на гемодиализ. И что характерно, после 3-х процедур все проявления псора сошли на нет. Ну, после выписки из больницы диет, естественно, никаких не соблюдал (за исключением того, что уже 9 лет, вообще, никакого спиртного), так что через некоторое время опять все вылезло.

#### **Guest**

Плазмаферез не помог мне абсолютно. 6 сеансов, толку ноль. Но гемодиализ технологически другая процедура, может в этом дело?

#### **Markus**

В свое время прошел курс гемосорбции — эффект нулевой. Людей, у которых после данной процедуры наступала ремиссия, лично не встречал. Слышал лишь (со слов врача, что характерно), что такие были. Мое мнение — пустая трата времени и средств.

#### **Smoker**

Прошел плазмаферез несколько лет назад при обострении. Эффект — 0.

#### **chilian**

Мне делали переливание и удалили гланды. По очереди, конечно. И все равно мне с каждым годом все хуже и хуже (как тот лось, я пью, а мне все хуже и хуже). Мне гланды тоже удаляли, говорили, что псориаз, может, пройдет. Но прошли только угри на спине, которые у меня были несколько лет, ужасно гнойные и «кровавые», не мог никак избавиться. А псориаз обострился, и с того времени меньше не становился.

#### **alien**

Да, так ещё об экстракорпоральных методах... В своё время я много экспериментировал по этой теме: гемосорбция (на сорбентах СКН-1, СКН-4, КАУ), дискретный плазмаферез (до 800 мл плазмы сливал с восполнением только солевыми р-рами), УФОК (разными лампами), лазерное в/в облучение крови. Ну что сказать? — не стоит овчинка выделки...

Наибольший результат был получен при проведении гемосорбции, 3-4 сеанса (СКН — 1,4), — побледнение

и разрешение бляшек, но с непривычной клинической картиной, как на море, например: там они разрушались на мелкие элементы и пропадали, начиная с центра. А после гемосорбции было тотальное побледнение бляшки, уменьшение шелушения, уплощение элемента... Полной, а тем паче, продолжительной ремиссии достигнуть не удавалось, поэтому «додавливал» кварцеванием. Все эти «метания» происходили зимой-весной, в периоды обострения. Да, так ремиссии как таковой не было, но до лета дожить несколько помогало... Плазмаферезы, тоже по 3-4 «подхода», давали меньший эффект. УФОК-очистка и лазер... что-то вообще не помню, чтобы были хоть какие-то сдвиги...

**vilona**

Я сделала 4 сеанса плазмафереза в декабре перед санаторием. После 2 сеанса пошло улучшение. На глазах буквально..

**wiktor**

Я делал плазмаферез летом 2005 года, результата, к сожалению, у меня не было, правда, я это связываю ещё с плохим сервисом, процедуры делали в отделении реанимации обл. больницы...

Рекомендуемая тема форума — [«Методы очищения крови»](#)

## Синтетические витамины в терапии псориаза

Автор: участник форума **Тереза**



К неспецифическим противовоспалительным средствам, обладающим широким фармакотерапевтическим действием, относятся витамины, активно влияющие на метаболические функции. Известно, что жизненная потребность в витаминах обусловлена их участием в построении многих ферментов, что обеспечивает регуляцию метаболизма, адаптационно-трофических механизмов, иммунокорректирующее действие. Нижеизложенная статья о витаминотерапии будет полезна для общего развития. Лечить витаминами псориаз... хм-ммм, по меньшей мере, смешно. Но для дополнения в комплексе с «серьёзными» средствами может и прокатить. И всё же... данная методика «имеет место быть», а засунуть ли витамины в задницу (в прямом и переносном смысле) – решать вам.

/Использованы, в частности, материалы Википедии/

**Витамины** — группа низкомолекулярных органических соединений относительно простого строения и разнообразной химической природы, которые человек или животные для нормальной жизнедеятельности должны получать извне полностью или частично. Концентрация витаминов в тканях и суточная потребность в них невелики, но при недостаточном поступлении витаминов в организм наступают характерные и опасные патологические изменения.

Витамины не являются для организма поставщиком энергии и не имеют существенного пластического значения. Однако витаминам отводится важнейшая роль в обмене веществ. Они участвуют во множестве биохимических реакций. Выполняя либо каталитическую функцию в составе активных центров большого

количества разнообразных ферментов, либо являются информационными регуляторными посредниками, выполняя сигнальные функции экзогенных прогормонов и гормонов.

С нарушением поступления витаминов в организм связаны два принципиальных патологических состояния: недостаток витамина — гиповитаминоз (авитаминоз) и избыток витамина — гипервитаминоз.

Известно около полутора десятков витаминов. Исходя из растворимости витамины делят на жирорастворимые — А, D, Е, К, и водорастворимые — все остальные. Жирорастворимые витамины накапливаются в организме, причём их депо являются жировая ткань и печень. Водорастворимые витамины в существенных количествах не депонируются, а при избытке выводятся. Это с одной стороны объясняет то, что чаще встречаются гиповитаминозы водорастворимых витаминов, а с другой — значительно чаще наблюдаются гипервитаминозы жирорастворимых витаминов.

### **История**

Важность некоторых видов еды для предотвращения определённых болезней была известна ещё в древности. Так, древние египтяне знали, что печень помогает от куриной слепоты. Ныне известно, что куриная слепота может вызываться недостатком витамина А. В 1747 году шотландский врач Джеймс Линд (James Lind) открыл, что цитрусовые предотвращают цингу. В 1753 он опубликовал трактат «Лечение цинги». Однако эти взгляды получили признание не сразу. Тем не менее Джеймс Кук на практике доказал роль растительной пищи в предотвращении цинги, введя в корабельный рацион кислую капусту. В результате он не потерял от цинги ни одного матроса — неслыханное достижение для того времени. В 1795 лимоны и другие цитрусовые стали стандартной добавкой к рациону британских моряков.

В 1880 году русский биолог Николай Лунин из Тартуского университета скармливал подопытным мышам по отдельности все известные элементы, из которых состоит коровье молоко: сахар, белки, жиры, углеводы, соли. Мыши погибли. В то же время мыши, которых кормили молоком, нормально развивались. В своей диссертационной (дипломной) работе Лунин сделал вывод о существовании какого-то неизвестного вещества, необходимого для жизни в небольших количествах. Вывод Лунина был принят в штыки научным сообществом. Другие учёные не смогли воспроизвести его результаты. Одна из причин была в том, что Лунин использовал тростниковый сахар, в то время как другие исследователи использовали молочный сахар, плохо очищенный и содержащий некоторое количество витамина В.

В последующие годы накапливались данные, свидетельствующие о существовании витаминов. Так, в 1889 году голландский врач Христиан Эйкман (Christiaan Eijkman) обнаружил, что куры при питании варёным белым рисом заболевают бери-бери, а при добавлении в пищу рисовых отрубей — излечиваются. Роль неочищенного риса в предотвращении бери-бери у людей открыта в 1905 году Уильямом Флетчером. В 1906 году Фредерик Хопкинс предположил, что помимо белков, жиров, углеводов и т. д. пища содержит ещё какие-то вещества, необходимые для человеческого организма, которые он назвал «accessory factors». Последний шаг был сделан в 1911 году польским учёным Казимиром Функом, работавшим в Лондоне. Он выделил кристаллический препарат, небольшое количество которого излечивало бери-бери. Препарат был назван «Витамайн» (Vitamine), от латинского *vita* — жизнь и английского *amine* — амин, азотсодержащее соединение. Функ высказал предположение, что и другие болезни — цинга, пеллагра, рахит — тоже могут вызываться недостатком каких-то веществ.

В 1920 году Джек Сесиль Драммонд предложил убрать е из слова «vitamine», потому что недавно открытый витамин С не содержал аминовой компоненты. Так витаминны стали витаминами.

В 1929 году Хопкинс и Эйкман за открытие витаминов получили Нобелевскую премию, а Лунин и Функ — не получили. Лунин стал педиатром, и его роль в открытии витаминов была надолго забыта. В 1934 году в Ленинграде состоялась Первая всесоюзная конференция по витаминам, на которую Лунин (тоже ленинградец) даже не был приглашён.

В 1910-е, 1920-е и 1930-е года были открыты и другие витамины. В 1940-е годы была расшифрована химическая структура витаминов.

## Витамины человека

Витами н	Название	Растворимость	Недостаток	Передозировк а	Суточная потребность
<u>A</u>	<u>Ретинол</u>	Ж	<u>Куриная слепота, Ксерофтальмия</u>	50000 <u>МЕ</u>	1,5 мг, или 5000 МЕ
<u>B<sub>1</sub></u>	<u>Тиамин</u>	В	<u>Бери-бери</u>	нет данных	1,4-2,4 мг
<u>B<sub>2</sub></u>	<u>Рибофлавин</u>	В	<u>Арибофлавиноз</u>	нет данных	1,1 мг
<u>PP (B<sub>5(3)</sub>)</u>	<u>Ниацин</u>	В	<u>Пеллагра</u>	2,5 г	12 мг
<u>B<sub>3(5)</sub></u>	<u>Пантотеновая кислота</u>	В	<u>Парестезиаз</u>	нет данных	5—10 мг
<u>B<sub>6</sub></u>	<u>Пиридоксин</u>	В	нет данных	400 мг	1,1 мг
<u>B<sub>7(Н)</sub></u>	<u>Биотин</u>	В	нет данных	нет данных	30 мкг
<u>B<sub>9</sub></u>	<u>Фолиевая кислота</u>	В	нет данных	1 мг	320 мкг
<u>B<sub>12</sub></u>	<u>Кобаламин</u>	Энзимовитамины В	<u>Пернициозная анемия</u>	нет данных	2-3 мкг
<u>C</u>	<u>Аскорбиновая кислота</u>	В	<u>Цинга</u>	нет данных	75 мг
<u>D<sub>1</sub>, D<sub>2</sub>, D<sub>3</sub>, D<sub>4</sub>, D<sub>5</sub></u>	<u>Ламистерол</u> <u>Эргокальциферол</u> <u>Холеальциферол</u> <u>Дигидротахистерол</u> <u>7-дегидротахистерол</u>	Ж	<u>Рахит</u>	50 000 МЕ (см. прим.)	взросл. — 100 МЕ, дети — 500 МЕ
<u>E</u>	<u>α, β, γ –токоферолы</u>	Ж	нет данных	50 000 МЕ (см. прим.)	10-30 мг
<u>F</u>	<u>Арахидоновая кислота</u>	Ж	?	нет данных	?
<u>K</u>	<u>Филлохинон</u> <u>Фарнохинон</u>	Ж	нет данных	нет данных	75 мкг
<u>P</u>	Биофлавоноиды, полифенолы	В	нет данных	нет данных	нет данных
<u>N</u>	<u>Липоевая кислота</u>	В	нет данных	нет данных	нет данных

- Ж – Жирорастворимый
- В – Водорастворимый
- МЕ – Международная Единица
  - 1 МЕ витамина D = 0,025 мкг холе(эрго-)кальциферола.
  - 1 МЕ витамина E = 2/3 мг d-α-токоферола или 1 мг ацетата dl-α-токоферола.

К неспецифическим противопсориазическим средствам, обладающим широким фармакотерапевтическим действием, относятся витамины, активно влияющие на метаболические функции. Известно, что жизненная

потребность в витаминах обусловлена их участием в построении многих ферментов, что обеспечивает регуляцию метаболизма, адаптационно-трофических механизмов, иммунокорригирующее действие. Для лечения псориаза широко используют **витамины комплекса В**, особенно В1, В2, В6, В12, В13, В15, витамины А, Е, С, Р в комбинации с другими терапевтическими средствами.

Включение витамина В1, а еще лучше его кофермента – кокарбоксилазы, в комплексную терапию псориаза способствует регрессу высыпных элементов. Особое значение кокарбоксилаза имеет для регуляции углеводного обмена, функциональной активности нервной системы, эндокринных желез и сердечной деятельности. Кокарбоксилаза является готовой формой кофермента, образующегося в организме из тиамин (витамин В1). Вводят ее подкожно, внутримышечно или внутривенно по 0,05 – 1 г 1 раз в день, через день, на курс 10 – 15 инъекций. Противопоказания – непереносимость, наличие аллергических заболеваний, гипертония.

Витамин В2 – рибофлавин входит в состав ферментов, регулирующих окислительно-восстановительные процессы, участвует в углеводном, белковом и жировом обмене, необходим для поддержания нормальной функции зрительного анализатора. Для лечения псориаза применяют 1% раствор рибофлавина мононуклеотида, вводимый внутримышечно по 2 мл через день, на курс 10 – 15 инъекций.

Противопоказаниями служат идиосинкразия и перфолитиаз. Осложнений при применении рибофлавина не наблюдается. Весьма целесообразно назначать витамин В5 – кальция пантотенат, который входит в состав коэнзима А, участвующего в процессах ацетилирования и являющегося одним из важнейших коферментов сложных ферментативных систем окислительного декарбоксилирования пировиноградной и  $\alpha$ -кетоглутаровой кислот. В процессе ацетилирования при окислительном распаде углеводов, жиров и белков под влиянием витамина В5 нормализуется метаболизм трикарбоновых кислот – центральный метаболический процесс клеточного уровня.

Кальция пантотенат применяют внутрь по 0,1 – 0,2 г 3 – 4 раза в день, а также внутримышечно в виде 20% раствора по 1 – 2 мл 1 – 2 раза в день на протяжении 2 – 3 мес. Противопоказания – индивидуальная непереносимость. Осложнения в виде аллергических реакций, диспепсических явлений наблюдаются чрезвычайно редко.

Положительное действие при псориазе оказывает витамин В6 – пиридоксин. Его кофермент (фосфорилированный) пиридоксальфосфат необходим для декарбоксилирования и переаминирования аминокислот (триптофан, метионин, цистеин, глутаминовая и другие аминокислоты). Участвуя в обмене жиров и липопротеидов, он увеличивает выведение холестерина и триглицеридов. Пиридоксальфосфат вводят внутримышечно по 10 мкг ежедневно или через день в течение 1 мес. Пиридоксин применяют внутрь в порошках или таблетках по 0,025 г 3 – 4 раза в день. или в виде 5% раствора по 1- 2 мл внутримышечно через день. Курс лечения продолжается 3 – 4 нед. Осложнения – аллергические проявления в виде дерматита или крапивницы встречаются редко. Противопоказания – идиосинкразия.

Витамин В12 (цианкобаламин) применяют довольно широко в лечении псориаза, так как он участвует в синтезе лабильных метиловых групп, холина, метионина, нуклеиновых кислот, благоприятно действует на функциональное состояние печени, нервной системы. Обладает выраженным антианемическим действием, нормализует обмен углеводов и жиров. Препарат вводят внутримышечно от 50 до 400 мкг 1 раз в день через день. Продолжительность лечения составляет 1 мес. Противопоказаниями являются тромбоз, стенокардия, эритроцитоз, нарушение реологических свойств крови. К осложнениям применения витамина В12, относятся аллергические дерматиты, крапивница, отек Квинке, сердцебиение, эритролейкоцитоз, нервное возбуждение.

Витамин В13 – оротовая кислота является одним из предшественников пиримидиновых нуклеотидов, входящих в состав нуклеиновых кислот, которые участвуют в синтезе белковых молекул. Оротовая кислота и ее соли рассматриваются как, вещества анаболического действия и применяются при нарушениях белкового обмена и как общие стимуляторы обменных процессов. В дерматологии используется калиевая соль оротовой кислоты (калия оротат). Принимают калия оротат внутрь за 1 ч до еды по 0,25 – 0,5 г 3 раза в

день. Курс лечения 20 – 40 дней. Повторные курсы назначаются после месячного перерыва. Витамин В15 (пангамовая кислота и ее производное – кальция пангамат) применяется для лечения псориаза, особенно при эритродермии или псориатической артропатии, с целью нормализации липидного обмена, рационального усвоения кислородом тканями, увеличения энергетических ресурсов мышц и печени (креатинфосфата и гликогена), а также с целью частичной блокировки патологических нервных импульсов с кожи на ЦНС. Вследствие наличия молекулы кальция, витамин В15 обладает значительным противовоспалительным и гипосенсибилизирующим действием. Кальция пангамат назначают внутрь по 0,05 – 0,1 г в виде порошков или таблеток 3 – 4 раза в день на протяжении 20 – 40 дней с последующим перерывом 2 – 3 мес. Он противопоказан при глаукоме, гипертонической болезни. Побочные явления отмечаются редко, преимущественно у лиц пожилого возраста в виде бессонницы, головных болей, раздражительности, тахикардии, экстрасистолии. Хороший терапевтический эффект отмечается при лечении псориаза фолиевой кислотой, особенно у больных с большой продолжительностью течения болезни в стационарной стадии, в то время как в период обострения лечебный эффект мало выражен. Фолиевая кислота совместно с витамином В12 стимулирует процесс эритропоэза, является составной частью коэнзимов, которые осуществляют синтез метионина, серина, холина, урацила, тимина, пурина и нуклеиновых кислот. Для лечения псориаза назначают внутрь по 0,01 – 0,03 г 3 раза в день 20 – 30 дней в комплексе с витамином В12.

В терапии различных форм псориаза широко используется аскорбиновая кислота (**витамин С**), участвующая в регуляции окислительно-восстановительных процессов, способствующая синтезу стероидных гормонов, образованию коллагена, уплотнению клеточных мембран капилляров. Больным псориазом аскорбиновая кислота назначается в 5% растворе по 2 – 3 – 5 мл 1 раз в день в течение 1 мес.; внутрь в таблетках или порошках по 0,05 – 0,25 г 3 – 4 – 5 раз в день после еды 30 – 40 дней. Аскорбиновая кислота обладает гипосенсибилизирующим действием, особенно при внутримышечном введении.

При легкой форме псориаза и больным с выраженным нарушением жирового обмена целесообразно назначать **никотиновую кислоту**, которая принимает участие в окислительно-восстановительных процессах, снижает содержание холестерина, триглицеридов в крови, положительно действует на липидный обмен и обладает сосудорасширяющим действием. Для лечения псориаза никотиновая кислота применяется в дозе 0,05 – 0,12 мг 2 – 3 раза в день внутрь или в виде 1 % раствора по 1 – 2 мл подкожно или внутримышечно в течение 15 – 20 дней. Противопоказанием может служить индивидуальная непереносимость. Резко ограничивается назначение никотиновой кислоты при тяжелых формах атеросклероза, гипертонической болезни. Побочные реакции проявляются в покраснении кожи лица, верхней половины туловища, головокружении, чувстве прилива, парестезиях.

Применяют также **витамин D2**, который регулирует обмен фосфора и кальция, способствует уплотнению клеточных мембран, оказывает положительное влияние на регенеративные процессы в эпидермисе, способствуя отложению в коже дегидрохолестерина. Применяют витамин D2 из расчета 2000 МЕ на 1 кг массы тела, что в среднем составляет 80000 – 160000 МЕ в сутки в течение 20 дней. При хорошей переносимости через 7 – 10 дней прием повторяют и продолжают 2 – 3 мес. до исчезновения клинических проявлений псориаза. Затем прием витамина D2 продолжается в течение года с месячным перерывом после каждого месяца лечения. Витамин D2 противопоказан при активных формах туберкулеза легких, язвенной болезни желудка, двенадцатиперстной кишки, заболеваниях печени и почек, органических заболеваниях сердца и сосудов. Частыми побочными явлениями являются диспепсические симптомы, полиурия, гипертермия, диарея, кальциноз внутренних органов.

Нарушение кератинизации при псориазе послужило основанием для применения **витамина А или ретинола**. Этот витамин способствует росту и развитию, обеспечивает процессы кератогенеза в

эпидермисе. Он обладает свойством поддерживать функции кератиноцитов эпидермиса вследствие нормализации пластических метаболических процессов в коже и слизистых оболочках. Ретинол повышает усвоение белков, жиров и углеводов, интенсифицируя окислительно-восстановительные процессы и синтез холестерина, необходимого для построения стероидных гормонов, способствует усилению фагоцитоза и синтезу защитных антител. При недостаточности витамина А возникает кератинизация эпидермиса, проявляющаяся сухостью кожи, шелушением и ороговением фолликулярного аппарата. Может развиваться ксерофтальмия или кератомалация, поэтому витамин А (ретинол) называют антиксерофтальмическим, антиинфекционным. Назначают его внутрь по 10000 – 30000 МЕ в сутки через 10 – 15 мин после еды. Внутримышечное введение витамина производится редко из-за местной болезненности и возможного образования инфильтратов. При приеме больших доз витамина А может возникать обострение гепатохолецистита и хронического панкреатита, а также раздражительность, сонливость и гиперкератоз волосяных фолликулов.

Весьма успешно лечение распространенного пустулезного, артропатического псориаза и псориазической эритродермии тигазоном (**ретиноид**, т.е. синтетический аналог витамина А). Тигазон назначают перорально из расчета первоначально 1 мг на 1 кг массы тела в сутки, а затем через 2 – 4 нед дозу снижают до 0,75 – 0,5 мг/кг. Продолжительность лечения колеблется от 1 до 6 мес. По данным большинства авторов, клиническое выздоровление наблюдается в 70 – 80% случаев. Поддерживающая доза составляла 0,25 – 0,3 мг/кг в сутки.

Из побочных симптомов более часто встречаются сухость слизистых оболочек, хейлиты, очаговое, а иногда и тотальное выпадение волос, паронихии, петехии, рвота, гепатит. Все эти осложнения обратимы и быстро исчезают после отмены препарата. С целью уменьшения разовой и суммарной доз ретиноидов их назначают в малых дозах – 0,3 – 0,5 мг/кг в сутки в сочетании с ПУВА-терапией, УФО и наружным применением кортикостероидных мазей. Подобное сочетание обеспечивает такой же хороший терапевтический эффект, как и большие дозы ретиноидов. При этом значительно уменьшается вероятность развития различных побочных явлений и осложнений.

**Витамин Е** (токоферола ацетат) стимулирует клеточный метаболизм, участвуя в биосинтезе ДНК, РНК, в тканевом дыхании. Витамин Е является природным антиоксидантом и защищает обменные процессы жиров, белков и стероидных гормонов от патологических реакций окисления, не сопряженных с преобразованием и аккумуляцией энергии. Витамин Е назначают внутрь и внутримышечно. Для приема внутрь выпускают 5, 10, 30% масляный раствор токоферола ацетата. В 1 мл содержится соответственно 50, 100 и 300 мг синтетического а-токоферола ацетата. Больным псориазом назначают витамин Е от 15 до 100 мг в сутки в течение 20 – 40 дней. Внутримышечные инъекции из-за болезненности и возможности появления инфильтратов назначают редко. Для инъекций препарат выпускается в ампулах по 1 мл, содержащих 5, 10 или 30% растворы. Для лечения псориаза назначается препарат, содержащий в 1 мл 5% или 10% раствор, т.е. по 50 – 100 мг через день или 2-3 раза в неделю, на курс 10 – 12 инъекций. Поскольку витамин Е является синергистом витамина А и потенцирует его действие, применяют комплексный препарат аевит, содержащий в 1 мл аксерофтола ацетат (витамина А) 35 мг – 10000 МЕ и а-токоферола ацетата (витамина Е) – 100 мг. Применяют аевит внутрь в капсулах по 1 мл 1 – 2 раза в день во время еды 20 – 40 дней или внутримышечно (слегка подогревая) по 1 мл 1 раз в день через день, на курс 15 – 20 инъекций.

**Витамин F** условно относят к витаминам. Он состоит из комплекса ненасыщенных незаменимых жирных кислот – линоленовой, линолевой и арахидоновой. Ненасыщенные жирные кислоты оказывают существенное влияние на функциональную активность гепатоцитов печени, участвуя в обмене липидов, углеводов, минеральных солей.

Ненасыщенные жирные кислоты содержатся в **линетоле** – препарате, получаемом из льняного масла.

Установлено, что у больных псориазом с гиперхолестеринемией при лечении линетолом снижается содержание холестерина в сыворотке крови, уменьшается коэффициент соотношения холестерин/фосфолипиды, уменьшается содержание b-липопротеидов низкой и очень низкой плотности. Линетол назначают внутрь по 1 столовой ложке утром непосредственно перед едой или во время еды 1 раз в день курсами в течение 1 – 1,5 мес. с перерывами 2 – 4 нед. Линетол переносится без побочных явлений и осложнений. Противопоказаниями являются колит, энтероколит и гепатохолецистит.

В последние годы больше применяются витаминные препараты, обладающие коферментными свойствами. К ним относятся **фосфаден и дипромоний**. Фосфаден является одним из активных адениловых нуклеотидов. Входя в состав коферментов (флавина- денин- и никотинамиддинуклеотид), фосфаден оказывает гепатотропное действие, активизирует процессы микроциркуляции, регулирует содержание общих липидов, свободных жирных кислот и b-липопротеидов крови, а также принимает участие в биосинтезе белка и восстанавливает синтез АТФ. Дипромоний – синтетический аналог витамина B15. Метаболическое влияние дипромония обусловлено улучшением функционального состояния печени, липидного обмена, повышением активности эндотермических реакций с нормализацией окислительно-восстановительных процессов и микроциркуляции при синдроме периферической ишемии.

**Мнения некоторых форумчан**, которые пытались применить витамины при лечении псора.

#### help

Если ВИТАМИНЫ в составе курса или “схемы”, то следуйте “выбранным курсом”, как там указано. Просто так “поколоть витамины” – толк вряд ли вообще будет, всё это имеет смысл в комплексе. Витамины в таблетках/капсулах делятся на те, в которых есть один-два, но повышенного содержания (пример – “аевит”) и поливитамины, часто совместно с минералами, на упаковке просто вся таблица Менделеева. Мне кажется такие лучше, хотя очень часто состав отличается от заявленного. Но еще лучше получать всё это дело в естественном виде – с ПИШШей. Принимать таблетированный вариант всё равно когда в течение дня, лучше перед едой, и запивать только водой (не молоком, газировкой, минералкой и т.п.) Впрочем, это относится ко всем таблеткам. Не надо слишком усердствовать, избыток витамина штука не менее вредная, чем недостаток, печёнка и заупрямиться может.

#### Gar

Мой врач обожает назначать “Венгерскую” схему. В КВД – аналогично. Берется по 10 или по 15 ампул глюконата кальция и B12. Глюконат кальция – 10% раствор, 10 миллилитров в ампуле B12 – ампулы по 500 ган. Инъекция внутримышечно с чередованием. Один день – ампула глюконата, следующий день – B12. И так все 20 или 30 дней. Не принимайте витаминов натошак! Может ужасно затошнить или вырвать. На западных коробках пишут – принимать во время еды, запивая.

#### Марина

Помогает приостанавливать прогресс (иногда и исчезает в зависимости от состояния) следующая схема:  
1-й день B1-B12 по 1мл(200 единиц) каждый;  
2-й день B6-B12 по 1мл каждый;  
И так 10 ампул каждого витамина. Болевые ощущения конечно на грани фантастики, но выдержать можно. Помогает намного лучше, чем витамины в таблетках. Действие видно буквально через 1 – неделю после курса.



## Yora

По свежим следам пишу, что мне кололи вит. В6, В12 по 10 шт. чередовать. и к ним глюконат кальция. по 10 мл. кажд. день. после таких садистских процедур попа чувствительность почти теряет но мне они тогда хорошо помогли. к тому же вясна была, авитаминоз и т.п. сейчас опять поплохело собираюсь еще сходить. может быть даже решусь на хлорид кальция горячим уколом

## Gap

Я уже писала, что по мн. западных врачей К. ГЛЮКОНАТ можно колоть только внутривенно (медленно!!!), если в попу – то происходит повр. ткани! Вполне достаточно содержимое ампулы проглотить (это из того же фарм. спр-ка).

## Toliksh

Поначалу все помогает, в том числе и уколы витаминов. Но советую сильно ими не увлекаться, у меня из-за них псор сильно ухудшился, сейчас полностью от них отказался и чувствую себя отлично.

## aim

Лежала в КВД, там лечат витаминами. У меня вены от природы тонкие, хрупкие. В результате “витаминотерапии” внутривенно вены испортились (в узлах) на локтевом сгибе, на запястьях, остались только на тыльной стороне ладони. Лучше уж витамины пить или колоть в попу. Что кололи: тиосульфат натрия, аскорбинку, б12, б6, никотинку, алоэ, эссенциале форте. Эффекта особого не заметила. Внутрь давали аевит. А вообще люблю витамины пить “Вита-шарм”, там в аннотации написано что для улучшения ногтей, волос, кожи и для больных псором и экземой. И действительно помогает, перестают губы сохнуть, ногти лучше становятся.

Рекомендуемая тема форума — [“Витамины? – в задницу!”](#)

## Криотерапия псориаза (лечение воздействием низких температур)

Авторы: участники форума **Тереза** и **Genka**

Как одно из направлений безлекарственного лечения, криомедицина за последние десятилетия заявила о себе самостоятельной научной и практической дисциплиной. Она воздействует на организм человека очень низкими (до  $-150^{\circ}\text{C}$  и ниже) температурами. Лечебный эффект от таких температур наблюдается для различных кожных патологий.

Ещё в 1912 г. немецкие учёные воздействовали на псориаз с лечебной целью низким холодом. Правда, в то время применяли для этого углекислоту, температуры от  $-60$  до  $-78^{\circ}\text{C}$ . Трудно сказать, почему эксперимент не был продолжен.

В середине 20-х годов в г. Омске Э.Г. Лореш и Г.А. Шустеров широко применяли при лечении псориаза жидкий воздух с температурой  $-180^{\circ}\text{C}$ . С развитием криогенной техники учёные получили широкий доступ к носителям низких температур (жидкий кислород, жидкий азот, гелий и др.) и криомедицинские технологии стали интенсивно развиваться. В бывшем Советском Союзе большая часть научных исследований в сфере криомедицины проводилась на Украине, в г. Харькове. Криотерапия (КТ) стала применяться в дерматологии, онкологии, хирургии, ЛОР и др. Однако все исследователи отмечали отдалённую неэффективность криотерапии, то есть появление рецидивных высыпаний вскоре после лечения.

И.С. Чернышев использовал криотерапию при лечении рецидивных точек, мелкобляшечных высыпаний и считал её вспомогательным методом лечения, своего рода приложением к классической и современной псориазотерапии. В 1989 г. он приступил к серьёзным и систематическим исследованиям. Были отработаны

различные методики криотерапии в сочетании с классической и современной псориазотерапией. По данным И.С. Чернышева, с 1982 по 1992 год из 467 больных достигли ремиссии и стойкой стадии клинического и косметического комфорта 446. Из 32 больных с распространенными рецидивами достигли ремиссии после повторного лечения 27. Самым перспективным, по мнению И.С. Чернышева, является сочетание криотерапии с курортными факторами, по его наблюдениям в центре в г. Сочи за 15-30 дней больные, в зависимости от формы псориаза, полностью избавляются от проявлений болезни. Длительность интенсивного курса лечения зависит от формы псориаза, в среднем интенсивный курс составляет около полутора месяцев и может колебаться от двух недель до 3-4 месяцев. Лечение, как правило, амбулаторное, больные приходят на процедуры в начале лечения ежедневно в течение 7-10 дней, в дальнейшем кратность процедур подбирается для каждого больного индивидуально. При непереносимости тех или иных пищевых продуктов, (например, цитрусовых, паслёновых, жирного, солёного, сладкого и т.п.) нужно максимально ограничить их приём, а от алкоголя на время всего курса лечения и наблюдения вообще нужно отказаться. /По брошюре И.С. Чернышева «Укрощение строптивой болезни», Москва-Смоленск, 1994/.

Криотерапия обеспечивает интенсивную стимуляцию иммунной и эндокринной системы, вызывает насыщение крови эндорфинами, на несколько часов блокирует болевые ощущения любого происхождения. Лечебное действие оказывается на весь организм, в том числе и на органы, не подвергавшиеся охлаждению, но его интенсивность и длительность напрямую связано с площадью контакта между телом и охлаждающим газом.

По характеру воздействия различают местную (локальную) и общую (тотальную) криотерапию. Локальная криотерапия связана с воздействием низкотемпературным газовым потоком, получаемым, как правило, при испарении жидкого азота и направляемым непосредственно на пораженный заболеванием участок тела. Местное криовоздействие широко используют для лечения полиартрита, экземы, ожоговых поражений кожи.

Оборудование, используемое для локальной криотерапии, производится фирмами «Nihon Sanso» и «Odsi Giken» (Япония), «Messer Griesheim» и «Medizintechnik Kirschman + Schweizer» (ФРГ), «Монолит» (Украина). Общая (тотальная) криотерапия подразумевает кратковременное (2-3 минуты) нахождение пациента целиком (по шее) в холодной газовой среде с температурой до  $-120^{\circ}\text{C}$ . В процессе криовоздействия температура кожи пациента понижается до  $0^{\circ}\text{C}$ , а затем, за счёт интенсификации периферийного кровообращения, повышается до  $35^{\circ}\text{C}$ . Компенсаторное повышение температуры сохраняется в течение 1,5 часов. Эта технология стала главной при комплексном лечении широкого спектра тяжелых заболеваний, ранее практически не поддававшихся или плохо поддававшихся лечению, таких как воспалительные заболевания суставов; дегенеративные заболевания суставов с вторичным воспалительным компонентом; заболевания позвоночника — воспаления и перерождения; псориаз; а также в качестве стимулятора, расширяющего функциональные возможности организма.

Экстремальная аэрокриотерапия — мобилизующая физиотерапевтическая процедура, основанная на кратковременном контакте кожи с низкотемпературным газом, температура которого составляет  $-150^{\circ}\text{C}$ . По механизму лечебного действия аэрокриотерапия принципиально отличается от традиционных гипотермических процедур (холодные ванны, зимнее плавание и т.п.). В ходе процедуры на пациента оказывается мощное раздражающее воздействие, основанное на беспрецедентном снижении температуры поверхности кожи (до  $-2^{\circ}\text{C}$ ), которое провоцирует мощный гипотермический стресс. Раздражающее действие аэрокриотерапии настолько велико, что посредством этой процедуры удается мобилизовать практически утраченные функции организма. Мощный гипотермический стресс от процедуры способен на несколько часов восстановить подвижность поврежденных суставов, на несколько суток ослабить зуд при кожных заболеваниях.

Если локальную КТ можно и нужно использовать непосредственно для лечения кожных проявлений псориаза, то общая КТ направлена главным образом на гомеостазомодуляцию. То есть задача общей КТ —

изменить характер течения болезни. На первом этапе, уменьшить количество высыпаний при рецидивах, удлинить сроки первичной ремиссии. Конечная цель общей КТ — добиться стойкой ремиссии или хотя бы стойкого клинического и косметического комфорта.

Криогенная аппаратура, построенная в соответствии с современными представлениями об оздоровительном воздействии сверхнизких температур, позволила на порядок повысить позитивные результаты низкотемпературных процедур и свела к минимуму дискомфорт от контакта с холодными средами. Криогенная физиотерапия самая быстрая и комфортная косметологическая процедура.

По мнению участников форума, криотерапия нередко помогает достичь быстрого косметического эффекта, но не обеспечивает длительной ремиссии. Отзывы участников форума:

#### **Genka**

В 1996 году, курс криотерапии на фирме «Криомед» в Сочи, одновременно с ваннами Мацесты. Косметический эффект был, стойкой ремиссии — нет. По возвращению, через пару недель, всё вернулось к «докриотерапевтичному» состоянию.

#### **help**

Да пробовал я как-то жидким азотом самостоятельно на небольшом участке. Результат нулевой, сначала пятно белеет, как от ожога, через день возвращает свой «родной» цвет.

#### **Охис**

Как-то давно (лет 15 назад) я пробовала избавиться от псориаза прижиганием жидким азотом. Не самостоятельно, как **help**, а в мед. центре, и на довольно обширной поверхности. Положительный результат был, но как-то очень уж быстро псориаз отвоевал все свои оставленные позиции.

#### **Igor\_P**

Принимал 20 сеансов 2 года назад. При этом отказался от рекомендуемой колонотерапии. Через полмесяца наступила ремиссия. Продержалась в районе полугода.

#### **Lady**

Я проходила курс криотерапии лет 6 назад. Процедура не офигеть какая приятная, доложу вам. Очень больно — кожа и так раздражена, а тут её ещё холодом ледяным. Особенно на голове боль ощущала, прямо жалко себя было. С собой давали спиртосодержащую жидкость красного цвета, дома сказали мазать, мол, засыхают бляхи и быстрее отваливаются. Лечение достаточно дорогое. Раза три, кажется, в неделю прижигалась. Там же под ультрафиолетовую лампу периодически клали. На лицо дохтур делала крем — элоком пополам с кремом для бритья московской фабрики «Свобода». Эффект — был, но не скоро (с февраля по июнь лечилась) и не долго. Признаюсь, нарушала спортивный режим. После схода блях остались темные пигментные пятна. В общем, попробовала, больше не хочу.

#### **коша**

Очень эффективно, но ненадолго. Применяла жидкий азот местно (на локтях), три сеанса и всё прошло, через неделю опять появились бляшки.

#### **Smoker**

У меня псориаз с головы слез лет 8 назад после криотерапии, только иногда проявляется за ушами. И больше не появляется в виде бляшек, а перхоть убирается фридермом или себорином.

Рекомендуемая тема форума — [«Криотерапия при псориазе, применение и эффективность»](#)

## Современные проблемы терапии и профилактики псориаза

**Автор:** И.А. Чистякова. РМЖ.

И. А. Чистякова — канд. мед. наук, старший научный сотрудник Центрального научно-исследовательского кожно-венерологического института Минздрава РФ. Автором представлен тридцатилетний опыт лечения псориаза в отделе клинической дерматологии ЦНИКВИ [ныне ФГБУ «ГНЦДК»]. Оценены существующие препараты и методы лечения псориаза.

### Введение

Лечение псориаза — сложная терапевтическая проблема. Во многих случаях она может быть успешно решена, так как имеется целый ряд способов терапевтического воздействия при этом дерматозе. Но, к сожалению, все они дают лишь временный эффект, хотя и не исключается возможность клинического выздоровления разной длительности и улучшения качества жизни больных. Между тем нередко уже при первом обращении врач говорит пациенту о неизлечимости болезни и необходимости смириться с ней, что совершенно недопустимо.

Известно, что метод терапии зависит от клинических проявлений, наличия сопутствующей патологии, состояния организма, особенно нервно-психического статуса. Большое значение имеют мотивация пациента, его семейные и социальные обстоятельства. Одни пациенты даже при распространенных высыпаниях вполне удовлетворяются небольшим улучшением, другие требуют немедленного излечения самых минимальных проявлений (например, «дежурных бляшек» на локтях и коленях).

Псориаз — один из наиболее распространенных дерматозов, по данным различных исследований, им страдает 1 — 3% населения. Среди дерматологических больных доля больных псориазом составляет 5%. Необходимо подчеркнуть, что в последние 10 — 15 лет наблюдается рост количества больных, дерматоз появляется в более молодом возрасте, увеличивается число тяжелых форм (псориазная эритродермия, псориазная артропатия).

### Лечение псориаза

Интенсивные исследования во многих странах мира привели к разработке разнообразных методов лечения псориаза, которые, однако, позволяют лишь купировать обострение болезни, а не излечить ее.

Больному следует разъяснить, что не во всех случаях заболевания псориазом надо немедленно начинать лечение и что раннее начало терапии не предотвращает развития рецидивов. Наличие единичных высыпаний, длительно существующих на одних и тех же местах и не распространяющихся («дежурные бляшки»), является показанием к проведению лишь не раздражающей местной терапии (частое мытье, 1 — 2% салициловая мазь, солидоловая мазь, кремы с витаминами А и D). Активное лечение таких больных по их настойчивому требованию может привести к тому, что псориаз примет распространенный характер и будет часто рецидивировать.

Применяемые в настоящее время методы лечения псориаза включают дезинтоксикационные и седативные воздействия, витамины, иммуномодуляторы и иммуносупрессанты, физиотерапию и наружные средства.

### ПУВА-терапия в лечении псориаза

Одним из наиболее эффективных методов лечения является ПУВА-терапия, которая в 70 — 90% случаев приводит к клиническому выздоровлению. Предложенная в 1974 г. в США и Европе, она с 1978 г. успешно используется в дерматологической клинике ЦКВИ.

Известно положительное действие УФ-излучения при псориазе (гелиоталассотерапия, общее УФО). При приеме фотосенсибилизирующих препаратов и облучении длинноволновыми УФ-лучами (UVA) эффективность УФО значительно повышается. Это стало возможным после создания специальных установок, дающих облучение в области UVA. В качестве фотосенсибилизаторов применяют препараты из группы псораленов (5-, 8-метоксипсорален). Метод получил название фотохимиотерапии (ФХТ) или ПУВА-терапии.

Установки, предназначенные для ФХТ, представляют собой кабину или ширму, на внутренней стенке которых смонтированы специальные люминесцентные лампы, дающие длинноволновое излучение UVA (320 — 400 нм) с максимальной интенсивностью при 350 — 365 нм. Плотность УФ-излучения в установках составляет 8 — 13 мВт/см<sup>2</sup>. Аппараты ПУВА имеют различные модификации, позволяющие проводить процедуры больным в положении лежа или стоя, облучать отдельно голову, голени, ладони, подошвы. ПУВА-терапия показана при тяжелых, распространенных формах псориаза — экссудативном, распространенном бляшечном псориазе, эритродермическом псориазе, пустулезном псориазе, ладонно-подошвенном.

Наш опыт более чем 15-летнего применения ПУВА-терапии показал, что она эффективна, удобна, позволяет получать ровное пигментирование. Особенностью ФХТ является отсутствие привыкания, возможность проведения повторных курсов, в том числе амбулаторных, значительное смягчение тяжести псориаза и удлинение межрецидивного периода.

В прогрессирующей стадии болезни начать ПУВА-терапию можно после проведения дезинтоксикационной терапии (гемодез по 400 мл внутривенно 3 — 4 раза), назначения седативных, противозудных, снотворных препаратов, наружно — 2% салициловой мази. Для достижения терапевтического эффекта при разных проявлениях псориаза требуется от 20 до 30 процедур.

### Селективная фототерапия в лечении псориаза

Селективная фототерапия (СФТ) проводится при помощи аппаратов, дающих излучение средней длины (280 — 320 нм). Назначения фотосенсибилизаторов не требуется. Выпускаются различные аппараты для СФТ, в том числе специальные для лечения поражения волосистой части головы, их можно применять в домашних условиях.

СФТ применяется при менее выраженных проявлениях псориаза, в прогрессирующей ее стадии, при наличии противопоказаний к ФХТ, у детей. Ее эффективность значительно ниже, чем ПУВА-терапии, но показания к применению более широкие: она применяется при псориазе в стадии прогрессирования, при ограниченных проявлениях псориаза; ее можно использовать у детей при наличии противопоказаний к ФХТ.

Необходимо подчеркнуть, что даже у больных весенне-летней формой псориаза дозированное применение УФО при ФХТ и СФТ не вызывает ухудшения процесса. Если ПУВА-терапия достаточно эффективна при использовании в качестве монотерапии, то СФТ обычно сочетают с другими методами лечения (гемодез, десенсибилизирующие средства, эссенциале, витамины и др.).

### Ретиноиды в лечении псориаза (Неотигазон)

Значительной эффективностью при псориазе обладают синтетические производные витамина А (синтетические ретиноиды) — тигазон и неотигазон. Они воздействуют на патологически ороговевающий эпидермис, иммунную систему, обладают антинеопластическими свойствами. Антикератинизирующий эффект проявляется подавлением пролиферации эпидермальных кератиноцитов, нормализацией

дифференцирования неороговевающего эпителия, уменьшением сцепления роговых клеток. Последнее приводит к более быстрому их отшелушиванию, предотвращает образование роговых масс. Синтетические ретиноиды поддерживают нормальную скорость митоза в клетках эпидермиса и регулируют его толщину. Мы применяем тигазон более 15 лет (с 1978 г.) в качестве монотерапии, а также в сочетании с ФХТ. По нашему мнению, совпадающему с мнением других авторов, монотерапия обычных форм псориаза тигазоном не имеет преимуществ перед другими методами лечения. Лишь при одной из наиболее сложных для лечения форм — пустулезном псориазе — быстро исчезают пустулезные элементы, происходит эпителизация, нормализуется температура тела и улучшается общее состояние больного.

При сочетании тигазона с ПУВА-терапией (Ре-ПУВА-терапия) эффективность лечения значительно возрастает. Этот метод терапии применяется при тяжелых формах псориаза, в том числе при ладонно-подошвенных поражениях. При Ре-ПУВА-терапии удается повысить эффективность лечения и уменьшить число сеансов облучения и тем самым суммарную дозу УФО. Менее токсичным и более активным препаратом является неотигазон.

Противопоказаниями к назначению тигазона являются заболевания печени и почек, повышенное содержание в крови липидов и триглицеридов. Он не применяется у молодых женщин из-за тератогенности.

### Препараты витамина D3

В последнее время большое внимание уделяется также использованию при псориазе витамина D3. В естественных условиях он образуется в результате фотохимических и термических превращений стерина животного происхождения. Значительную роль в продукции витамина D3 играет кожа. Антипсориатическое действие его было обнаружено случайно при лечении пациентки с остеопорозом.

Природным метаболитом витамина D3 для перорального лечения является оксидевит, однако его применение при псориазе должно быть длительным, в течение нескольких месяцев. Синтетическим аналогом витамина D3 является кальцитриол, который входит в состав мазей (дайвонекс, псоркутан) и широко применяется.

### Иммуносупрессивная терапия псориаза

Большая часть препаратов для лечения псориаза общего и местного действия в той или иной степени оказывает супрессивное воздействие. Специальными средствами для лечения псориаза являются цитостатический препарат метотрексат и циклоспорин А, подавляющий синтез интерлейкина-2 (ИЛ-2) и активность Т-хелперов.

Метотрексат (МТ) — антагонист фолиевой кислоты, подавляет клеточный митоз. В дерматологии МТ стали применять в начале 70-х годов. Большое количество осложнений (тошнота, рвота, язвенное поражение слизистой оболочки полости рта, тромбоцитопения, токсический гепатит, поражение почек) препятствует распространению этого метода лечения. Недостатками его являются быстрое возникновение рецидивов после улучшения, торпидность в последующем к другим методам лечения. Однако от применения МТ не следует полностью отказываться, особенно в случае неудачи при использовании других методов.

Метотрексат в таблетках применяют в различных дозах: ежедневно по 2,5 мг в течение 3 — 5 дней с 3-дневным перерывом; внутрь 25 мг (10 таблеток) в течение недели, курс повторяют 2 — 3 раза с перерывом 5 дней. Для получения эффекта требуется 4 — 6 циклов.

Мы назначаем МТ в тяжелых случаях псориаза в виде внутримышечных инъекций по 35 — 50 мг 1 раз в неделю, всего производим 4 — 5 инъекций, иногда используем в сочетании с ПУВА-терапией (инъекции в свободные от процедур дни).

Циклоспорин А (ЦА) — продукт жизнедеятельности гриба *Jolypocladium infantum* Gams — циклический

полипептид, состоящий из 11 аминокислотных остатков. Известен с конца 70-х годов. В качестве иммуносупрессанта он с успехом применяется при трансплантации органов и тканей, а также при ряде аллергических, гиперпролиферативных, буллезных и злокачественных дерматозов.

Терапевтическую активность ЦА связывают с его влиянием на иммунную систему (подавление продукции ИЛ-2, ингибирование Т-лимфоцитов). Показанием к применению ЦА при псориазе является тяжелое, распространенное, резистентное к другим видам терапии поражение.

Рекомендуемые дозы не должны превышать 4 мг/кг, в тяжелых случаях — 7 мг/кг. Лечение противопоказано пациентам с онкологической патологией, инфекционными заболеваниями, сниженным иммунитетом.

Его не следует назначать больным с нарушением функции почек, гипертензией различного генеза, а также лицам с алкогольной и лекарственной зависимостью, нельзя комбинировать с другими цитостатическими препаратами и ПУВА-терапией. Наиболее тяжелые побочные явления — поражение почек и артериальная гипертензия.

В ЦКВИ в 1992 — 1993 гг. изучали клиническую эффективность ЦА, выпускаемого фирмой «Сандоз» под названием сандиммун.

Препарат назначали перорально в низких дозах (по 2,5 — 3,0 мг/кг), что составляло 200 — 300 мг/сут, до полного клинического выздоровления (3 — 4 нед). Отмечена эффективность сандиммуна при тяжелых формах псориаза, включая артропатическую и эритродермическую.

Осложнения были минимальными и проходили после отмены лечения псориаза.

Однако у части пациентов уже через неделю после окончания лечения возникли рецидивы. В дальнейшем этих больных успешно лечили посредством Ре-ПУВА- и ПУВА-терапии, течение болезни у них не ухудшилось.

Высокая стоимость препарата, быстрое рецидивирование процесса после лечения, наличие многих противопоказаний ограничивают применение сандиммуна и делают его препаратом выбора при тяжелых формах псориаза.

### Методы дезинтоксикационной терапии

Эти методы применяются при тяжело протекающих формах псориаза (эритродермия, прогрессирующая стадия болезни). Чаще применяют гемодез, который обладает высокой дезинтоксикационной и дегидратирующей активностью при всех формах псориаза.

Он снимает остроту процесса, помогает подготовить больного к ПУВА-терапии, его можно использовать в сочетании с мочегонными, сердечными, десенсибилизирующими, противозудными, седативными средствами, а при необходимости и с кортикостероидами.

Мы против системного применения кортикостероидов при псориазе, за исключением внутрисуставного введения при артропатическом псориазе. Однако в особо тяжелых случаях мы вводим преднизолон по 60 — 90 мг вместе с гемодезом 2 — 3 раза в неделю и быстро отменяем его при появлении улучшения.

Гемосорбция способствует восстановлению элиминирующих систем, снижению уровня циркулирующих иммунных комплексов, нормализации показателей липидного обмена, функций печени, иммунологических показателей. К сожалению, лечение дает временный клинический эффект, как правило, через 2-3 мес наблюдается рецидив заболевания. Не оправдал ожиданий при псориазе и плазмафарез.

### Наружное лечение псориаза

Препараты наружного действия имеют при псориазе важное значение. В легких случаях лечение надо начинать с местных мероприятий. Как правило, средства для наружного применения не оказывают побочного действия, а эффективность лечения нередко не уступает таковой общей терапии.

В прогрессирующей стадии болезни обычно применяют 1 — 2% салициловую мазь. В стационарной и регрессирующей стадиях показаны более активные мази, содержащие деготь, нафалан, кортикостероиды. Дегтярные препараты в наружной терапии псориаза применялись издавна, нередко в сочетании с инсоляцией или УФО и ваннами. В нашей стране для лечения псориаза используются мази с древесным дегтем, за рубежом — с каменноугольным. Последний более активен, но обладает канцерогенными свойствами. Довольно широко используются гидрантроны. В первой половине XX века применялись мази с естественным продуктом — хризаробинном, представляющим собой смесь различных дериватов антрацена (в основном диоксиметилантранол), которую получают из стволов бразильского дерева *Vonacopia Aragoba* семейства бобовых.

В настоящее время в Европе часто применяются синтетические препараты, содержащие гидроксидантроны: дитранол и близкие к нему по химическому составу антралин, цигнолин, антраробин. Дитранол (1-8-дигидрокси-9-антрон) — аналог естественного хризаробина.

Дитранол оказывает цитотоксическое и цитостатическое действие, которое приводит к снижению активности окислительных и гликолитических процессов в эпидермальных клетках. В результате этого уменьшаются количество митозов в эпидермисе, а также гиперкератоз и паракератоз.

Дитранол обладает высокой активностью, но оказывает выраженное раздражающее воздействие (так, при попадании в глаза развивается кератит). На коже могут возникнуть резкая гиперемия, зуд; кожа в очагах и вокруг них, а также одежда больного окрашиваются в желто-коричневый цвет.

Применение препарата начинают с малых концентраций (от 0,05 — 0,1%), повышая в зависимости от переносимости на 0,1% каждые 7 — 10 дней (до 0,8 — 0,9%). Разработан метод «минутной терапии» — лечение высококонцентрированным (1 — 2%) препаратом, который наносится на короткий период (30 мин), а затем смывается. Результаты лечения не хуже, чем при длительном воздействии.

Наши врачи мало знакомы с препаратами дитранола. Сейчас предлагаются разнообразные средства — цигнодерм, дитрастик, псоракс. Первые два выпускаются в виде стержня, который помещен в специальный пенал и имеет вид губной помады. Добавление парафина позволяет достигать точной аппликации действующего вещества, что удобно при воздействии на ограниченные, застарелые очаги.

В нашей стране давно использовались мази, содержащие аналоги иприта и другие редуцирующие средства — псориазии и антипсориазикум.

В их состав входят вещества кожно-нарывного действия (иприт и трихлорэтиламин — «азотистый иприт»). Эти препараты сейчас применяются редко, однако они весьма эффективны в стационарной стадии болезни. В ЦКВИ в течение многих лет используют мазь, содержащую азотистый иприт, березовый деготь и салициловую кислоту.

### Мази с витамином D3

Синтетический препарат витамина D3 — МС 903 — кальципотриол.

Мазь кальципотриола с содержанием 50 мкг/г под названием дайвонекс используется для лечения больных псориазом с 1987 г. Другие производители выпускают ее под названием псоркутан.

Мы применяли дайвонекс у 30 больных псориазом. Клиническое выздоровление в разные сроки наступило у большинства (95%) из них. Эта мазь рекомендуется больным в стационарной стадии болезни с очагами, не превышающими 40% поверхности тела. Содержание Са и креатинина в сыворотке крови при применении кальципотриола не повышалось.

### Кортикостероидные препараты и другие наружные средства

Многие препараты топического действия имеют запах, пачкают белье и одежду. Этим недостаткам лишены некоторые современные средства, особенно кортикостероидные мази. Наиболее эффективны комбинации, в состав которых введен каменноугольный деготь (локакортен-тар), салициловая кислота (белосалик, дипросалик, випсогал, лоринден А, локасален и др.). Салициловая кислота своим кератолитическим,



бактериостатическим и фунгицидным действием дополняет дерматотропную активность стероида. Оклюзионная повязка усиливает эффект.

При локализации очагов поражения на волосистой части головы удобны лосьоны с кортикостероидами (белосалик, дипросалик, локоид, латикорт, элоком), аэрозольные препараты с цинком — СКИН КАП. Для мытья головы имеются лечебные шампуни с дегтем (фридермтар), цинком (фридерм-цинк, СКИН КАП). Имеются и другие наружные средства, применяемые при псориазе — солидоловая мазь, псориаден (гомеопатическая мазь, которая содержит матричную настойку магнолии поддуболистой), мази с салициловой кислотой, АСД, нафталаном, автолом и др.

## Диета

Мы считаем, что больным псориазом не следует придерживаться строгой диеты. Рекомендуем лишь ограничить употребление алкоголя и продуктов, содержащих животные жиры, избегать переедания.

## Лечение псориаза: Климатические факторы

Климатические и курортные факторы имеют при псориазе не только лечебное, но и профилактическое значение. Благоприятно действуют солнечное облучение, морские и речные купания. В СССР имелись многочисленные курорты Краснодарского края, Южного берега Крыма, черноморского побережья Кавказа. Пользовались известностью бальнеологические курорты с сульфидными (Горячий Ключ, Сергиевские Минеральные воды, Талги, Любень Великий, Немиров, Кемери), радоновыми (Белокуриха, Цхалтубо, Белая Церковь) и йодно-бромными (Нальчик, Ходыженск, Усть-Качка) ваннами, лечебными грязями (Ейск, Евпатория), нафталанской нефтью (Нафталан).

Сейчас больные могут лечиться на курортах дальнего зарубежья (на Мертвом море — в Израиле, Иордании, на Красном — в Египте). Лечение основывается на использовании натуральных продуктов моря.

Основной климатический фактор — солнечное УФО. В воде Мертвого моря высокая концентрация минералов; так, концентрация брома в 30 — 50 раз выше, чем в водах океана, что успокаивающе действует на нервную систему.

Хорошие жилищно-бытовые условия, возможность применения водных процедур, проведение летнего отпуска на море, сбалансированное питание, снижение стрессовых воздействий на работе и в быту, отказ от употребления алкоголя существенно влияют на течение псориаза, тяжесть и частоту рецидивов, продолжительность периода ремиссии.

## Литература:

1. Довжанский С. И., Утц С. Р. Псориаз. — Саратов, 1992.
2. Мордовцев В. Н., Мушет Г. В. Псориаз. — Кишинев, 1990.
3. Кожные и венерические болезни // Под ред. Ю. К. Скрипкина. М. Медицина, 1995, Т. 2.
4. Скрипкин Ю. К., Чистякова И. А. Псориаз: лечение и профилактика рецидивов. // Терапевтический архив, 1993, 10, 67-71.