**РЕФЕРАТ**

**ПСОРИАЗ**

**КЛИНИКА,**

**ОБЩИЕ И НАРУЖНЫЕ**

**ПРИНЦИПЫ ТЕРАПИИ.**

1998 год.

**КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПСОРИАЗА**

Псориатические эффлоресценции на коже часто характеризуются как мономорфные в связи с тем, что признанным первичным элементом является папула. Вместе с тем при псориатической эритродермии можно видеть первичным элементом эритему, а у больных пустулезным псориазом - пустулу. Кроме того, описана пятнистая разновидность псориаза. Поэтому диагностика псориаза представляет затруднения, требует диагностической биопсии.

В течении псориаза выделяют три стадии : прогрессирующую, стационарную и регрессирующую. В стадии прогрессирования болезни цвет папул более яркий, они отечны, напряженные. Вокруг папул определяется четкий пятнистый эритематозно-отечный бордюр (периферический розовый венчик роста). Многие папулы находятся в состоянии слияния, объединяясь в крупные участки папулезной инфильтрации или бляшки различных очертаний. Для прогрессирующей стадии псориаза характерен положительный фермент Кобнера. Он проявляется образованием папулезных элементов на местах трения, давления. Обычно в этих случаях папулы располагаются линейно, повторяя своей локализацией место раздражения. Объясняется феномен Кобнера наличием столь резко выраженного гиперергического состояния, при котором даже видимо здоровая кожа находится в состоянии готовности к воспалительной реакции. Малейшее, даже физиологически нормальное напряжение или давление (например, область пояса или места прилегания лямок бюстгальтера, иногда на месте царапины или расчесов) сопровождается образованием папулезной сыпи. В стационарной стадии периферический рост высыпных элементов прекращается, папулы уплощаются, бледнеют. Возможно образование кольцевидных очагов вследствие интенсивного разрешения инфильтрата в центре. Иногда папулы и участки папулезной инфильтрации разрешаются не с центра, а с периферии. Тогда папулезные элементы как бы подтаивают с краев и утрачивают правильно округлую форму. Период регресса характеризуется полным исчезновением папулезной инфильтрации на значительной поверхности тела с образованием на месте бывших высыпаний очагов гиперпигментации или участков вторичной “ложной” лейкодермы. Вокруг регрессирующих псориатических элементов часто виден бледный, как бы складчатый бордюр - псевдоатрофический ободок Д. Л. Воронова - симптом активного разрешения процесса. Помимо типичной, классической формы псориаза различают атипичные разновидности: 1) экссудативный; 2) пятнистый; 3) себорейный; 4) застарелый; 5) бородавчатый; 6) раздраженный; 7) интертригинозный.

Экссудативный псориаз (рsor. ехudativa). Эта разновидность нередко наблюдается у лиц с избыточной массой тела, с наличием диабета или при сниженной функции щитовидной железы (stat. mixedematicus). Процесс проявляется очагами острого отечного воспаления с не резко выраженной, а иногда и отсутствующей инфильтрацией, с нечеткими, неправильными очертаниями, с обильным наслоением нехарактерных для псориаза серозных или серозно-гнойных корок и корко-чешуй. Довольно часто у больных с экссудативными проявлениями псориаза бывают мокнутие, интенсивный зуд, что затрудняет диагностику, Локализация экссудативного псориаза отличается своеобразием: более часто очаги располагаются на нижних конечностях или в крупных кожных складках.

Пятнистый псориаз (рsог. ехаnthematica). Эта форма отличается наличием эритематозных пятен, иногда со слабо выраженной инфильтрацией, а иногда и без нее, но с обильным характерным шелушением и наличием патогномоничной псориатической триады. Следует отметить, что пятнистые формы дерматоза наблюдаются в основном у молодых женщин, поэтому его именуют «женским» псориазом.

Себорейный псориаз (psor. seborrheica). Этот вид наиболее труден для диагностики, так как включает в клиническую симптоматику особенности клиники себорейной экземы и проявления себорейного статуса у больных. Как правило, на себорейных участках (волосистая часть головы, носогубные и носощечные складки, за ушными раковинами, на груди и в межлопаточной области) обнаруживаются зритематозно-папулезные элементы с обильным крупнопластинчатым шелушением. Очаги на лице и груди чаше представлены пятнистыми высыпаниями с жирными серовато-желтыми чешуями, имитирующими себорейную экзему. За ушными раковинами можно видеть участки инфильтрации насыщенно-розового или красного цвета также с обильным наслоением серозных или серозно-гнойных корок, с наличием трещин, мокнутия, симулирующих картину стрептодермии или себорейной экземы, осложненной пиодермией. Однако на волосистой части головы всегда обнаруживаются папулезные инфильтративные элементы, а на коже лба по границе с волосами у больных псориазом, как правило, бывают папулы с характерным шелушением. Они или единичные, отдельно расположенные, или переходят с волосистой части головы на кожу лба в виде короны («псориатическая корона»).

3астарелый псориаз (рsor. inveterata). Эта разновидность проявляется длительно существующими участками сливного расположения папул, с резко выраженной инфильтрацией, с четко очерченными границами. Вследствие наличия мощного воспалительного инфильтрата, длительного течения, окраска очагов приобретает буроватый оттенок, поверхность папул гипертрофируется с образованием участков гиперкератоза и бородавчатых разрастаний (рsor. verrucosa).

Раздраженный псориаз (рsor. irritabilis). Иногда вследствие нерационального лечения, избыточной инсоляции, стрессовой ситуации в жизни больных происходит бурное усиление воспалительной реакции. Папулезные эффлоресценции становятся отечными, приобретают интенсивную, яркую, насыщенную красную окраску. Вокруг папул быстро возникает отечный гиперемический пояс, способствующий слиянию отдельных высыпаний в сплошное диффузное поражение больших участков кожного покрова, нередко превращающихся в эритродермию. При раздраженном псориазе так же, как и в прогрессирующей стадии, значительно усиливается реактивность с явлениями поливалентной гиперчувствительности, вследствие чего даже на участках здоровой кожи при незначительном раздражении (трение, давление, царапина) возникают новые свежие папулезные эффлоресценции (феномен Кобнера).

Интертригинозный псориаз. (рsог. intertriginosa). Расположение псориатических элементов в крупных складках кожи является атипичной локализацией и свойственно неопрятным больным, страдающим диабетом, ожирением, вегетососудистой дистонией. При такой форме псориаза в подмышечных впадинах, межъягодичной, паховых и межпальцевых складках, под молочными железами возникают отечные, эритематозно - папулезные очаги, часто мокнущие, эрозивные с отслойкой рогового слоя по периферии. Интертригинозный псориаз может напоминать кандидоз, рубромикоз, эпидермофитию. В отличие от псориаза кандидоз и дерматомикозы крупных и мелких складок протекают острее, поверхность очагов поражения более яркая. По краю пораженных участков четко выражен бордюр из «подрытого» рогового слоя. По периферии, как правило, видны отсевы в виде пятнисто-везикулезных эффлоресценций.

Помимо атипичных клинических форм псориаза существуют тяжелые разновидности, требующие особого внимания в плане диагностики и лечения. К ним относятся псориатическая эритродермия, пустулезный псориаз, артропатический псориаз ногтей и псориаз слизистых оболочек.

Псориатическая эритродермия. Непосредственными факторами, способствующими формированию псориатической эритродермии, являются различные провоцирующие моменты. Нам приходилось наблюдать развитие эритродермии после ангины, нервно-психических, травматических воздействий, после нерационального применения УФО, солнечного облучения, приема антибиотиков, сульфаниламидных препаратов, метотрексата, пользования раздражающими мазями. В этих случаях отдельно расположенные эффлоресценции активизируются, приобретая отечность, яркую насыщенную эритематозную окраску, образуя множественные фигуры слияния, а местами – сплошные диффузные участки. Папулы и бляшки становятся неразличимыми. Кожа туловища и конечностей приобретает вид плотного напряженного панциря, застойно-бурый цвет, интенсивную инфильтрацию, обильно шелушится. Возможен и другой путь формирования псориатической эритродермии, так называемой спонтанной идиопатической псориатической эритродермии. Без предшествующего раздражения или действия явных стрессовых факторов бурно развивается диффузное застойное покраснение кожи туловища и конечностей со значительной отечностью, на- пряжением, обильным шелушением. Правильной диагностике помогает наличие отдельных типичных псориатических папул по периферии. В отличие от лимфом кожи эритродермического типа псориатическая эритродермия не сопровождается патоло- гическими гематологическими симптомами, в гистологических препаратах отсутствуют клетки Сизари и скопления патологических лимфоцитарных элементов.

Псориаз ногтей. Поражение ногтевых пластинок у больных псориазом всегда имеет место, но клинические изменения бывают выражены различно. Принято выделять две формы патологии ногтей: точечная и диффузная. При точечном поражении в ногтевых пластинках образуются точечные, с маковое зерно углубления различной глубины. Внешне ногтевые пластинки в этом случае напоминают поверхность наперстка, а псориаз называется наперстковидным. Диффузное изменение ногтевых пластинок имеет различную степень выраженности клинической патологии и отличается значительным полиморфизмом. Минимальные изменения, которые констатируются практически у любого больного псориазом, представлены легким помутнением поверхностной пластинки (1аmina ех1егпа), сероватым оттенком окраски ногтевой пластинки и едва заметной продольной исчерченностью. При значительных изменениях ногтевых пластинок диффузного характера выделяют атрофическую форму, гипертрофическую и псориатическую онихию в виде подногтевых геморрагий.

Атрофическая ониходистрофия, или псориатический онихолизис, характерезуется истончением вещества ногтя без предшествующих воспалительных изменений, Ногтевая пластинка, постепенно истончаясь, отделяется от ногтевого ложа или, постепенно лизируясь, исчезает, вплоть до остатков ногтевой пластинки сероватого цвета у луночки. Истончение ногтевой пластинки и ее лизирование чаще начинается по свободному краю ногтя, но может происходить и по ее боковым участкам.

Клиническая разновидность ониходистрофии гипертрофического типа проявляется разнообразными изменениями как формы, цвета, так и консистенции. Наиболее часто происходит утолщение ногтевой пластинки с деформацией и изменением цвета от серовато-желтоватого до грязно-серого. Ногтевая пластинка теряет блеск, становится тусклой, неровной, бугристой. Деформация ногтевой пластинки начинается с проявления в области луночки борозд Бо . По мере вовлечения в процесс ногтевой пластинки и подногтевого ложа усиливается инфильтрация, ногтевая пластинка еще больше утолщается и деформируется. Ноготь становится плотным, напоминающим коготь хищной птицы. Этот процесс называется оникогрифозом и чаще развивается в области стоп. В других случаях ногтевая пластинка разрушается. Ноготь становится рыхлым, крошащимся, ломким и постепенно отторгается, оставляя лишь небольшие рыхлые роговые наслоения у луночки.

Псориатическая онихия по типу подногтевых геморрагий впервые описана А. М. Ариевичем (1964), который наблюдал два типа геморрагий. Геморрагические пятна первого типа, просвечивающие через ногтевую пластинку, могут быть в области луночки. Они образовываются за счет расширенных капилляров сосочков ногтевого ложа и исчезают при надавливании. Второй тип подногтевых геморрагий характеризуется точечными или полосовидными кровоизлияниями, приобретаюшими геморрагическую желтовато-бурую или черную окраску, Иногда тонкие стреловидные полоски в дистальной части ногтевой пластинки производят впечатление заноз. Все поражения ногтевых пластинок сопровождаются отеком, инфильтрацией, застойно-гиперемированным поражением околоногтевого валика (рагоnichia psoriatica). Задняя ногтевая кожица инфильтрирована, с обильным характерным шелушением, которое отсутствует при онихомикозах и кандидозе. Псориатическая паронихия нередко сопровождается серозным, иногда гнойным отделяемым из-под заднего ногтевого валика, что также является важнейшим дифференциально-диагностическим признаком, позволяющим отличить псориаз от кандидоза и микотического поражения.

Пустулезный псориаз (рsor. pustulosa). Заболевание проявляется гнойными элементами поверхностного характера типа стрептостафилококкового импетиго.. Выделяют первичный, или идиопатический, пустулезный псориаз, протекающий тяжело со злокачественным течением, и вторичный доброкачественный. Для идиопатической разновидности пустулезного псориаза характерно наличие первичных гнойных элементов, располагающихся на инфильтративном основании с интенсивным шелушением и основными патогенетическими феноменами, свойственными для псориаза. При доброкачественной форме пустулы обычно появляются на 6ляшках вульгарного псориаза или гнойные эффлоресценции заменяют ранее появившиеся папулы. Подобный вариант течения обычно именуют псориазом с пустулизацией. Это упорно текущий тип псориаза, часто заканчивающийся инвалидазацией или летально. Пустулезные формы псориаза встречаются редко. Основными факторами возникновения пустулезной формы псориаза бывают: применение метотрексата, лечение кортикостероидными гормонами, злоупотребление алкоголем.

Артропатический псориаз (псориатический артрит) (рsor. arthropatica). Несмотря на значительный прогресс в изучении псориаза, самой тяжелой формой и менее управляемой в плане лечения у больных псориазом является артропатическая. По прочно установившейся традиции, псориаз все еще относится к кожным болезням, хотя установлена системность этого процесса и способность псориаза поражать не только кожу, но и внутренние органы, нервную систему и су- ставы.

Псориатический артрит характеризуется как системный процесс, при котором максимально выраженные изменения проявляются в структуре соединительной ткани. Псориатическая артропатия может протекать доброкачественно по типу моно- или олигоартрита либо в виде полиартрита, а у части больных приобретает характер тяжелого деструктивного полиартрита. Псориатический артрит чаще возникает параллельно с кожными поражениями или несколько позже, а в некоторых случаях суставной синдром может предшествовать кожным эффлоресценциям. Поражение суставов обычно начинается в дистальных межфаланговых суставов кистей и стоп. Постепенно в процесс вовлекаются средние и крупные сочленения, включая и позвоночник, с развитием анкилозирующего спондилоартрита. Разнообразие клинических вариантов псориатической артропатии и трудности ее диагностики способствовали созданию ряда классификаций, построенных преимущественно по клинико-анатомическим и рентгенологическим критериям..

В клинических условиях помимо рентгенографических и анатомических критериев необходимо учитывать степени активности и функциональной способности костно-суставных сочленений.

Для клиницистов существенное значение также имеет характеристика степени функциональной недостаточности суставов, которая определяется по критериям работоспособности.

Особую актуальность псориатической артропатии придает наличие у больных, помимо вегетодистонических и нейроэндокринных расстройств, множественных висцеропатий. Обращает внимание прогрессирующее астеническое состояние вплоть до кахексии, миалгии, атрофии мышц кистей, предплечий, голеней (12 – 15%). Так же как и при обычном псориазе, у больных псориатической артропатией определяются недостаточность функции печени, почек, иммунодефицитные состояния, сердечно-сосудистая патология. Признано, что поражения опорно-двигательного аппарата и внутренних органов при псориатической артропатии не имеют характерных патогенетических симптомов и признаков, поэтому диагноз базируется на комплексном обследовании больных с учетом анализа клинических особенностей поражения суставов, кожи и ее придатков.

Псориаз слизистых оболочек. Многочисленные исследования патогенеза псориаза позволили углубить понимание разнообразности комплексной патологии, свидетельствующей о системности процесса. Это послужило основанием говорить о псориазе как о псориатической болезни. Поражение слизистых оболочек, и в частности слизистой оболочки рта, в настоящее время является признанным фактом. Известно появление псориатических эффлоресценций не только в области полости рта, но и на конъюнктиве, на слизистых оболочках половых органов. Высыпания на слизистых оболочках нередко составляют продолжение псориатических эффлоресценций на коже. Псориаз слизистых оболочек, как и псориаз кожи, может иметь разновидности. Чаще псориаз кожи и слизистых оболочек протекает синхронно, начинается и регрессирует одновременно. Наиболее распространенной локализацией у больных вульгарным псориазом является поражение слизистой оболочки щек, красной каймы губ и языка. Характерно наличие воспалительных элементов округлой, овальной или неправильной формы, слегка выступавших над окружающей слизистой оболочкой. Границы эффлоресценций четкие, часто резко ограниченные. Сыпь имеет сливной характер. Вокруг такого очага всегда наблюдается розовый отечный бордюр. На поверхности очагов возможно образование рыхлого беловато-серого налета, но чаще наблюдается эритематозная воспаленная поверхность, слегка отечная с незначительной эксфолиацией эпителия по типу шелушения. У больных распространенным псориазом в прогрессирующей стадии или экссудативной разновидностью болезни, а чаще у больных с псориатической эритродермией наблюдается поражение красной каймы губ. Процесс характеризуется зоной воспаления в виде ленты, идущей от одного угла рта до другого. Красная кайма в этом месте отечна, гиперемирована, нередко инфильтрирована, с поперечно расположенными трещинами и мелкими чешуйко-корочками. Наиболее резко выражена пятнистая отечность и гиперемия в зоне Клейна (по линии смыкания губ). Процесс может локализоваться на одной, чаще нижней губе, но может быть и на обеих губах. Псориатические высыпания на слизистой оболочке рта иногда сопровождается жжением, но чаще протекают без субъективных ощущений. В области половых органов псориатическая сыпь чаще формируется у мужнин на внутреннем листке крайней плоти, а у женщин – в области переходной складки больших и малых половых губ. В отличие от поражений на слизистой оболочке рта при этой локализации четко определяются характерные симптомы для псориатического процесса. Обычно видны розовые округлые папулы с четкими границами, склонные к слиянию и с наличием наслоения серовато-белых чешуек или чешуйко-корок, легко отторгающихся при поскабливании.

Поражение слизистых оболочек у больных пустулезным псориазом наблюдается постоянно. Поражение слизистой оболочки полости рта является неотъемлемым признаком пустулезного псориаза В соответствии со своеобразием кожной сыпи проявления псориатических пустулезных эффлоресценций на слизистых оболочках отличаются выраженностью отечности, наличием серозно-гнойной экссудации, частым формированием эрозивно-язвенных элементов.

Дифференциальный диагноз с красным плоским лишаем базируется на имеющейся у больных псориазом характерной розовой окраски сыпи с образованием точечного кровотечения при снятии беловато-серого налета или эксфолиативного эпителия. От лейкоплакии псориаз отличается отсутствием плотного инфильтрата, наличием чередования периодов регресса и рецидива высыпаний, а также обнаружением при легком поскабливании точечного кровотечения. Для дифференциальной диагностики имеет значение такой фактор, как синхронность появления и течения высыпаний на коже и слизистых оболочках.

**ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ ПСОРИАЗОМ**

**Препараты, применяемые для общей терапии**. Для лечения псориатической болезни применяется так много различных препаратов, действующих на мультифакториальные патогенетические механизмы формирования дерматоза, что следует называть такие способы лечения направленной полипрагмазией.

Применяемые средства общего воздействия на организм, его внутреннюю среду (гомеостаз), нервно-эндокринные и иммунологические механизмы в каждом конкретном случае действуют патогенетически. Однако по результатам лечения не удается сделать каких-либо заключений о причине, вызвавшей появление псориаза. Способы патогенетической терапии самые различные н поэтому прежде чем начать лечение больного тщательно обследуют. В обследование включается подробный анамнез, исследование общего состояния больного, его внутренних органов, нервно-эндокринной системы, изучение уровня активности гуморальных и клеточных факторов иммунитета, выявление очагов локальной инфекции. При назначении лечения учитывается стадия течения болезни, сезонность, клиническая разновидность дерматоза (диссеминированная, ограниченная, псориатическая эритродермия, псориатический артрит и т. д.). В процессе выбора фармакологических средств уточняют переносимость лекарств, эффективность предыдущей терапии, длительность ремиссии и причину наступившего рецидива. Известно, что более благоприятный и быстрый результат терапевтических мероприятий наблюдается при непродолжительных, не осложненных, ограниченных разновидностях псориаза. Вместе с тем следует отметить, что в этот период и психологически больные склонны больше доверять врачу и не увлекаться самолечением, которое нередко противодействует назначениям врача.

Труднее и более торпидно протекают тяжелые разновидности дерматоза. Значительно медленнее наступает ремиссия при экссудативной пустулезной, эритродермической и артропатической формах псориаза. Своевременно начатое лечение, сочетающееся с рациональным режимом, с применением физио-, бальнео и курортотерапии гарантирует длительную клиническую ремиссию. Перед выбором того или иного способа лечения псориаза следует определить и систему режима быта больного. Если у больного процесс распространенный, прогрессирующий, то более целесообразно проводить лечение в стационарных условиях.

Общее лечение больных распространенным, прогрессирующим псориазом издавна рекомендовалось проводить препаратами кальция, обеспечивающими противовоспалительный, гипосенсибилизирующий эффект, уплотняющими клеточную мембрану, нормализирующими активность аденилатциклазы и уменьшающими проницаемость капилляров дермы. Более эффективно парентеральное введение 10% раствора кальция глюконата внутримышечно или внутривенно по 10 мл через день – два по 10 – 15 инъекций на курс.

Широко используются и другие соли кальция – кальция хлорид, глицерофосфат, пантотенат, лактат, обладающие седативным, противовоспалительным, уплотняющим сосудистую стенку действием, а также уменьшающим выраженности вегетодистонии, Особенно показано применение солей кальция при экссудативным псориазе. Противопоказанием к их назначению является гиперкальциемия, гипертония, наличие тромбофлебита и симптомов гилеркоагуляции, Осложнений не наблюдается, если препараты назначают с учетом противопоказаний, Десенсибилизирующее, детокснинруюшее и противовоспалительное действие широкого спектра свойственно также и натрию тиосульфату, который наиболее эффективно действует при внутривенном введении. Назначают его в виде 30% раствора по 5 – 7 – 10 мл через день в течение 20 – 30 дней, Возможно и пероральное применение по 1 – 2 г на прием в порошках, таблетках или в виде 10% раствора по 1 – 2 столовые ложки 3 – 4 раза в день.

К активным противовоспалительным гипосенсибилизирующим средствам относятся также салицилаты (натрия салицилат, кислота ацетилсалициловая), обладающие и кортизоноподобным действием, так как они имеют стимулирующее влияние на синтез кортимостероидных гормонов. Натрия салицилат применяют внутрь в таблетках по 0,5 – 1 г на прием 2 – 3 раза в день или в виде 5 – 10% раствора по 1 столовой ложке после еды. При приеме натрия салицилата возможны побочные явления: ослабление слуха, потливость, аллергические реакции. Во избежание диспепсических явлений его назначают только после еды. Противопоказаниями к применению натрия салицилата являются: язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, желудочно-кишечные кровотечения, нарушения свертывающей системы крови.

Антигистаминные вещества не считаются основными препаратами; больным псориазом они назначаются только при наличии зуда или в тех случаях, когда псориаз протекает остро с гиперергическими симптомами. Наиболее часто используют димедрол, дипразин {пипольфен), супрастин, диазолин, тавегил, фенкарол. Помимо гистаминолитического действия, названные средства устраняют повышенную сосудистую проницаемость, снижают воспалительный потенциал тканей при реакции антиген – антитело. Их гипосенсибилизируюшее действие основано на нейтрализации гистамина, серотонина, брадикинина и ацетилхолина. Эти препараты, обладая способностью снижать возбуждение ЦНС, облегчают наступление сна.

Длительность применения антигистаминных средств ограничена, так как в действии антигистаминных лекарств существует три периода. В первом периоде проявляется выраженное антигистаминное действие, во втором – наступают явления привыкания, формирующиеся обычно через 1 – 1,5 мес. и характеризующиеся утратой терапевтического действия. В третьем периоде антигистаминный препарат сам становится аллергеном и может вызвать общие и местные аллергические реакции. Поэтому любое из этих средств используют короткими курсами по 7 – 10 – 15 дней, но не более 20 – 30 дней. При лечении хронического рецидивирующего псориаза препараты обязательно меняют. Более эффективно сочетанное применение антигистаминных средств с кальциевыми соединениями.

Антисеротониновым действием обладают также новокаин и аминазин, которые, являясь синергистами антигистаминных средств, улучшают их терапевтический эффект. В организме новокаин относительно быстро гидролизуется, образуя пара- аминобензойную кислоту и диэтиламиноэтанол, принимающие участие в синтезе фолиевой кислоты, обмен которой нарушен при псориазе. Новокаин вводят различными путями: внутрь, внутривенно, подкожно, внутримышечно и электрофоретически. Для перорального применения назначают 1 – 3%, раствор по 1 столовой ложке 3 раза в день после еды на протяжении 3 – 4 нед. Внутримышечно и подкожно новокаин применяют по различным схемам и в разных дозах. Чаще используют 2% раствор, вводимый по 1 – 2 мл ежедневно или через день в течение 1 – 1,5 мес. Затем следует перерыв 1 – 1,5 мес. и курс лечения повторяют. Внутривенные вливания 0,25% раствора новокаина производят ежедневно или через день, начиная с 2 мл и постепенно увеличивая дозу до 7 – 8 – 10 мл. Курс лечения составляет 10 – 15 – 20 вливаний. Для лучшей переносимости новокаина рекомендуется к нему добавлять в одном шприце 5 – 7 мл 25% раствора магния сульфата. Перед началом введения новокаина при всех способах его назначения следует обязательно определить переносимость препарата, ибо возможна повышенная чувствительность или даже непереносимость. Новокаин назначают при любой клинической форме и стадии псориаза, но особенно новокаин показан при прогрессирующем течении дерматоза.

Аминазин относится к препаратам антигистаминного действия, но обладающий к тому же гипотензивным, противовоспалительным и седативным действием. Он снижает проницаемость капилляров и уменьшает воспалительный потенциал при реакции антиген – антитело. Его применение в комплексном лечении псориаза используется дерматологами с хорошим эффектом. Применяется аминазин в виде 2,5% раствора по 1 мл в 3 мл 0,5% раствора новокаина 1 – 2 раза в день или перорально по 0,025 – 0,05 г 2 – 3 раза в день после еды в течение ! – 2 нед. Применение аминазина противопоказано при заболеваниях печени, почек, выраженном атеросклерозе, тромбоэмболической болезни и при склонности к аллергическим заболеваниям. К осложнениям и побочным явлениям препарата относятся диспепсические нарушения, снижение аппетита, запоры, ортостатический колит. При длительном применении возможны лейкопения, агранулоцитоз, гепатит.

Широко распространено применение у больных псориазом седативных средств и транквилизаторов. Однако в практике убедиться в действенности и эффективности этих методов не представляется возможным. Кроме того, имея точные данные о наличии у больных псориазом глубоких, мультифакториальных метаболических дефектов за счет снижения энзиматических и обменных процессов, переедания, гиподинамии и эндокринной недостаточности, предлагается применять седативную терапию или транквилизаторы только временно и лишь при наличии выраженных невротических реакций и если новокаин, аминазин и антигистаминные препараты с седативным влиянием оказались недостаточно действенными. В этих случаях используют магния сульфат, который, помимо успокаивающего и гипотензивного действия, оказывает слабительный, желчегонный, тонизирующий эффект. Особенно показан магния сульфат больным псориазом с ожирением, нарушенной функцией печени, желчного пузыря, а также больным с гипертонией., атонией кишечника, сосудистой спазмофилией кожи. Вводится магния сульфат парентерально: внутримышечно или внутривенно в виде 25% раствора по 3 – 5 – 7 – 10 мл через день - два с учетом величины артериального давления в течение 20 – 30 дней. У больных с ожирением, недостаточностью функции щитовидной железы наиболее целесообразно применять магния сульфат внутрь 10 – 20% раствор по столовой ложке 2 – 3 раза в день в течение 2 – 3 нед. Как успокаивающие, нормализующие и удлиняющие физиологический сон у больных псориазом целесообразно назначать сибазон, седуксен, реланиум, феназепам, нозепам, тазепам, мазепам – по 1 таблетке в дозе 0,005 г 1 – 2 раза в день. Положительный результат в лечении прогрессирующей стадии: псориаза отмечается при добавлении к комплексу противовоспалительных средств липотропных препаратов в сочетании с алкалоидами красавки и фенобарбиталом. К ним относятся беллатаминал, белласпон, беллоид. К неспецифическим противопсориатическим 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 тиамина (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 а-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 тромбофлебит, 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 кисло- рода 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 летней 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 витамин D2, который регулируя 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 повторяþт 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 фолпикулярного аппарата. Может развиться ксерофтальмия или кератомаляция, 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 псориатической эритродермии тигазоном. 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 со- держится 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 – лииоленовой, 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 В15. 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.

Значительное увеличение числа устойчивых к витаминотерапии форм чешуйчатого лишая, высокая частота заболеваемости тяжелыми формами болезни в виде эритродермического, артропатического и других клинических вариантов дерматоза потребовало внедрение высокоэффективных методов. Широко применяются кортикостероидные препараты (гидрокортизон, преднизолон, триамцинолон, кенакорт и др.). Различные кортикостероидные препараты объединяет общность терапевтического действия. Наиболее выражены свойственные им противовоспалительное и иммуносупрессивное действие, антинеопластическое и гипосенсибилизируюшее влияние, С внедрением в практику фторсодержащих кортикостероидных препаратов стало возможным более надежно и быстро подавлять воспалительную реакцию и добиваться регресса псориатической сыпи. Особенно хорошо зарекомендовали себя триамцинолон, полькортолон вследствие свойственного эпидермотропного действия. Эти препараты были более эффективны у больных генерализованным, диссеминированным псориазом в прогрессирующей стадии. При длительном существовании процесса, при наличии застарелых очагов или у больных эритродермией или артропатиями эффект более медленный, и с целью получения клинического выздоровления требуется увеличивать дозы. При снижении дозы или при отмене препаратов почти постоянно и быстро возникает обострение или рецидив болезни (синдром отмены). Для получения клинической ремиссии в этом случае требуются уже большие дозы, вызывающие осложнения и побочные явления. Кроме того, у больных, получавших гормоны, возникает резистентность к другим препаратам. В связи с этим применение кортикостероидных гормонов все более и более ограничивается. Их используют в комплексной терапии, в основном при тяжелых формах дерматоза типа псориатической эритродермии и артропатического псориаза. Из имеющегося в настоящее время арсенала гормональных препаратов наиболее часто применяют преднизолон и его дериваты – урбазон, метипред, а также триамцинолон, дексаметазон, полькортолон, кеналог как наиболее эффективные и положительно зарекомендовавшие себя.

Преднизолон и его аналоги – урбазон, метипред назначают внутрь, внутримышечно и внутривенно. При пероральном приеме препарат применяют осторожно, начиная с 16 мг в сутки. Длительность лечения зависит от характера течения заболевания, состояния больного и терапевтической эффективности препарата. Лечение прекращают постепенно, уменьшая дозу под контролем эффективности его действия. В острых случаях лечение проводят интенсивно, применяя внутримышечные и внутривенные (струйно или капельно) методы введения. Преднизолон по 1 – 2 мл (30 – 60 мг), урбазон – по 20 – 40 мг, метилред вводят внутримышечно (пролонгированный препарат) по 1 – 3 мл (0,04 – 0,13 г) 1 раз в 1 – 4 нед.

Полкортолон и кеналог эффективны у больных псориазом вследствие эпидермотропного действия. Полкортолон назначают внутрь по 4 – 8 – 16 мг в 2 – 4 приема, после наступления терапевтического эффекта дозу уменьшают на 1/3-1/2 таблетки до установления минимальной поддерживающей дозы – 0,001 г в день. Кеналог производят в таблетках по 0,004 г и в ампулах с содержанием в 1 мл 40 мг трамцинолона ацетонида. При приеме внутрь назначают вначале по 4 – 6 таблеток в сутки. При положительном терапевтическом результате дозу постепенно сокращают до поддерживающей, после чего возможен переход на поддерживающую эквивалентную дозу кеналога-40, обладающего депонирующей способностью с постепенным всасыванием. Внутримышечные инъекции кеналога-40 производят 1 раз в 2 – 3 нед. У больных тяжелыми формами псориаза приходится по жизненным показаниям применять кеналог-40 внутримышечно сразу без предварительного приема таблеток и увеличивать дозировку до 80 мг в неделю.

Дексаметазон, или дексазон, является фторированным метилпрелнизолоном, обладающим более активным противовоспалительным и антиаллергическим действием. По эффективности 0,5 мг дексаметазона соответствуют примерно 3,5 мг преднизолона, т. е. он в 7 раз активнее преднизолона. Внутрь дексаметазон назначают в 2 – 3 приема по 2 – 3 мг в сутки во время или после еды. Парентерально (внутривенно или внутримышечно) назначают в тяжелых случаях по 1 – 2 мл (0,004 – 0,008 препарата 1 раз в сутки).

В процессе лечения глюкокортикоидами возможны побочные эффекты и осложнения, особенно часто возникающие при длительном их назначении. Наряду с противовоспалительным и антиаллергическим им свойственно иммунодепрессивное, цитостатическое действие. Одновременно они проявляют себя катаболическим механизмом метаболических реакций с выделением калия и кальция и задержкой натрия в тканях, что приводит к мышечной слабости, активизации инфекции, появлению отеков, ожирению по типу синдрома Иценко – Кушинга с наличием гипертонии. Глюкокортикоиды стимулируют повышенное образование глюкозы и способствуют формированию истинного сахарного диабета, приводят к развитию язвы желудка или кишечника, остеопороза (чаще в области позвоночника), повышению возбудимости ЦНС, из-за чего наблюдается бессонница, повышенная раздражительность, эйфория. Кортикостероидные гормоны противопоказаны больным сахарным диабетом, инфекционными заболеваниями, гипертонией, эпилепсией. Для профилактики катаболических осложнений кортикостероиды назначаются в комплексе с анаболическими препаратами типа неробола (метандростенолон, метиландростендиол) по 0,005 г 2 раза под язык в течение 20 – 25 дней. Препараты про- лонгированного действия (феноболин, ретаболил) вводят внутримышечно 1 раз в 7 – 10 – 15 дней по 50 мг. С целью нормализации минерального обмена внутрь назначают препараты калии (панангин, калия оротат), кальция (кальция хлорид, глюконат, глицерофосфат); натрия хлорид (поваренная соль) ограничивают. Одновременно ограничивают жиры и углеводы, а в пищу вводят дополнительно белки и витамины (кальция пантотенат, аевит).

Наряду с гормонами применяются и цитостатические препараты (метотрексат). Однако близость значений его лечебной и токсической доз способствует многочисленным осложнениям. Часто наблюдаются гепатиты, диспепсические явления, эрозивные очаги на слизистой оболочке ротовой полости, угнетение гемопоэза, геморрагический синдром. Однако побочные явления быстро исчезают после отмены препарата.

Лучшей переносимости метотрексата способствует дополнительное применение малых доз кортикостероидов, витаминов, иммуностимуляторов Сочетание дробных приемов метотрексата с иммуноморректорами типа натрия нуклеотида, декариса позволяет резко уменьшить гепатотоксичность, повысить эффективность лечения чешуйчатого лишая до получения клинического излечения Помимо метотрексата, в лечении чешуйчатого лишая применяют и другие цитостатические средства с целью ингибиции фактора роста пролиферации кератиноцитов и угнетения усиленного синтеза белка и метаболизма нуклеиновых кислот.

Антиметаболический препарат – гидроксимочевина (гидроксиуреа, биосупрессин) – также используется в лечении чешуйчатого лишая и довольно широко. Причина этого в достаточно высокой эффективности и меньших побочных явлениях по сравнению с метотрексатом и другими цитостатиками. Однако выявленные изменения полового хроматина свидетельствуют о необходимости осторожного применения этого препарата для лечения лиц молодого возраста.

В лечении псориатического артрита на протяжении многих лет используются негормональные противовоспалительные средства – бруфен, индометацин, бутадион, вольтарен, метиндол, самицилаты. Установлены их отчетливый терапевтический эффект и хорошая переносимость. Названные противовоспалительные препараты стабилизируют мембраны лизисом, угнетают интенсивность пролиферативных воспалительных реакций, повышают уровень энергообеспеченности обменных и иммунных процессов.

Не утратила своего значения в лечении псориаза пиротерапия. Повышение температуры тела является мощным фактором, мобилизующим фагоцитарную активность лейкоцитов, синтез интерферона, защитные реакции ретикулоэндотелиальной системы и функцию гипофизарно-адреналово-надпочечниковой системы. Гипертермия может быть вызвана инъекциями пирогенных веществ. Для пиротерапии используется пирогенал, получивший признание из-за отсутствия сенсибилизирующих свойств. Пирогенал – бактериальный пироген, получаемый в виде сложного безбелкового липополисахаридного комплекса из культуры синегнойных и брюшнотифозных микобактерий. Пирогенал вводят внутримышечно по 25 – 60 минимальных пирогенных доз (МПД) в постепенно увеличивающемся количестве до 100 – 150 МПД на инъекцию через день или 2 раза в неделю. Курс лечения составляет 10 – 12 инъекций.

Успешно в лечении псориаза применяются адаптогены: экстракт алоэ жидкий, настойка лимонника, настойка заманихи, экстракт левзеи жидкий и экстракт элеутерококка жидкий. Несмотря на многочисленные возможности терапии псориаза, процесс, как правило, остается длительным, часто рецидивирующим. С целью воздействия на различные патологически измененные механизмы обмена веществ применяется гемодез – кровезаменитель с выраженным дезинтоксикационным действием. Препарат в количестве 300 – 400 мл вводят внутривенно капельно со скоростью 80 – 100 капель в минуту с интервалами 3 – 4 дня, на курс 5 – 8 вливаний.

Заслуживает внимания применение гепарина, особенно в терапии тяжелых форм псориаза. Исследования по использованию гепарина констатировало иммунодепрессивное, цитостатическое, противовоспалительное действие гепарина . Гепарин вводят подкожно в область живота, начиная с 5000 ЕД 4 раза в сутки в течение 7 – 10 дней, затем по 2 раза в сутки также 7 – 10 дней, а затем в виде поддерживающей дозы 1 раз в сутки через день в количестве 10 – 15 инъекций.

Широко используются медицинской практике ингибиторы фосфодиэстеразы. К ним относятся препараты метилксантиновой группы – теофиллин, эуфиллин, кофеин, трентал, папаверин, АТФ и некоторые антигистаминные средства (тавегил, фенкарол, дипразин).

В динамике течения псориатической болезни с каждым годом наблюдаются изменения в сторону пролонгирования и отягощения процесса, поэтому ведутся дальнейшие поиски новых, более действенных методов.

**Средства наружной терапии.** При лечении больных псориазом издавна широко используют мази с учетом стадийности процесса, так как местная терапия повышает эффективность медикаментозного лечения. В прогрессирующей стадии часто применяют 2% салициловую мазь, борно-салидоловую мазь (мазь Рыбакова), ланолиново-водный крем Унны. При выраженном воспалительном процессе с экссудативным компонентом назначают мази и кремы с кортикостероидными гормонами. Хорошее противовоспалительное, антиаллергическое и рассасывающее действие оказывают такие мази, как флуцинар, деперзолон, оксикорт, лоринден С, лоринден А и др. С целью ускорения лечебного эффекта у больных чешуйчатым лишаем кортикостероидные мази наносят после снятия чешуек и корок 2% салициловой или серно-салициловыми мазями. На местах выраженной инфильтрации, в области обширных бляшек мази наносят под повязку. Полного излечения псориаза не достигается. Однако, мази или кремы с кортикостероидами показаны во всех стадиях псориаза и особенно в период прогрессирующего течения, В стационарной и регрессивной стадиях рекомендуются дегтярные и серно-дегтярные мази, 5 – 10 и 20% ихтиоловые, 5 – 10% ихтиол-нафталановые. Особенно ускоряется процесс регресса эффлоресценций при комбинации дегтярных, ихтиоловых или нафталановых мазей с кортикостероидными. Целесообразна смена мазевых средств, так как нередко наблюдаются «привыкание» кожи к одной и той же мази. Особенно необходима смена средств наружной терапии в стадии регресса, когда следует интенсифицировать рассасывание инфильтрата бляшек. При отсутствии свежих высыпаний можно постепенно повышать концентрацию активно действующих компонентов мазей и кремов. Назначаются 2 – 5% белая ртутная мазь, !0 – 15% серно-дегтярная, 20 – 33% серная, мазь Вилькинсона, 0,5 – 10% хризорсебиновая, 0,5 – 1% цигнолиновая (диоксиантраноловая), антраминовая или мазь «Псориазин» и «Антипсориатикум», обладающие не только отшелушивающим и противовоспалительным, но и редуцирующим и пластическим действием.

Местное лечение больных чешуйчатым лишаем серными, дегтярными, салициловыми мазями, особенно при распространенном процессе, требует постоянного контроля за функцией почек. Дегтярные мази, помимо токсического действия, вызывают у некоторых больных фолликулиты, что является показанием для их отмены. Значительное лечебное действие проявляется и при употреблении мазей с метилксантиновыми соединениями: 5 – 10% теофиллиновая, 2 – 5% эуфиллиновая и 2 – 5% папавериновые мази и кремы.

Предприняты также попытки лечения псориаза мазями, содержащими противовирусные средства. Назначают теброфенвую, оксолиновую, бонафтоновую (1 – 2 – 3%), а также 1 – 3% интерфероновую и 2 – 5% алпизариновую мази. Эти мази способствуют разрешению высыпаний, особенно при мелкопапулезных диссеминированных эффлоресценциях, Кроме того, они хорошо переносятся больными и не вызывают побочных явлений. С целью ускорения разрешения псориатических элементов применение дегтярных, ихтиоловых мазей сочетают с УФО. При этом УФ-лучи не только ускоряют разрешение воспалительных очагов, но и предупреждают развитие дерматита от этих мазей в тех случаях, когда их назначают в значительной концентрации (5 – 10 – 15%).

В связи с наличием у больных псориазом метаболических расстройств, проявляющихся как количественными сдвигами в содержании холестерина, углеводов, белков, микроэлементов и витаминов, так и существенными ферментными патологическими состояниями, считается целесообразным регулировать режим питания, ограничивая употребление в пищу продуктов, содержащих животные жиры и белки, углеводы и пряности. Большое значение имеет и закаливание организма, увеличение мобильности, подвижности в виде лечебной физкультуры или в виде занятий спортом.

**Перспективные методы лечения.** В последние годы происходят значительные совершенствования методов лечения псориаза. Дополнительно к традиционным схемам и методам разрабатываются активные эфферентные способы, основанные на детоксицирующем и иммунокорригирующем эффектах. В связи с углубленными вирусологическими исследованиями расширяются показания к применению комплекса антибиотиков с противовирусными средствами. Сужены показания для применения цитостатинов и иммуносупрассивных препаратов. Осторожнее и сдержаннее назначаются кортикостероидные гормоны дли общей терапии и ограничивается их местное применение.

Уже в первые годы после внедрения кортикостероидов выявились их отрицательные свойства. При снижении дозы и отмене препарата почти всегда и очень быстро наступает рецидив. Для купирования обострения требуется значительное увеличение дозы, сопровождающееся осложнениями и побочными явлениями. Особо следует отметить, что у больных, получавших кортикостероиды, быстрее наступали рецидивы, резистентные к другим методам терапии. С применением кортикостероидных гормонов связывают участившиеся случаи тяжелого течения пустулезного псориаза.

На основании данных, полученных при изучении результатов фотохимиотерапии, стало известно, что этот метод является одним из наиболее эффективных при псориазе. Однако непродолжительные во многих случаях сроки клинической ремиссии, а также частые побочные действия и осложнения свидетельствуют о необходимости сокращения сроков лечения и применения фотохимиотерапии как составной части комбинированной схемы в сочетании с эфферентными методами или использовать селективную фототерапию.

Широкое внедрение в практику лечения дерматозов эфферентных методов – итог многолетних поисков эффективных способов борьбы с эндогенными токсическими факторами, изменяющими систему гомеостаза. Характерной чертой эфферентной терапии является элиминация (удаление) из организма ксенобиотиков самыми различными способами. Для выведения из организма аутотоксических продуктов метаболизма издавна применялись такие примитивные способы, как назначение рвотных и слабительных средств, кровопускание, форсированный диурез.

В настоящее время разработаны такие перспективные методы дезинтоксикации, как гемодиализ, гемосорбция, гемофильтрация, ультрафильтрация и плазмаферез.

У больных псориазом, особенно тяжелыми хроническими формами, имеют место перегруженность патологическими иммунными циркулирующими комплексами, блокирование, подавленность физиологических систем защиты и регуляции, функциональные нарушения желудочно-кишечной системы. Все это обусловливает развитие синдрома эндогенной интоксикации, в результате которого в организме накапливается избыточное количество промежуточных и конечных метаболитов, оказывающих токсическое действие на функциональное состояние важнейших систем. Эфферентные методы оказывают детоксицирующее системное воздействие, при котором в результате удаления ксенобиотиков и различных токсических факторов осуществляется нелекарственная стимуляция систем естественного иммунитета, физиологических механизмов саногенеза с нормализацией жизненных процессов.