

ПСОРИАЗ

Укрощение строптивой болезни

Памяти моего учителя и наставника,
выдающегося дерматолога, дедушке
Омской школы практикующих врачей
Лореш Эльмару Давыдовичу
П О С В Я Щ Я Е Т С Я

Данная работа рассчитана на широкий круг читателей, в той или иной мере сталкивающихся с проблемой псориаза, для которых любая информация о псориатической болезни представляет интерес. Ввиду того, что научных работ по криотерапии псориаза недостаточно, брошюра так же может быть полезна и врачам дерматологам, врачам общей практики, артрологам и просто для широкой медицинской общественности.

Предисловие ко второму изданию



Установка для общей криогенной азототерапии «Криомед 150/20-01

Прошло 15 лет после выхода первого издания брошюры «Псориаз. Укрощение строптивой болезни». За полтора десятка лет в лечении псориаза не случилось революционных прорывов, не появилось новых высокоэффективных, базовых препаратов, новых аппаратных, физиотерапевтических технологий, адекватных практическому здравоохранению. Мы же за эти годы существенно продвинулись в расширении возможностей и укреплении позиции криопсориазотерапии. Были реализованы два проекта. Первый - по разработке и производству медицинской аппаратуры для криогенной азототерапии. Нам удалось сделать лучшую в мире криотерапевтическую аппаратуру по технологическим возможностям и по эргономике, а именно: аппарат для

локальной криогенной азототерапии «АЛК-КРИОМЕД» и установку для общей криогенной азототерапии «Криомед- 20/150-01» . Второй проект

включает в себя как совершенствование дискретной послойной криохирургии, так и разработку новых криотерапевтических технологий, расширяющих горизонты системной криопсориазотерапии и позволяющих с еще большей уверенностью вмешиваться в сценарий болезни, который пишет псориаз.

Общая и локальная криогенная азототерапия принципиально изменила тактику и стратегию комплексного лечения псориаза с использованием наших криомедицинских технологий. В этой связи во втором издании брошюры исчезли главы, потерявшие свою актуальность в современной концепции системной криопсориазотерапии. Вместе с тем, появилась новая глава: «Общая и локальная криогенная азототерапия



Аппарат для локальной криотерапии азотно-воздушной струей АЛК «Криомед»

в комплексном лечении и реабилитации больных псориазом», в которой описаны методики, позволяющие и врачу и больному с надеждой и уверенностью смотреть в будущее, даже при самых тяжелых, висцеральных (псориазная эритродермия, псориазная полиартрит и т.д.) формах псориаза.

Приходится лишний раз выразить сожаление по поводу состояния отечественного здравоохранения, и нашей медицинской науки, ничего, фактически, не делающих в сфере внедрения российских медицинских инновационных технологий. Так что, как говорится – за Державу обидно и извините – все, что могу.

Доктор Иван Сергеевич Чернышев

Что можно сказать о псориазе

Псориаз является одним из частых хронических заболеваний кожи. До 2-5% населения страдает этим недугом.

Причина заболевания псориазом до сих пор остается не совсем ясной.

Генетическая основа – это весьма стабильно появляющийся признак при псориазе. Частота семейного псориаза, по данным различных авторов, колеблется от 7 до 70%. Одно хорошо установлено, что псориаз не является заразной болезнью, и при тесном и длительном контакте больного со здоровым передачи болезни никто не наблюдал.

В отношении причин и механизма развития псориаза предлагались разные теории.

В течение некоторого времени пользовалась успехом нервная теория возникновения псориаза. Однако можно считать установленным тот факт, что состояние нервной системы, различного рода стрессовые потрясения оказывают неблагоприятное влияние на течение уже существующего псориаза. Нервно-психический механизм развития хотя и объясняет его некоторые особенности, но эта гипотеза оставляет много сомнений.

Привлекала внимание теория расстройств желез внутренней секреции, но и она не получила признания. Эндокринная система играет роль и, возможно, довольно значительную в течении заболевания, но так не может рассматриваться как причина заболевания псориазом.

Не подлежит сомнению, что обмен веществ у больных псориазом неустойчив, что часто отмечаются те или другие дефекты в этом отношении. Умеренное голодание, малокалорийное питание, уменьшает самоотравление организма различными продуктами обмена веществ, ставит больного псориазом в наилучшие условия для уменьшения проявлений заболевания. У больных псориазом установлено нарушение различных видов обмена веществ. Отмечается общее замедление обмена веществ. Наряду с общим нарушением обменных процессов в организме у больных псориазом, в особенности, это относится к углеводному обмену и нарушению жирового обмена. Однако расстройства обменно-эндокринных процессов не говорят об их причинном значении, а представляют собой вторичные изменения, обусловленные псориатической болезнью.

Сказанное более 100 лет назад: «Что такое псориаз – никто не знает и поныне» - в известной мере не потеряло значения. Большое число исследований и публикаций, посвященных сущности этого заболевания, целиком не прояснили ни причины, ни механизмов болезни.

В последнее время все большее внимание уделяется вирусной теории, получившей больше всего сторонников. Полагают, что речь идет о вирусе неясной природы, который скорее всего персистирует на генных структурах, передается врожденным путем и обнаружить который пока не удастся, несмотря на множество исследований, проводимых в разных странах. Наиболее убедительными являются исследования скандинавских и израильских ученых. В частности, они не раз фотографировали этот вирус в электронном микроскопе. Эту находку подтвердили другие ученые. Однако, чтобы окончательно доказать вирусную теорию, необходимо научиться выделять его, идентифицировать и выращивать вирус в пробирке, среда для обитания которого пока не получена. Сделав это, ученые сумеют продвинуться далеко вперед в изучении природы вируса, а, следовательно, и в лечении болезни.

В последние годы большое значение придается иммунным механизмам формирования псориаза. Научные исследования показали значительные нарушения иммунитета на всех его уровнях. В генных структурах отвечающих за иммунитет, в так называемом локусе гистосовместимости, эти нарушения имеют довольно характерную локализацию при тех или иных формах псориаза. Нарушения иммунитета могут быть как обратимыми, так

и необратимыми. Однако во многих случаях даже тогда, когда удается лабораторно обнаружить такие «бреши» иммунитета, не всегда возможна их коррекция.

Начинается псориаз мельчайшими пятнышками красного цвета, вскоре покрывающимися серебристыми чешуйками. Эти пятна растут по периферии, образуя крупные бляшки, которые, сливаясь вместе, дают большие псориазные бляшки величиной с ладонь и больше.

Псориазная сыпь состоит из пятнистых или узелковых элементов, покрытых на всем своем протяжении слоистыми серебристыми чешуйками, рыхло сидящими и легко соскабливаемыми. Серебристость чешуек объясняется расслоенностью поверхностного слоя кожи и наличием воздушных пространств в нем.

При поскабливании элементов сыпи выявляется характерная для псориаза триада симптомов: сначала стеаринового пятна, при дальнейшем поскабливании – пограничной пленки и затем появляется точечное кровотечение (симптом «кровавой росы»).

Следует отметить, что на местах высыпаний и в окружности на 1-2 см существенно снижается выделение пота и кожного сала. И вообще, нарушение потоотделения в той или иной мере у больных псориазом регистрируется, особенно в прогрессирующей стадии, на всем кожном покрове. Субъективные ощущения при псориазе чаще всего отсутствуют.

Ограниченные формы псориаза наблюдаются у 70% больных, распространенную форму псориаз принимает у 20%, суставные – у 5%, еще реже встречается псориаз с полным поражением кожи.

Любая часть тела может быть поражена псориазом, но есть излюбленные, дежурные места, где он находится почти постоянно: локти, колени, волосистая часть головы. Область локтей и колен поражена у 98% больных, кожа груди и живота – у 96%, кожа спины и ягодиц – 95%, волосистая часть головы – у 78%, лицо – у 54%.

Псориаз является хроническим заболеванием с периодами относительного благополучия, сменяющихся рецидивами. В классическом течении псориаза характерны времена с весьма незначительными высыпаниями на местах их обычной локализации и времена обострения процесса, когда высыпания захватывают обширные поверхности кожи – это типичная, наиболее часто встречающаяся, зимняя форма псориаза. Впрочем, у разных больных отмечается различное течение болезни.

В развитии псориазных высыпаний выделяют три стадии.

Прогрессирующая, когда появляются точечные красные пятна и узелки, увеличивающиеся в размерах, сливающиеся между собой, образуя бляшки, покрытые серебристо-белыми чешуйками.

Следующая стадия – стационарная. Появление свежих высыпаний прекращается, рост высыпанных элементов останавливается.

Третья стадия – регрессирующая, когда наслаивание чешуек уменьшается, элементы сыпи постепенно рассасываются, но часто остаются в области коленей, локтей и волосистой части головы. Весьма характерным признаком

для регрессирующей стадии является появление по границе псориатического элемента, так называемого “ободка Воронова”, когда рисунок кожи по границе бляшки имеет вид смятой папиросной бумаги.

Таким образом, псориаз проявляется наличием бляшек различной величины, покрытых серебристо-беловатыми чешуйками. Бляшки образуются вследствие разрастания и слияния первоначально появившихся пятен-узелков. Бляшки, в свою очередь, разрастаются и сливаются, давая образование обширных участков поражения. Заболевание иногда может сопровождаться зудом или, довольно часто, эмоциональной неустойчивостью.

Когда величина отдельных высыпаний не превышает точки, это точечная форма псориаза. При величине элементов сыпи, соответствующей размерам монеты, - это монетовидный псориаз. В результате слияния соседних бляшек возникает псориатические высыпания, напоминающие очертания географических карт. В прогрессирующей стадии нередко возникают высыпания на местах незначительной травмы кожи – реакции раздражения (феномен Кебнера), что указывает на предрасположенность кожи к появлению новых высыпаний псориаза. Отдельные бляшки псориаза могут сохраняться в течение длительного времени, они могут иметь мощный инфильтрат и покрыты массивными чешуйками. Их называют застарелым псориазом.

В классификации псориаза обычно выделяются острая распространенная форма и хроническая. Пузырная форма псориаза может носить генерализованный характер или в форме ладонно-подошвенного поражения.

Псориаз на слизистых оболочках полости рта встречается у 3% больных (на языке, слизистой щек, деснах). После удаления белесоватого налета обнаруживается красная поверхность с точечным кровотечением. Псориатические высыпания на слизистых оболочках обычно существуют длительное время, не проявляя тенденции к регрессированию.

Наиболее тяжелой формой псориаза является суставной псориаз (псориатический артрит). Диагностика его представляет определенные трудности. По нашим данным, псориатический артрит встречается значительно чаще у мужчин (75 %). Обычно в начале заболевают суставы кистей и стоп. Ими иногда начинается процесс, и он существует на протяжении всей болезни. Чаще всего поражаются мелкие суставы кистей и стоп. Далее поражаются голеностопные суставы и др.

При рентгенологическом обследовании отмечаются сужение суставных щелей, остеофиты (костные наросты), кистевидные просветления костной ткани. Еще задолго до появления видимых поражений суставов выявляются минимальные рентгенологические признаки начинающегося воспаления суставов. В первый период заболевания область пораженных суставов горячая и отечная, кожа синюшно-багровой окраски. Но эти явления быстро стихают и процесс переходит в хроническую фазу. Постепенно появляется ограничение подвижности, деформация и, наконец, наступает полное

нарушение движения суставов, Псориатический артрит часто очень трудно отличить от других болезней суставов, поэтому следует опираться на наиболее характерное вовлечение в процесс концевых фаланг пальцев рук и поражения ногтей. При артропатическом псориазе больные отмечают сильные боли особенно при движении. Поражаются как крупные, так и мелкие суставы. Характерно множественное поражение суставов. Довольно часто, псориаз как бы летает по суставам, не оставляя видимых последствий.

Особое значение имеет поражение ногтей так называемая пунктиформная дистрофия и утолщение ногтевой пластинки. Она, как бы нафарширована подногтевыми чешуйками. Ногти с белыми пятнышками или охряно-желтого цвета, свободный край их неровный, поверхность шероховатая, бороздчатая. Наиболее характерным для псориаза считается, когда ногтевая пластинка как бы исколота и поэтому имеет вид поверхности наперстка (симптом наперстка). Поражение ногтей может предшествовать проявлениям на коже или развиться спустя неопределенное время. При наличии поражения ногтей, даже при отсутствии субъективной симптоматики со стороны суставов, они, как правило, определяются рентгенологически. Так могут выявляться минимальные признаки воспаления суставов. Иногда поражения ногтей может быть единственным признаком псориаза. Начало псориаза с ногтей встречается не так уж и редко.

При обычных формах псориаза поражение ногтей не превышает 10%. Поражение суставов встречается тоже у 10% больных.

Укажем еще более редко встречающуюся, но весьма тяжелую форму заболевания – псориатическое поражение всего кожного покрова (псориатическая эритродермия). Этот процесс сразу или постепенно занимает почти весь кожный покров. Он приобретает красный цвет с сухими белыми чешуйками, которые осыпаются в огромном количестве. Сливной псориаз сопровождается мучительным чувством стягивания кожи и жжения. Эта форма трудно поддается лечению и улучшается крайне медленно.

Различают летний и зимний тип псориаза, но такое деление в какой-то мере условное. И все же в процессе лечения нельзя не учитывать эту особенность.

Краткий обзор существующих методов лечения

Обзор известных до сих пор методов лечения псориаза лучше предварить объяснением некоторых тайн объективного лечебного процесса вообще и особенности лечения псориаза, в частности.

Бесспорно, человек – существо космопогичное и духовное. Уже никто не отрицает тот факт, что мы существуем во вселенском энергетическом и материальном пространстве и единстве. Мать-

природа очень мудро и предусмотрительно заложила в человеческом организме неисчерпаемые компенсаторные защитные механизмы, как на макро- микроуровне, так и на энергетическом уровне, многократно дублируя их в органах жизнеобеспечения. Предусмотрела также и автоматическое регулирование физиологического равновесия, что медики называют гомеостазом.

Причем, во время болезни природа, пусть даже на субкомпенсированном уровне, неизмеримо тоньше и эффективней регулирует и сохраняет гомеостаз, чем самый искусный врачеватель.

Вторгаться в столь интимный, малоизученный по ближайшим и отдаленным последствиям процесс могут лишь личности не совсем нормальные, с гипертрофированным паранойяльным эгоцентризмом.

Достижения науки в области психологии, психоанализа, парапсихологии и биоэнергетики, корни которой исходят из религий разных конфессий, из народного целительства ввиду их только фрагментарной доступности, оплодотворили огромное количество некомпетентных, честолюбивых целителей, желающих ни много, ни мало осчастливить и избавить от неизлечимых недугов все человечество.

Эгоизм больного и его желание выздороветь, любой ценой, можно понять и простить. Но честолюбие, эгоцентризм и сознательное лукавство «горе-целителей» не имеют никакого нравственного и духовного оправдания. Волюнтаристическое использование непредсказуемых методов лечения на большом количестве больных наносит непоправимый вред ни в чем не повинным людям.

Тысячи излеченных больных не стоят одной загубленной невинной души. В этом и есть вечный и непреложный принцип врачевания: «Не навреди!»

Для больного, чтобы правильно оценить суть лечебного процесса или выздоровления, хорошо бы понять очень важную составляющую, которая называется – суггестия (лат. «внушение, намек») – целенаправленное психическое воздействие, воспринимаемое субъектом пассивно, без критической оценки.

Суггестивность – очень емкий термин в медицине. Он включает в себя доверие к врачу, внушающее воздействие его беседы с больным, самовнушение и вера в благополучный исход болезни, безусловное уважение и доверие к назначенному лечению, и точное соблюдение назначений.

Суггестивность, как составляющая часть процесса выздоровления, механизм управляемый не сознательно, а подсознательно. Иногда ее называют «внутренним доктором». Нужно отметить, что это самый рациональный и прицельный прием запуска защитных, компенсаторных механизмов.

В этой жизни мы существуем в мире объективных материальных физико-биологических законов, и здравомыслящие больные просто

должны уяснить, что и болезнь, и процесс выздоровления подчинены этим законам. Составляющие – суть процесса выздоровления – есть лечебный фактор, плюс - суггестивный фактор.

Эти составляющие находятся в прямо пропорциональной зависимости. То есть, чем мощнее лечебный фактор, тем меньше он нуждается в суггестивной поддержке, и наоборот.

На практике это выглядит следующим образом. Чем большим мистическим, колдовским антуражем обставлен прием больных, чем больше оговорок в плане лечения по поводу всякого рода диет, сроков и форм приемов лекарств и процедур, чем экзотичней и непонятней выглядит методика лечения, тем менее объективно эффективны эти методики, тем больше они нуждаются в суггестивной поддержке.

Таким образом, сегодня, огромная армия новоиспеченных целителей, паразитируя на суггестивном эффекте, пользуясь невежеством и отчаянием больных, по существу, морочат им голову, поскольку «внутренний доктор» есть у любого человека и всегда готов к работе.

У нас в России, классическими примерами использования суггестии и плацебо эффекта являются чисто коммерческие проекты, такие как «Псорилом», «Антипсор» и подобные им.

Кстати, суггестотерапия, как основа психотерапии, в чистом виде никогда не превышает 50% эффективности даже у самых харизматичных, как говорится от Бога, народных целителей, колдунов, экстрасенсов.

Вот почему медицина ведет непрерывный научный поиск и предпочитает использовать достоверно эффективные и воспроизводимые на больших числах лечебные факторы и методики.

Что касается лечения псориаза, то медицина за последние 30 лет достигла впечатляющих успехов.

Пытаться классифицировать известные до сих пор методы лечения псориаза - дело неблагодарное, так как все они направлены не против гипотетического причинного фактора, а против изученных наукой общих и местных механизмов развития и существования болезни.

Ортодоксальная стратегия включает 2 этапа:

1. Лечение манифестного, т. е. уже развившегося псориаза.
2. Противорецидивное лечение с целью достижения ремиссии.

Разделение методов и приемов на местные и общие воздействия весьма условно.

Кожный покров является многофункциональным органом, взаимосвязанным с организмом человека – это, во-первых.

Во-вторых, что немаловажно, болезненно измененное строение кожи, называемое медиками акантозом, таково, что сосудистые капиллярные петли располагаются чрезвычайно поверхностно, а это многократно повышает резорбцию любых лекарств, нанесенных на болезненный очаг.

Мне вспоминается один трагический случай с больным, довольно обширным псориазом, погибшим от общего отравления ртутью при обычном смазывании только промежности, где был псориаз, с целью лечения лобковой вшивости, которое он лечил, по чьему-то роковому совету, серо-ртутной мазью, называемой в народе «политанью».

Нет абсолютно безвредных лекарств, методов и способов лечения. Об этом всегда нужно помнить, выбирая меньшее зло.

Термины – народная медицина, нетрадиционная медицина – вообще относятся к области курьезов.

Медицина как наука, есть объективная реальность, все остальное относится к области самодеятельности и к народному целительству.

Только наука, только медицина может отделить «зерна от плевел» и взять на вооружение методы лечения с объективно отслеженными и воспроизводимыми на больших числах терапевтическими факторами.

Во все времена то там, то здесь возникали и возникают сенсационные слухи о чудодейственных способах лечения псориаза. Но проходит время, ажиотаж и эйфория по поводу очередного чуда стихает, и больной снова остается наедине со своей болезнью.

Какие бы трудности не переживала медицина, она была, есть и остается единственной надеждой и единственной конечной инстанцией, способной решать сложные научные и практические задачи по лечению тяжелых, системных заболеваний человека.

Невозможно, да и не нужно перечислять все то, что наработала медицинская наука за обозримый исторический период по лечению псориаза.

Многие из старых методов потеряли свое значение из-за своей малой эффективности и токсичности. Имеет смысл уделить внимание наиболее эффективным и часто применяющимся классическим и современным приемам лечения псориаза.

В отечественной и зарубежной дерматологической практике сегодня лидирует ПУВА-терапия во всех ее модификациях. В последнее время достигнут значительный прогресс в снижении токсичности этого метода за счет открытия фотосенсибилизаторов типа пувалена нового поколения, капсулированных форм препарата, либо наружного применения в форме кремов, жидкостей и муссирующих таблеток для ванн. Из-за часто упоминающихся (до 30%) токсических осложнений от ПУВА-терапии, таких как гастриты, гепатиты, миозиты, катаракты, опухоли, акробуллезные дерматиты и т. д., по-видимому, забывают об отдаленном воздействии ПУВА-терапии непосредственно на течение псориазической болезни. При длительном применении ПУВА-терапии рецидивирующие формы псориаза переходят в постоянно существующие и даже в летние формы. Поэтому очень рискованно больному, только что закончившему ПУВА-терапию, ехать на отечественные и зарубежные курорты в летнее время.

Возможности ультрафиолетового облучения несколько окрепли с введением селективной фототерапии. Однако увлечение огромными

суммарными дозами УФ-лучей всегда чревато онкологическими осложнениями.

Несмотря ни на что, многолетние приоритетные исследования ученых Центрального кожно-венерологического института под руководством академика Ю. К. Скрипкина показали, что ПУВА-терапия остается весьма ценным и незаменимым методом лечения, особенно тяжелого генерализованного псориаза.

Использование эксимерного лазера на застарелых, инфильтрированных бляшках показало очень высокую эффективность. Но, рецидивы болезни наступают в те же сроки, что и при других методах лечения, а возможности купирования рецидивов на ранней стадии крайне невелики. К тому же сложность и дороговизна метода не позволяют внедрить его в широкую клиническую практику.

Ретиноиды – производные витамина «А» (тигазон, неотигазон, роаккутан), введенные в практику в середине 70-х годов, стали препаратами выбора при наиболее тяжелых формах псориаза, в частности, при пустулезном и эритродермическом псориазе.

Препараты оказались сравнительно малоэффективными в лечении рассеянного обыкновенного псориаза. Однако назначаемые совместно с методом ПУВА-терапии, они значительно сокращают сроки лечения и дают возможность снизить разовые и суммарные дозировки сочетанных препаратов, а так же суммарные дозы ультрафиолетового облучения.

Из-за своей токсичности, ароматические ретиноиды, безусловно, должны быть отнесены к препаратам для лечения только тяжелых форм псориаза и, назначая их, следует тщательно учитывать ряд противопоказаний.

Большой интерес вызывает циклоспорин-А (сандиммун) – иммунопрессорный препарат, применяющийся в трансплантологии, для подавления реакции отторжения пересаженных органов. Ввиду высокой токсичности его также можно отнести к препаратам «большой» терапии псориаза.

Воздействие методов гравитационной хирургии крови (плазмоферез) и гемосорбции на состояние факторов неспецифической защиты и иммунитета при псориазе фундаментально изучено исследованиями НИИ физико-химической медицины. Однако эти методы, как впрочем УФ – или лазерное облучение крови, дают малопредсказуемый, кратковременный эффект и находят ограниченное применение.

Вообще, методы детоксикации в разных вариантах (гемосорбция, полиэлектролиты, энтеросорбенты и тп) должны всегда присутствовать в комплексном лечении псориаза.

После неудачных попыток лечения псориаза голоданием, стали как-то меньше придавать значение диете. И все же, одно дело режим полного голодания и совсем другое - диета, рассчитанная на длительное время и крайне необходимая на всех этапах лечения псориатической болезни.

Больным псориазом, безусловно, нужно исключить из пищи все продукты, содержащие большое количество углеводов, жиров и холестерина.

Важное и непререкаемое место занимает витаминотерапия, особенно группы В. В этом направлении очень много и плодотворно работают ученые медицинского факультета университета П. Лумумбы. Предложенные схемы фитовитаминного, противорецидивного лечения больных псориазом доступны и рациональны.

В последнее время появились сообщения о позитивных результатах лечения псориаза препаратами, близкими к витамину «Д» (например, альфа-кальцидол). Японские врачи добились исчезновения псориазных высыпаний более, чем у 75% больных. Однако, лечение этими препаратами связано с опасностью нарушения ионного равновесия в организме и требует постоянного и очень тщательного контроля.

Наряду с традиционными, классическим антипсориазными препаратами в клиническую практику стали внедряться группа препаратов, объединяющихся общим термином «биологические агенты». Самый обширный клинический опыт накоплен в отношении, так называемых ингибиторов фактора некроза опухоли-альфа - инфликсимаба (Ремикейд). Этот препарат оказался весьма эффективным при лечении псориазного артрита. В некоторых случаях, особенно распространенного псориаза, инфликсимаб оказывает существенную поддержку комбинированной терапии псориаза гладкой кожи. Однако очень высокая стоимость препарата делает его недоступным для большинства пациентов.

Более перспективным является внедрение в широкую практику препаратов группы ОМЕГА (промега, СУПЕР-ОМЕГА, эпаден и др.), содержащих полиненасыщенные, жирные эйкозопентаеновые и декозогексаеновые кислоты, относящиеся к производным витамина «Ф». Препараты группы ОМЕГА регулируют обмен холестерина. Для достижения ощутимого терапевтического эффекта больному псориазом необходимо принимать комплекс ОМЕГА, в количестве, содержащем кислот ДГА и ЭПА, не менее 10-12 г в сутки.

Заслуживает внимания тот факт, что эскимосы, основной пищей которых является макрель – океаническая рыба, содержащая большое количество этих кислот, чрезвычайно редко болеют псориазом.

Санаторно-курортное лечение, включающее в себя природно-климатические факторы, минеральные воды, грязи, нефти, солевые озера и морские гели, во все времена привлекало своим благотворным действием на многие болезни.

Санаторно-курортное лечение всегда шло в контексте общей стратегии этапной реабилитации больных хроническими заболеваниями.

Можно только порадоваться за тех больных, которым лечение на курортах помогает на более-менее длительный срок избавиться от проявлений болезни. Но врач должен думать обо всех больных, в том числе о тех бедолагах, которым санаторно-курортное лечение помогает недостаточно, либо совсем не помогает. Не нужно забывать так же, что при всем великолепии отдыха, особенно на южных и тропических курортах – это всегда климатическая травма для человека, проживающего северных широтах. Периоды адаптации и реадaptации не всегда протекают гладко.

В России сегодня наибольшей популярностью пользуется курорт г. Сочи с его знаменитыми мацестинскими сероводородными источниками.

В последние 10-15 лет в мире, чисто коммерческими программами, формируется устойчивый интерес к курортам на Мертвом море в Израиле. Экзотические антипсориазные факторы Мертвого моря в большей степени поддерживаются постоянной солнечной погодой и близостью религиозных святынь, плюс массивная, мягко скажем, некорректная реклама. Естественным и закономерным итогом стало все большее разочарование и крушение надежд на очередное чудо света.

Среди одних из самых известных методов наружного лечения за рубежом является дитранол, более известный под названием дитрастик.

Дитранол, препарат, получаемый из каменного угля, введенный в лечебную практику в начале прошлого века, оказался одним из наиболее эффективных антипсориазных средств. Применяемый в различных формах: в виде палочек, помад, мазей различных концентраций, дитрастик является излюбленным препаратом зарубежных дерматологов. Однако, длительное интенсивное применение дитрастика вызывают раздражение видимо здоровой ткани и стойкую пигментацию, неприемлемую с точки зрения косметики. В сочетании со стиральными порошками он образует соли красного и фиолетового цвета, приводящие в негодность постельное и личное белье. Кроме того, резорбционная токсичность дитранола на больших площадях заставила отказаться отечественных дерматологов от этого препарата еще в начале прошлого века.

Внедрение в пятидесятых годах в лечебную практику гормональных препаратов, отличающихся сильным антипсориазным действием, казалось на первых порах переломным в местном лечении псориаза. Однако, дальнейшие наблюдения показали, что гормональные препараты первого поколения (гидрокортизон, преднизолон и т. п.), так и второго поколения (лоринден, флуцинар, фторокорт, синалар и т. п.) и третьего поколения (целестодерм, випсогал, белосалик, бетновейт, дермовейт, локоид, элоком и т. п.), хотя и приводят к быстрому исчезновению болезненных симптомов, но надежно не предотвращают быстрых рецидивов и стабильно проявляют целый ряд местных и общих симптомов побочного действия.

Длительное использование гормональных мазей на больших площадях может быть крайне опасным для здоровья человека.

Среди огромного количества антипсориазных веществ и препаратов, в том числе растительного происхождения, заслуживают внимания: медицинский солидол, дегтярные препараты, нафталан, некоторые кислоты и щелочи.

Из растительных: череда, чистотел, аралия маньчжурская, элеутерококк, валериана, девясил, алоэ, софора японская и другие.

Кстати, подавляющее большинство «эксклюзивных», более-менее эффективных при псориазе, мазей известных знахарей или народных целителей в основе своей содержат солидол.

Высокоочищенный, медицинский солидол – добротный антипсориазный препарат. Тем не менее, мне приходилось встречаться с отдаленными побочными эффектами от длительного наружного лечения медицинским солидолом. Ограниченные пигментные дерматозы при этом, чаще всего напоминают печеночные пятна, иногда протекают по типу меланоза Дюбрея или меланоза Рилля. Причем меланозы возникали тогда, когда пациент помимо солидола получал колоссальные дозы ультрафиолетового облучения, лежа на солнце, образно говоря, до полного «обугливания». Нередко лечение солидолом осложняется хроническим, контактным пустулезным дерматитом.

Что ж после этого можно сказать про мази знахарей или народных целителей, которые они делают на основе неочищенного технического солидола. Более того, мне «посчастливилось» видеть, как с помощью обыкновенной совковой лопаты, бочки из под нефтепродуктов и технического солидола готовилась такая мазь. Удручало то, что народный целитель был дерматологом. Правда отличался он низкой общей культурой и явно недостаточной медицинской и, особенно дерматологической образованностью. Свято верил в универсальные лечебные свойства грецкого ореха. Гордился тем, что изобрел способ очистки технического солидола с помощью скорлупы грецкого ореха, которую в огромных количествах ему приносили земляки-станичники. Скорлупа грецкого ореха хотя и является хорошим сорбентом, но не может конкурировать с промышленными технологиями высокой очистки солидола. И все же, помимо незрелого грецкого ореха в состав своей мази вводил классические для солидоловых мазей препараты - салициловую кислоту и мед. Во времена СССР, когда медицинский солидол не был таким дефицитом, существовала замечательная мазь Рыбакова. Копеечной цены, не отличаясь ближайшей эффективностью, мазь Рыбакова в течение 2-6 месяцев, при грамотном использовании, надолго убирала псориазные высыпания у большинства пациентов.

Сегодня, в аптеках появилась мазь на основе солидола под названием карталин. Как и в мази Рыбакова основные, терапевтически значимые, компоненты этой мази – салициловая кислота, солидол и пчелиный мед. Не совсем понятно, почему она такая дорогая. По эффективности, по способу

применения по побочным осложнениям карталин не обладает сколь-нибудь заметными преимуществами перед мазью Рыбакова, разве что более аллергенная.

В последнее время на отечественный фармацевтический рынок хлынули зарубежные антипсориазные препараты. Стоит отметить достижение зарубежной фармацевтики и парфюмерии в создании удобных для больных и очень косметичных лекарственных форм. Однако практика показывает, что во многих случаях они лишь на время облегчают страдания больного, и к ним быстро наступает невосприимчивость. К тому же заявленный состав зарубежных препаратов и фактическое их содержание довольно часто отличается некорректностью, как, например, у такого известного и раскрученного препарата – СКИН-КАП.

В океане лекарственных препаратов и методов лечения псориаза не только больному или народному целителю со своими доморощенными способами лечения, но даже врачу трудно найти правильный курс к выздоровлению.

Искреннее заблуждение больных и авантюрный средневековый дух искателей «философского камня» порождают иллюзию, что без фундаментальных научных медицинских знаний, эмпирическим путем, можно открыть универсальное средство полного излечения псориаза. Несомненно, основанием для этого служат недостаточная эффективность известных методов лечения и трудности становления цивилизованного отечественного Здравоохранения.

Коловит, бальзамы Караваева, метод Галюка, использование 3-нитротолуола (взрывчатки) и многое – многое другое, все это можно найти в травниках, тибетской и народной медицине и давно в разных модификациях применяется в научной медицине.

Тем не менее, если подвести итоги обзора современной терапии псориаза, приходится констатировать их общие, и очень существенные недостатки:

1. Нередкая первичная неэффективность.
2. Развитие невосприимчивости к лечению при повторных курсах.
3. Общее и местное, часто необратимое, вредное воздействие на организм человека.

Недостаточная эффективность методов псориазотерапии затрудняет четкое разделение воспроизводимого терапевтического фактора и коэффициента частной суггестивности, что вынуждает расширять понятие клинической ремиссии до дежурных бляшек и, фактически, обезоруживает практического врача перед этим тяжелым системным заболеванием.

Аксиомой и фундаментом для построения плана лечения должны быть тщательные исследования отклонений от нормы всего организма, изучение внутренних и внешних факторов, провоцирующих болезнь, а также индивидуальных особенностей каждого случая.

Реакция врача на малейшее сопротивление болезни к лечению должна быть немедленной, но адекватной.

Псориаз «гусарским» наскоком не возьмешь, нужно всегда быть готовым к длительной, иногда изнурительной для врача и больного работе.

Можно понять отношение больных к врачам. Сегодня врачевание все больше становится отхожим промыслом случайных на этом поприще людей. К ним я отношу и подавляющее большинство народных целителей. Если бы больной с таким же упорством лечился у более-менее толкового врача, то, безусловно, эффективность лечения была бы значительно выше.

К сожалению, все наше общество поразили социальный вирус лености души и сердца. Значительная часть медиков комфортно пребывают в медицине, поскольку жить с медициной в себе – порой невыносимо тяжелая ноша сострадания, сопереживания, соучастия, сердечных и душевных рубцов от, хотя и редкого, собственного бессилия.

Системная криопсориазотерапия – луч доброй надежды.

История поисков методов лечения псориаза полна драматизма, надежд и разочарований. Научная медицинская мысль ориентируется, в основном, на большой псориаз, когда, как говорится, «поезд ушел» и болезнь поразила внутренние органы, суставы или почти весь кожный покров человека, когда такое развитие событий может привести к полной инвалидности, а порой и к смертельному исходу.

Но болезнь в критической фазе – лишь малая часть всех пораженных псориазом людей. Десятки миллионов больных, которым псориаз приносит только косметические и душевные неудобства, были и остаются заложниками жестокого сражения научных стратегов, планирующих одним богатырским разом победить грозного врага.

Бесспорно, внедрение в практику таких методов лечения как ПУВА-терапия: иммунновоздействующих препаратов, гемосорбции и плазмафереза, ароматических ретиноидов (тигазон и т. п.) явилось выдающимся достижением медицинской и фармацевтической мысли.

Безусловно, при тяжелых формах системных заболеваний, в том числе и при псориазе, эти методы могут и должны использоваться в медицинской практике. Однако, широкое применение столь «тяжелой артиллерии», влекущей за собой осложнения, не выдерживает критики с нравственной точки зрения.

Нежелание или неспособность науки решать насущные задачи практической медицины создает благодатную почву для знахарей, колдунов, народных лекарей и других самостийных врачевателей псориаза. Вера больных в чудесное избавление просто поразительна и, безусловно, продиктована отчаянием. Этому способствует и немалая

часть врачей, растерявших профессиональные и нравственные ориентиры.

Для настоящего медика лечение больных – ежедневная, будничная работа. Другое дело, когда встречаются трудные для диагностики и лечения случаи болезни. Вот здесь и начинается искусство врачевания: сопереживание, отчаяние, осознание своей малости перед бесконечностью неизвестного, конечно, поиск. Добившись успеха в одном-двух, пусть даже сотне случаев, врач не станет делать далеко идущих выводов, поскольку это говорит лишь о его возрастающем профессионализме и не более того.

Невежество и упорство, с которым народные целители предлагают всякий раз очередной, пришедший из глубины веков, переданный по наследству, способ лечения псориаза, вызывает сомнения в их способности объективно оценивать реальность.

В подавляющем большинстве случаев более или менее эффективные приемы лечения самодеятельных целителей основаны на известных медицине базовых лечебных компонентах. При этом используются многочисленные варианты концентраций и способов применения препаратов. Подтверждается давно известный афоризм «Не столь важно, чем лечить, а, главное, как лечить».

Утверждать, что в нашей отечественной медицине все плохо, могут только дилетанты. Напротив, концепция диспансерного лечения и реабилитации больных с хроническими заболеваниями является принципиальным, приоритетным направлением отечественной медицины. Другое дело, что у нас любое начинание, прошедшее через бюрократические жернова, могут довести до абсурда. Больным хорошо известна результативность диспансерного наблюдения, когда врач выступает просто в роли статиста. Нередко больные, в конце концов, начинают сами искать приемлемый метод лечения, сознательно или по неведению пренебрегают риском подхлестнуть болезнь или вызвать побочные осложнения. Самоотверженность и героизм больных в самолечении вызывает только горечь и сожаление.

У меня, практикующего врача, прошедшего все ступени государственного Здравоохранения от врача поликлиники до главного врача кожного диспансера, всегда вызывала досаду бесполезная рутинная декларативность диспансерного наблюдения, особенно за больными псориазом.

Было ясно, что сама идея хороша, но она должна быть наполнена другим, более действенным содержанием.

Исходя из существующих научных реалий, и невозможности на сегодняшний день полного излечения псориаза, совершенно необходимо было четко определить ближайшую, последующую задачу и конечную, достижимую на современном этапе цель.

В этом, в сущности, нет ничего нового, но важно было найти и реализовать ключевое звено плана лечения.

Исходя из моего клинического опыта, этапы методик должны были выглядеть следующим образом:

1 этап – первичное лечение псориаза до клинического и косметического и, возможно, полного исчезновения проявлений болезни (ремиссия).

2 этап – удержание достигнутого терапевтического эффекта, купирование «следовых» рецидивов на стадии точечных высыпаний и, возможно, достижения полной ремиссии.

3 этап – достижение более или менее длительной ремиссии и купирование возможных, отдаленных рецидивов на стадии точечных высыпаний.

4 этап – достижение длительной клинической ремиссии.

Разложив, таким образом, на составляющие весь процесс лечения, стало очевидно, что ни один из существующих способов лечения псориаза не может стабильно преодолеть даже 2-й этап. То есть нет наступательной, прицельной методики, позволяющей зафиксировать достигнутый лечебный эффект и удерживать болезнь хотя бы на стадии точечных высыпаний.

Круг поиска значительно сузился, так как требования и условия для будущего стержневого способа лечения вытекали из поставленной задачи.

Способ должен был отличаться:

1. Нацеленностью на 100-процентную ближайшую эффективность и способностью преодолевать 2-й этап.

2. Безвредностью при многократном применении.

3. К нему не должна развиваться невосприимчивость.

Из огромного научного арсенала именно криомедицина в большей степени отвечала таким условиям.

100 лет назад, немецкий священник и врач Себастьян Кнейп, чудесным образом вылечившийся от крупозной пневмонии, пригнул в состоянии бреда в ледяной Дунай, на одной из своих проповедей сказал: «Бог, прежде чем создать Землю, создал свет и тьму, тепло и холод, чтобы ниспослать на грядущего человека великие испытания и благодать, чтобы укрепить наши души и тела, чтобы в священном провидении в своем подвигнуть род человеческий на вечный божий промысел – созидание». В дальнейшем он обосновал свои каноны лечения теплом и холодом, которые по сей день использует современная физиотерапия.

Криомедицина (крио – холод), как клиническая дисциплина начала зарождаться в первой половине XX века с появлением широко доступных продуктов разделения воздуха и, в первую очередь, жидкого азота с температурой минус 196 градусов по Цельсию.

Как одно из направлений безлекарственного лечения – криомедицина за последние 50 лет заявила о себе самостоятельной научной дисциплиной. Она воздействует на организм человека низкими (до -150°C) и криогенными (-150°C и ниже) температурами.

Целебный эффект криогенных температур просто удивителен. При этом подкупает простота методов и, практически, полное отсутствие осложнений.

Справедливости ради нужно отметить, что еще в 1912 году немецкие ученые сообщали о своих исследованиях, когда они воздействовали на псориаз с лечебной целью сильным холодом. Правда, в то время применяли для этого углекислоту (криотерапия) с температурой - 60⁰-70⁰С. Трудно сказать, почему эксперимент не был продолжен.

Но из научных трудов Омского медицинского института известно, что в середине 20-х годов мои учителя Лореш Э. Д. и Шустеров Г. А. под руководством профессора Сорокина А.М. в г. Омске достаточно широко использовали при лечении псориаза жидкий воздух с температурой -180⁰С. Эти люди были необыкновенными специалистами, врачами старой закалки, выкованными не одним поколением династий медиков. Они обладали поистине энциклопедическими знаниями. То было сложное время и, к сожалению, судьба не дала им возможности завершить перспективные исследования.

С развитием криогенной техники ученые получили широкий доступ к носителям криогенных температур (жидкий кислород, жидкий азот, и др.) и криомедицинские технологии, как приоритетные, стали интенсивно развиваться в Японии, Германии, Польше. В бывшем Советском Союзе большая часть научных исследований в сфере криомедицины проводилась на Украине, в г. Харькове, в НИИ криобиологии и криомедицины. Криотерапия стала широко применяться в дерматологии, онкологии, хирургии, ЛОР и других областях медицины. Появлялось все больше сообщений об опыте применения криотерапии при лечении псориаза.

Однако все исследования отмечали отдаленную неэффективность криотерапии, то есть появление рецидивных высыпаний вскоре после лечения.

Я же с самого начала, еще со студенческих лет, стал использовать приемы криотерапии при лечении рецидивных точек и мелкобляшечных высыпаний и на упорных дежурных бляшках, не поддающихся никакому, доступному мне, методу лечения. Многие мои больные, коих я лечил с помощью криотерапии в те годы, давно уже забыли о своем заболевании. Даже у тех, у кого по разным причинам и возникали рецидивы, удавалось просто и очень быстро без особых проблем подавлять эти проявления.

Криотерапию псориаза долгие годы я считал вспомогательным методом лечения, своего рода приложением к классической и современной псориазотерапии. Поэтому я относил ее к сугубо своим приемам, требующим на всех этапах лечения ювелирного владения техникой и тактикой.

Можно было бы много и долго рассказывать о счастливом избавлении от болезни в совершенно, казалось бы, неподъемных случаях псориаза. Но особенно достойны упоминания те из них, что стали как бы этапными в моих исследованиях.

Вспоминается один мой хороший приятель, больной псориазом из Туапсе, где я в восьмидесятых годах работал врачом кожно-венерологического диспансера. Сибарит, жизнелюб и большой любитель

Бахуса, он не испытывал каких-либо комплексов по поводу своей болезни. Но пришла пора настоящей любви, и все изменилось. Я и раньше, с помощью криотерапии убирал у него псориазические высыпания с косметически ценных мест – лица, шеи, кистей. Однако пациенту, по характеру непоседе и трудоголику, никогда не хватало терпения и времени на систематическое лечение. Но на этот раз я был убежден, что он серьезно займется собой, и поэтому назначил ему интенсивный курс общего и мазевого лечения, а также, по его настоятельной просьбе, подключил криотерапию. В течение месяца он благополучно избавился от проявлений псориаза и только на своей свадьбе признался мне, что кроме криотерапии не сделал ни одного укола, не принял ни одной таблетки, и ни разу не мазался никакой мазью. Разумеется, за долгие годы моей врачебной деятельности подобное случалось и раньше с другими больными. Тем не менее, с таким большим псориазом, у него была поражена вся волосистая часть головы, сплошные бляшки на туловище и конечностях, удалось справиться впервые. Прибавьте сюда и то, что болезнь была отягощена алкогольным прошлым.

Эта история заставила меня по-новому задуматься над возможностями криомедицины вообще, хотя, признаюсь, тогда для меня это был всего лишь частный случай.

К серьезным и систематическим исследованиям я приступил только в 1989 году, когда уже полностью ушел с государственной службы и стал заниматься медициной на коммерческой основе.

Цивилизованный рынок медицинских услуг использует из своего арсенала только научные, высокоэффективные технологии. Поэтому я был вынужден вернуться к общей стратегии лечения кожных заболеваний, в частности, псориаза. Продумав все заново, я приступил к практической реализации этой стратегии.

Сначала в Краснодарском центре были отработаны конвейерные методики системной криотерапии псориаза. То есть, обучив приемам криопроцедур ассистентов со средним медицинским образованием, я смог одновременно лечить большее количество больных.

Обобщив свой исследовательский и клинический опыт, обработав статистические результаты лечения около 500 больных, я доложил этот материал в г. Анапе в октябре 1992 года на конференции, которую проводил НИИ физико - химической медицины.

В то время, по-настоящему, никто, в том числе и я, не оценил подлинного значения закономерностей и перспектив, которые обозначали эти исследования. Дело в том, что хотя все эти пациенты и пребывали в состоянии клинического и косметического комфорта в течение года и более, но около 20% больных вынуждены были, время от времени, приходить на криопроцедуры. Псориаз у них периодически подсыпал мелкими точками, особенно на «дежурных» местах или там, где раньше долгое время были псориазические бляшки и, конечно, на волосистой части головы.

И все же главное было не в том, что эффективность криопсориазотерапии безусловно выше любого известного метода лечения, а то что не псориаз диктовал свой сценарий, а мы целенаправленно и наступательно подавляли все вспышки болезни и попытки выйти из-под нашего контроля. В конечном итоге мы, практически, всегда добивались поставленной цели.

Псориаз стал фактически управляем.

Этот вывод даже меня привел в полное изумление.

В медицине нет абсолютно надежных методик. Это только наивные больные, верящие в чудо, требуют полной гарантии успеха. Тем не менее, у меня не вызывали большой тревоги 2-3% случаев относительного неуспеха лечения. Там, где я сам работал, дело никогда не кончалось полной неудачей.

Разумеется, были сложные и трудные случаи псориаза, особенно при тяжелых сопутствующих заболеваниях или у больных, деликатно скажем, с нерациональным предшествующим лечением. Выздоровление иных больных просто растягивалось, но конечный результат был успешным,

В этой связи вспоминается очень поучительная история.

Еще до того, когда я стал широко использовать криотерапию, как базовую методику, ко мне обратилась больная псориазом – 39-летняя, следящая за своим внешним видом, женщина. Псориаз у нее проявился с младенчества. Так называемый, лэп новорожденных на волосистой части головы перешел в классические псориазные бляшки. Постепенно он занимал всю волосистую часть головы сливным очагом, выходящим на лоб, заушные области и шею, с мощным инфильтратом и обильным шелушением. Как шлем, псориаз так сковал голову, что даже улыбка у женщины была какой-то неестественной. Долгие годы, пока процесс не выходил за пределы волосистой части головы, ей удавалось скрывать свою болезнь под прической. Волосы, слава Богу, достаточно сохранились, хотя и значительно поредели. Всю свою жизнь она вела непримиримую борьбу со своей болезнью. Лечилась у знахарей, шаманов, у народных целителей, у профессоров, академиков, но все безуспешно. По ее рассказу можно было проследить всю историю псориазотерапии. Недуг медленно, но верно отвоевывал все новые рубежи.

Последний, сокрушительный удар псориаз нанес ей, когда процесс распространился на тело, и стали болеть суставы.

Почему она пришла именно ко мне, до сих пор остается загадкой. У меня было достаточно высокое реноме врача-дерматолога, но в то время я, практически, вообще не занимался псориазом. Как ни отказывался я поначалу, но, поняв всю меру отчаяния и безысходности, я решился ее лечить. Более дисциплинированной, тактичной и терпеливой больной мне не встречалось. Высыпания на гладкой коже с тела удалось убрать быстро, за 2-3 недели. Но голова – это было нечто. Хотя псориаз на голове стал тонким, и уменьшилось шелушение, он моментально вспыхивал, как только, хотя бы на несколько дней, мы прерывали лечение.

Все свои знания и опыт, всю доступную мне информацию о псориазе я использовал при лечении этой больной. Сложные и простые мази, собственные композиты, общее лечение. Предшествующая длительная терапия нанесла большой вред ее общему здоровью. Мы обследовали и пролечили все органы и системы, там, где обнаружались неполадки. Полтора года длилось почти непрерывное лечение. Сколько раз у меня опускались руки, и я отчаивался. Но она мне говорила: «За десятки лет лечения ни разу у меня не было такого заметного улучшения. У меня нет псориаза на теле, на голове стало значительно лучше, перестали болеть суставы. Я готова ходить к Вам на лечение хоть каждый день, даже если болезнь будет оставаться в таком виде, как сейчас. Но я верю и знаю, что Вы меня все равно вылечите».

Что мне оставалось делать после таких слов?

Постепенно к лету 1989 года, а лечиться она начала в январе 1988 года, псориаз медленно стал сдавать свои позиции. Появились на волосистой части головы участки видимо здоровой кожи, процесс разбился на очаги, перешел в мелко-бляшечный, затем в точечный и, наконец, к концу лета перестал рецидивировать вообще. Надежда, так звали больную, совершенно необъяснимо для меня, всегда узнавала, когда я приезжал в Краснодар, и находила меня, где бы я ни был.

Что стало с этой женщиной? Она буквально расцвела и стала выглядеть лет на 15 моложе. Рядом со своей 17-летней дочерью, она смотрелась подругой или, в крайнем случае, старшей сестрой. И внешняя привлекательность сочеталась у нее с достоинством и уверенностью в себе, чем я искренне любовался.



Дискретная послойная криохирургия.
Метод «наката»

Мне всякий раз вспоминалась эта история, когда я сталкивался с трудным для лечения случаем. Насколько же настойчив и профессионален, должен быть врач, чтобы не только лечить больного, но вселять в него великое терпение и уверенность. Причем тогда, когда навалились отчаяние и усталость.

Никогда не нужно сдаваться, и непременно придет успех.

Конвейерное применение криотерапии на большом количестве больных псориазом высветило как

значительное преимущество перед другими методами, так и некоторые особенности, которые относятся скорее к ситуационным сложностям.

Во-первых, для больного наиболее важным является не только эффективность лечения, но и сроки выздоровления и возможность сохранить привычный образ жизни и социальную активность.

Во-вторых, любая новая методика должна пройти определенный период научного и общественного признания.

Поэтому в начальном периоде нам пришлось сталкиваться в основном с резистентными формами псориаза, осложненными нерациональной предшествующей терапией, многочисленными, очень серьезными, сопутствующими заболеваниями. Однако, я не считаю данную ситуацию некорректной по отношению к нашей новой методике, а вполне естественной и очень продуктивной.

Лечение простых, не осложненных форм псориаза практически, не представляет особых проблем. Больной после первого же интенсивного курса уходит в длительную ремиссию.

Лечение же резистентных, осложненных форм псориаза, требует новых подходов, поскольку в части сроков лечения и сохранения социальной активности, интересы больного и интересы наших центров хотя и совпадают, в силу особенностей нашей ценовой политики, но не всегда реализуются на практике, так как иногда тяжесть болезни диктует восстановление стационарных и санаторно-курортных этапов, для полной реабилитации больного.

В связи с этой ситуацией были отработаны многочисленные варианты методики системной криотерапии, такие как: перманентная, реммитирующая, встречной деструкции, подавление дежурной бляшки, центробежная, «олимпийских колец», «наложение-наложения», ползучей деструкции и т.д., в комплексном сочетании с ортодоксальной и современной псориазотерапией.

Самым перспективным направлением я считаю внедрение наших методик в курортных регионах России и за рубежом. Сочетание криопсориазотерапии с курортными факторами дает поистине поразительные результаты. По нашим наблюдениям в центре псориаза в г. Сочи, который действовал до середины 90-х годов, за 15-30 дней больные, в зависимости от формы псориаза, полностью избавлялись от проявлений болезни, в том числе и на волосистой части головы.



Аппаратная «скользящая» деструкция псориаза



Лечение дежурный бляшек методом «олимпийских колец»

Мы не стали тогда придерживаться традиционных санаторно-курортных постулатов лечения регрессирующих и стационарных форм псориаза, а создали клинико-курортный блок, где лечили любые формы псориаза, даже в самой острой стадии, в любое время года. По нашему глубокому убеждению, криопсориазотерапия, учитывая ее уникальную эффективность и, практически, неограниченный диапазон приемлемости, может решить проблему резистентности псориаза на любом курорте, в любой точке земного шара.

Бытующее мнение больных и врачей, что море и солнца всегда помогают при псориазе всем больным, наивно и не отвечает действительности. Но если учитывать мощное оздоравливающее как общее, и местное воздействие криогенных температур на человека, то даже несколько криопроцедур в сочетании с курортными факторами, могут значительно отдалить в дальнейшем начало рецидива. Более того, наши методики дают возможность снизить нежелательные побочные осложнения и последствия любых известных методик лечения псориаза, в том числе и от курортно-климатических факторов, позволяя проводить, щадящее организм, лечение.

Чтобы понять суть наших концептуальных подходов к лечению псориазической болезни с помощью системной криопсориазотерапии, необходимо сказать, что, в сущности, не имеет принципиального значения, кто и каким методом будет проводить первый этап лечения, то есть уберет псориазические проявления, хотя бы до субкосметического комфорта.

Важно удержать достигнутый успех и вот здесь, смею утверждать, проявляется главное преимущество криотерапии.

Она позволяет прицельно и наступательно купировать рецидивные высыпания на стадии точечных проявлений, тем самым, давая организму возможность, как я полагаю, и это подтверждается на практике, замедлить инерцию обострения, восстановить иммунные кондиции и нарушенные обменные процессы и, таким образом, в конечном итоге достигать состояния ремиссии.

Впрочем, для больных со стажем, возможность удержать псориаз в косметическом комфорте – уже величайшее благо.

Пациентов при первом обращении в наши центры, прежде всего, интересует - что такое криотерапия псориаза, какие гарантии мы можем дать, в смысле полного излечения болезни.

Придерживаясь формулы патента, можно дать следующее определение.

Сущность метода предусматривает различные варианты осуществления по кратности и продолжительности воздействия криогенными температурами непосредственно на очаги поражения, в зависимости от формы заболевания и величины поражения, до полного исчезновения проявлений болезни.

Безусловно, понятие системной криопсориазотерапии значительно шире и включает в себя лечение всего организма. Владение методом требует от врача высочайшего профессионализма и достойных нравственных качеств.

Что же касается гарантий излечения, то мы, практически, со 100% уверенностью можем гарантировать успех тем больным, которые готовы к сотрудничеству с нами.

Длительность интенсивного курса лечения зависит от формы псориаза, предшествующего лечения, наличия сопутствующих заболеваний. В среднем, в амбулаторных центрах интенсивный курс составляет около полутора месяцев и может колебаться от 2 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, 3-2-1 раза в неделю и еще реже во время контрольного наблюдения.

Замечательным свойством криотерапии является ее способность сигнализировать о существенных неполадках в организме.

Если после интенсивного курса лечения и достижения косметического и клинического комфорта, следовые атаки псориаза носят затяжной характер более 1,5-2 месяцев, это прямо указывает на серьезные нарушения физиологического равновесия в организме, связанного либо с заболеваниями внутренних органов, ритмом жизни, либо со значительной дисгармонией в окружающем пациента социуме, то есть в психоэмоциональной сфере. Совершенно отчетливо псориаз откликается на вредные привычки, например, на алкогольные эксцессы, на существенные нарушения диеты, особенно, если у больного имеется плохая переносимость тех или иных пищевых продуктов, например, цитрусовые, пасленовые, жирное, соленое, сладкое и т. п.

При непереносимости тех или иных пищевых продуктов, нужно максимально ограничить их прием, а от алкоголя на время всего курса лечения и наблюдения вообще нужно отказаться.

Вот почему, мы очень тщательно отбираем больных по волевым качествам, поскольку кто еще не осознал невероятной сложности причины и механизмов псориазической болезни и не представляет реальной трудности и, что случается довольно часто, длительности процесса выздоровления, вряд ли может надеяться на гарантированный успех.

Что бы обосновать наши концептуальные подходы к лечению псориаза, совместно с профессором М. Я. Левиным, одним из лучших, на мой взгляд, клинических иммунологов, в г. Санкт-Петербурге, были проведены прикладные и фундаментальные исследования по комплексной оценке иммунитета при псориазе, микроциркуляции, микрофлоре кожи и др. Полученные данные подтверждают клинические результаты общего и местного оздоравливающего воздействия криогенных температур на иммунитет, сосудистую систему, обменные процессы и на восстановления нормального строения кожи.

Криогенная азротерапия в комплексном лечении и реабилитации больных псориазом.

Что такое локальная и общая криогенная аэротерапия?

Локальная криогенная аэротерапия – это когда газовая смесь или воздух с температурой минус 100°С - минус 180°С через специальный криорукав или сопло подается на болезненный очаг (это может быть пораженный орган, либо его кожная проекция, сецернирующая(мокнущая) ожоговая или язвенная поверхность). Продолжительность воздействия, достаточная для развития лечебного эффекта - 60-180 секунд.

А общая криогенная аэротерапия – это когда больной на 30-180 секунд полностью помещается в криокамеру с воздушной средой от минус 120°С до минус 180°С. За это время большой объем покровных тканей нахолаживается до температуры от 0°С до плюс 4°С. При этом, на борьбу с холодом во время процедуры, на отепление охлажденных тканей до нормальной температуры и стабилизацию температурных процессов человек тратит до 1000 ккал.

По нашему глубокому убеждению, криогенная аэротерапия – есть воплощение мечты великого канадского патолога Ганса Селье о технологии «стресс – терапии», основанной на бионическом подходе, для стимуляции и тренинга процессов саморегуляции и пробуждения, практически, неисчерпаемых компенсаторных механизмов самоизлечения, подавленных социальным и экологическим прессингом современной технократической цивилизации.

Впервые криогенная аэротерапия была использована в конце 70-х годов прошлого века японским ученым Т. Ямаучи при лечении ревматических и ревматоидных поражениях суставов. Однако, очень скоро эта технология стала стержневой при комплексном лечении многих тяжелейших заболеваний, ранее не поддающихся или плохо поддающихся лечению.

Криомедицинские технологии являются ценнейшим, чаще всего, базовым элементом комбинированной терапии псориаза. Не вступая в противоречие с классическими методами терапии, они существенно улучшают прогноз лечения и течение псориаза в любых его проявлениях. Более того, когда наиболее часто используемые методы: ПУВа-терапия, Ре-ПУВа-терапия, СФТ, ретиноидотерапия, иммунодипрессанты и цитостатики (сандимун, метотрексат и т. п.), гормональная терапия, - оказываются малоэффективными, либо противопоказанными, криомедицинские технологии остаются, едва ли не единственными, методами, дающие



Позиционирование пациента в криокамере.

возможность для клинического выздоровления больного псориазом и для достижения выраженной, длительной ремиссии.

Следует понимать, что если локальную криогенную аэротерапию можно и нужно использовать непосредственно для лечения кожных проявлений псориаза, то общая криогенная аэротерапия направлена главным образом на гомеостазомодуляцию, то есть на формирование устойчивого здоровья. Таким образом, задача общей криогенной аэротерапии - изменить характер течения болезни на более доброкачественное. На первом этапе, уменьшить количество высыпаний при рецидивах, удлинить сроки первичной ремиссии. Конечная цель общей криогенной аэротерапии - добиться стойкой ремиссии или хотя бы стойкого клинического и косметического комфорта.

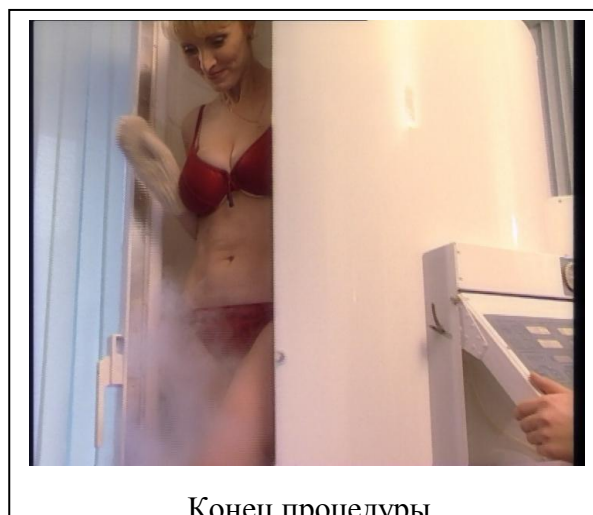
- Локальная криогенная аэротерапия используется в максимальных экспозициях на больших бляшках, в том числе и волосистой части головы, для потенцирования действия мазевых препаратов или других форм наружного применения, фототерапии, ежедневно или через день. Количество процедур может быть разным, в зависимости от скорости разрешения псориазных очагов. В среднем это 10-15 процедур локальной криогенной аэротерапии.
- Для общей криогенной аэротерапии /криокамера/ - "золотым стандартом" лечения псориаза на гладкой коже является 3 курса, 25-20-15 процедур, за период 6-8 месяцев. Однако даже один курс общей

криогенной аэротерапии из 25 процедур существенно улучшает прогноз достижения ремиссии при псориазе.

- При артропатической (суставной) форме псориаза в начальной фазе лечения, особенно в стадии обострения, криогенная аэротерапия должна использоваться более интенсивно, что подразумевает стационарное лечение.
- В первые 10-15 дней лечения общую и локальную криогенную аэротерапию можно назначать до 3-4 раз в сутки, в зависимости от остроты процесса.
- Локальная криогенная аэротерапия назначается в максимальных экспозициях и может выступать при лечении псориазных артритов как в моноварианте, без криокамеры, так и, что более предпочтительней, в комбинации с общей криогенной аэротерапией. Кратность процедур локальной криогенной аэротерапии такая же, как и общей криогенной



профилированное
окно криокамеры



Конец процедуры

аэротерапии, то есть до 3-4 раз в сутки в течение первых 10-15 дней лечения.

- Продолжительность первого интенсивного курса лечения артропатического псориаза может достигать 2-6 месяцев. Как правило, после 10-15 дней лечения, острые явления стихают. Кратность процедур криогенной аэротерапии можно довести до одного раза в сутки. По истечению первого месяца интенсивного курса, локальную криогенную аэротерапию можно отменить, по показаниям.
- Общая криогенная аэротерапия должна быть продолжена, в лучшем случае, через день, до стойкого клинического позитивного эффекта, суммарно до 3-х и более месяцев.



Локальная криогенная аэротерапия суставного псориаза

Кроме общего лечения, предполагающего своей целью иммуномодуляцию, иммунносупрессию, детоксикацию, антиоксидантную терапию, и т.д. Безусловным является, возможно, полная коррекция и лечение сопутствующих псориазу заболеваний.

В первую очередь, это касается лечения очагов локальной инфекции и воспаления, особенно лимфоидных тканей: тонзиллиты, фарингиты и тому подобные, а так же заболеваний внутренних органов: гастроэнтероколиты, гепатиты, нефриты и тому подобные. Настойчивые и рациональные действия лечащего врача в этом направлении - магистральный путь к достижению стойкой

ремиссии при псориазе.

Сравнительный анализ эффективности лечения больных псориазом, получавших криогенную аэротерапию и контрольной группы больных, получавшей ПУВа-терапию.

Общая характеристика больных псориазом

Таблица №1

	Мужской пол	Женский пол	Возраст, лет	Всего больных
Криогенная аэротерапия	35	65	18-73	100
Пува-терапия	7	13	20-55	20

Таблица эффективности комбинированного лечения с использованием криогенной аэротерапии

Таблица №2

№	Клиническая форма	Прогрессирующая	Стационарная	Псориатическая	Волосистой части головы

	Результаты лечения	стадия	стадия	артропатия	
1	Больных	40	60	40	90
2	Общая криогенная аэротерапия (процедур)	25-60	25	25-60	25-45
3	Длительность интенсивного курса лечения (месяцев)	3-12	1-3	3-12	2-6
		4,5	1,5	4,5	3
4	Больных с ранними рецидивами (через месяц после лечения)	ИТОГО		32	
		Из них, достигли ремиссии после повторного лечения		27	
5	Больных, достигших ремиссии и стойкой стадии клинического комфорта (6 месяцев и более)			94 (94%)	
6	Неэффективность лечения	ИТОГО		5 (5%)	
7	Отказ от лечения	ИТОГО		1 (1%)	
8	Больных	ИТОГО		100 (100%)	

При отборе 40 больных с псориатической артропатией, во всех случаях имел место прогрессирующий процесс на гладкой коже и волосистой головы.

Разница в количестве процедур криогенной аэротерапии и сроках лечения объясняется разной степенью резистентности в каждом отдельном случае псориаза.

Таблица эффективности лечения в контрольной группе с использованием ПУВа-терапии.

Таблица №3

№	Клиническая форма	Прогрессирующая стадия	Стационарная стадия	Псориатическая артропатия	Волосистой части головы
	Результаты лечения				

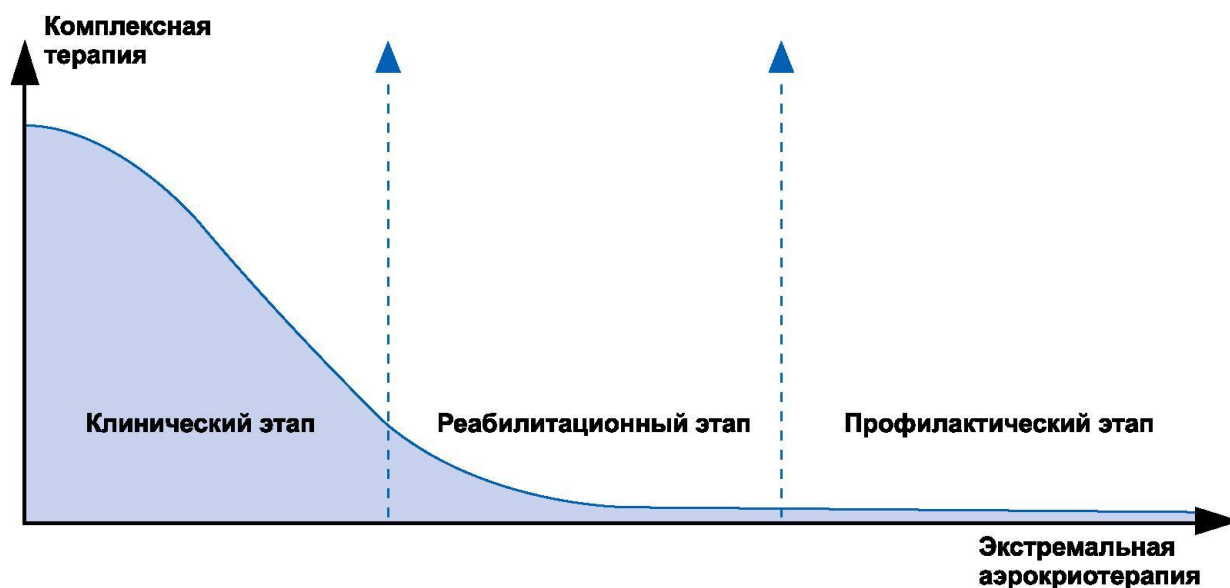
1	Больных	14	6	10	9
2	Длительность интенсивного курса лечения (месяцев)	$\frac{3-18}{7,5}$	$\frac{2-6}{3}$	$\frac{3-18}{7,5}$	$\frac{3-8}{4}$
3	Больных с ранними рецидивами (через месяц после лечения)	ИТОГО		8	
		Из них, достигли ремиссии после повторного лечения		2	
4	Больных, достигших ремиссии и стойкой стадии клинического комфорта (6 месяцев и более)			8 (40%)	
5	Неэффективность лечения	Итого		12 (60%)	
6	Больных	Итого		20 (100%)	

Сравнительный анализ эффективности доказывает безусловные преимущества комплексного лечения с использованием криогенной аэротерапии перед ортодоксальным лечением. При меньшей длительности диспансерного лечения почти в 2 раза, ремиссия у больных псориазом с использованием криогенной аэротерапии наступает в 94% случаев, против 40% при ортодоксальном лечении.

Контрольная группа после окончания клинических испытаний была пролечена комбинированными курсами с включением методов дискретной криохирургии и криогенной аэротерапии. У всех была достигнута ремиссия более 4 – 8 месяцев.

Отмена криогенной аэротерапии у 1 больного объясняется проявлениями клаустрофобии (боязнью ограниченного пространства). Вообще, криогенная аэротерапия выступает как универсальный метод, позволяющий формировать максимально эффективные, комплексные медицинские технологии, в контексте принятых во всем мире этапов: клинического, реабилитационного, профилактического.

Алгоритмы использования криогенной аэротерапии укладываются в графическую схему:



Следует подчеркнуть и это видно на графике, что если на клиническом этапе криогенная аэротерапия является ценнейшим базовым элементом комбинированной терапии, то в последующих этапах она становится, практически, самодостаточной, в поддерживающих реабилитационно-профилактических курсах.

Наиболее отчетливо проявляющийся ряд лечебных эффектов криогенной аэротерапии: обезболивающий, противоотечный, релаксирующий, заживляющий, и, в целом, противовоспалительный – по универсальности оздоравливающего эффекта пока не имеет альтернативы. Зарубежный и наш собственный опыт обнаруживает мощный реабилитационный, оздоравливающий след на протяжении 0,5 – 2 лет после курса криогенной аэротерапии.

За более чем 10 летний период изучения криогенной аэротерапии мы применяли данный метод при широчайшем круге заболеваний и, практически, всегда с великолепными результатами.

Псориаз, особенно с поражением суставов, диффузный нейродермит, экзема, ревматоидный полиартрит, болезни Бехтерева, в т.ч. периферические формы, посттравматические артриты, бронхиальная астма, хронические воспалительные и деструктивные заболевания легких, гипертония, болезнь Паркинсона, постинфарктные и постинсультные состояния, реабилитации онкологических больных после лучевой и химиотерапии и многие, многие другие болезни.

Вместе с тем, мы считаем, что самым перспективным направлением использования криогенной аэротерапии является оздоровительно – профилактическое направление.