

## ПРИНЦИПЫ ТЕРАПИИ ПСОРИАЗА

Профессор Н.З. ЯГОВДИК, И.Н. БЕЛУГИНА

*Белорусский государственный медицинский университет, Минск,  
Беларусь*

**Рассматриваются современные методы лечения псориаза, в том числе предложенный автором эффективный метод комплексной терапии этого заболевания.**

Для лечения псориаза предложено много методов и лекарственных препаратов. Однако до настоящего времени отсутствует лекарственное средство и не разработан метод терапии, способный навсегда избавить пациента от псориаза или хотя бы обеспечить ему длительную клиническую ремиссию. Поэтому лечение псориаза во многих случаях представляет большие трудности, требует глубоких знаний врача и терпения больного. Лечебно-профилактические мероприятия необходимо строить исходя из представления о хроническом рецидивирующем характере течения псориатического процесса.

При выборе метода лечения псориаза следует учитывать локализацию, распространенность, стадию патологического процесса, характер течения и клиническую форму, наличие сопутствующей патологии внутренних органов, клиничко-функциональные, метаболические и иммунологические показатели, характеризующие реактивность организма и его компенсаторно-адаптационные возможности. Больные с распространенным обычным псориазом, но с торпидным течением, больные пустулезным, эритродермическим и артропатическим псориазом нуждаются в углубленном обследовании, в том числе иммунологическом. Выявленную патологию следует санировать, так как ее наличие является одной из причин торпидности течения и недостаточной эффективности проводимой терапии.

При ограниченном характере поражения вульгарным псориазом больные не нуждаются в проведении интенсивной терапии. В таких случаях можно ограничиться рекомендацией соблюдения режима питания, труда, отдыха, следует избегать бактериальных, вирусных инфекций, психических и физических травм и использовать средства наружного применения и бальнеофизиокурортотерапию. Больным с распространенным вульгарным псориазом с острым и торпидным течением, эритродермическим, с артропатическим и пустулезным псориазом требуется назначение системной и мазевой терапии, бальнео- и физиотерапии с одновременной санацией имеющейся сопутствующей патологии. Назначаемая комплексная терапия во всех случаях должна быть направлена на снижение активности эпидермопоза, нормализацию процессов кератинизации эпидермальных клеток и разрешение воспаления в дерме.

Исходя из несомненной патогенетической роли функциональных нарушений центральной нервной системы и психоэмоционального статуса в развитии дерматоза, больным псориазом обоснованно назначают седативные и нейролептические средства, используя для этой цели препараты брома, валерианы, пустырника, сибазон, хлосепид, феназепан, нозепам, амитриптилин [1, 2], а также психотерапию, гипноз, гипнозотерапию, рефлексотерапию, электросон и др.

Известно, что течение псориаза довольно часто сопровождается зудом, жжением и сочетанием его с аллергическими реакциями на пищевые факторы, лекарственные препараты, поэтому в прогрессирующей стадии дерматоза целесообразно применение антигистаминных препаратов в течение 10–15 дней, препаратов кальция, калия, магния, тиосульфата натрия в общепринятых дозировках.

При наличии у больных признаков интоксикации, при экссудативном, артропатическом, эритродермическом и пустулезном псориазе показаны: дезинтоксикационная терапия, проводимая путем внутривенного введения гемодеза, полиглюкина, реополиглюкина (по 400 мл внутривенно через день, на курс 4–6 инфузий); прием внутрь активированного угля, полифепана, энтеродеза, белосорба; назначение экстракорпоральной гемосорбции, которая уменьшает иммуносупрессивные свойства сыворотки крови, повышает количество Т-лимфоцитов, процессы перекисного окисления, удаляет альфа-2-макроглобулин и лимфоцитарный термостабильный альфа-глобулин, значительно снижает концентрацию липопротеидов, триглицеридов, циркулирующих иммунных комплексов и, несомненно, улучшает результаты лечения [3, 4]. В ряде случаев у больных псориазом с положительными результатами используют плазмаферез, перитонеальный диализ и лейкоферез [5].

Комплексная терапия псориаза должна предусматривать коррекцию иммунных нарушений, выявленных при обычном распространенном с торпидным течением, эритродермическом, артропатическом псориазе и обязательно лабораторно подтвержденных.

Иммункорректирующей терапии псориаза посвящено довольно много исследований. Этой способностью обладает левамизол. Он нормализует действие Т-супрессоров, оказывает позитивное влияние на уровень циклических нуклеотидов, повышает фагоцитарную активность и иммуногенность мононуклеарных фагоцитов. Препарат назначают в дозе 0,15 г один раз в течение дня. Используется в комплексной терапии иммуномодулятор диуцифон — по 0,1–0,2 г/сут, 5-дневными циклами, с однодневным перерывом, на курс 5 циклов [6].

Положительный эффект получен от назначения больным артропатическим и пустулезным псориазом леакадина в комбинации с традиционной терапией. Он позитивно влияет на показатели клеточного звена иммунитета. Препарат назначают по 0,1 г внутривенно (растворяют в 10 мл изотонического раствора) один раз в сутки в течение 10 дней. На курс два цикла с интервалом 6 дней [7].

В иммунокорректирующей терапии больных псориазом применяют Т-активин, который вводят под

кожу по 100 мкг на 1, 3, 6, 13, 20-й день лечения [8]. Сокращает продолжительность лечения, удлиняет клиническую ремиссию и способствует нормализации показателей иммунитета внутримышечное введение тималина по 5 мг ежедневно в течение 6–10 дней, назначение нуклеината натрия по 0,25–0,5 г два-три раза в день в течение 10 дней. Отмечено корригирующее действие на иммунный статус экстракта плаценты (4–5 подкожных инъекций с интервалом 5–7 дней), пирогенала (начальная доза — 2,5–5 мкг, каждая последующая доза увеличивается на 5–10 мкг, максимальная разовая доза — 100 мкг, инъекции проводят через 1–2 дня, на курс 10–15 инъекций), ингаляций человеческого лейкоцитарного интерферона, спленина (внутримышечно по 1–2 мл ежедневно, на курс 10–12 мл ежедневно, на курс 10–12 инъекций) [8]. Хорошо себя зарекомендовал при тяжелых формах псориаза ликопид, назначаемый по 10–20 мг/сут, ежедневно в течение 10 дней, затем в той же дозе через день — 5 дней. В качестве иммунокорректоров могут быть использованы иммунал (по 20 капель 3 раза в день в течение 2–4 нед).

В литературе имеются сообщения об успешном применении в комплексной терапии псориаза гепарина, позитивное действие которого на течение заболевания объясняется нормализующим влиянием на различные звенья системы циклических нуклеотидов, микроциркуляцию, цитостатическим эффектом, иммунодепрессантным, противовоспалительным свойством [9]. Повышается терапевтическая эффективность гепарина, если сочетать его применение с назначением АТФ, эуфиллина (по 0,15 г 2 раза в сутки) и 5% теofilлин-2% папавериновой мази [9, 10].

В многочисленных наблюдениях отмечена высокая терапевтическая эффективность циклоспорина А (сандимун, неорал) при пустулезном и эритродермическом псориазе. Его положительное действие на течение псориазического процесса объясняется торможением функции и выделением лимфокинов Т-лимфоцитами, подавлением гуморальной иммунной реакции, улучшением процессов кератинизации эпидермальных клеток и противовоспалительными свойствами. Препарат назначают в дозе 3–5 мг/кг/сут до получения выраженного клинического эффекта с последующим постепенным снижением суточной дозы и переходом на поддерживающую дозу. При обычном псориазе его назначение менее эффективно [11, 12].

В комплексной терапии псориаза широко используют водо- и жирорастворимые витамины (А, Е, В<sub>1</sub>, В<sub>2</sub>, В<sub>6</sub>, В<sub>12</sub>, РР, С, Р, фолиевая кислота), особенно как средство противорецидивного лечения [13]. Применяемые дозы при лечении псориаза превышают суточную физиологическую потребность в витаминах в 10–25 раз. Мы широко используем комплексный метод применения витаминов В<sub>6</sub> (5% раствор пиридоксин хлорида по 1 мл внутримышечно через день, на курс 15–20 инъекций), В<sub>12</sub> (по 400 мкг внутримышечно через день, на курс 15–20 инъекций), аевита (по 1 капсуле 3 раза в день после еды в течение одного месяца), аскорбиновой кислоты (по 0,3–0,5 три раза в день после еды в течение одного месяца) и фолиевой кислоты (по 10 мг x 3 раза в день в течение одного месяца).

Согласно нашим наблюдениям целесообразнее использовать в терапии псориаза коферментные фор-

мы препаратов витаминной и невитаминной природы (кокарбоксылазу, рибофлавин-мононуклеотид, пиридоксальфосфат, кобамамид, дипромоний, фосфаден). Учитывая конкурентные межвитаминные взаимоотношения, следует назначать витамины группы В в виде комплексных препаратов. Как многие другие лекарственные препараты, витамины нередко оказывают сенсibiliзирующее действие и могут быть причиной аллергических реакций.

Известно, что при обычном псориазе значительно повышен эпидермопоз, и с целью его подавления при распространенной с торпидным течением, эритродермической, пустулезной и артропатической формах дерматоза используют цитостатические препараты и ингибиторы клеточного действия. Из цитостатиков чаще применяются метотрексат, фторафур, гидроксимочевина, азатиоприн, 6-меркаптопурин, проспидин и др. [1, 14].

Согласно имеющимся данным большинство авторов отдает предпочтение метотрексату. Существуют различные схемы назначения препарата, но чаще в виде внутримышечных инъекций по 25–40 мг или по 5 мг 3 раза через 12 ч один раз в неделю, на курс 4–6 цикла.

При длительном применении метотрексата возможно гепатотоксическое действие, тромбоцитопения, лейкопения, нарушение функции почек. Поэтому в процессе лечения следует проводить контрольные лабораторные исследования. Клиническая эффективность препарата возрастает в комбинации его с метилурацилом, витамином А и фотохимиотерапией. При отсутствии эффекта или при плохой переносимости метотрексата может быть назначен 6-меркаптопурин по 0,05 г 2 раза в день в течение 10–14 дней, азатиоприн по 0,05 2–3 раза в день в течение 20–40 дней, фторафур внутривенно по 10 мл 4% раствора фторафура, 10–20 вливаний ежедневно [15].

Другим возможным путем воздействия на пролиферацию эпителиоцитов является гипертермия (горячие ванны, сауна, пирогенные препараты: пирогенал, продигозан). О хороших результатах лечения псориаза пирогенными препаратами сообщают многие авторы. Пирогенал назначают через день в виде внутримышечных инъекций в начальной дозе 5 мкг с постепенным повышением на 10–20–30 мкг в каждой последующей инъекции. Максимальная разовая доза 100 мкг. На курс — 6–8 инъекций. Преимущественное влияние пирогенала на пролиферативные процессы подтверждается данными гистологического и электронно-микроскопического исследования кожи после лечения [1, 8].

Наиболее широко в терапии псориаза используется цитостатическое действие на эпителициты ультрафиолетового облучения. Для этой цели применяют средне- и длинноволновое ультрафиолетовое облучение. При облучении средневолновыми ультрафиолетовыми лучами образуются в коже продукты фотоллиза белка и фоторадикалов, которые активизируют систему мононуклеарных фагоцитов, вызывают дегрануляцию лаборацигов и базофилов, способствуют выделению в кожу биологически активных веществ, оказывают иммунокорригирующее действие, стимулируют синтез витамина Д<sub>3</sub>, адаптационно-трофическую

функцию симпатической нервной системы и восстанавливают нарушенные обменные процессы.

Широко используется за рубежом и значительно реже в нашей стране длинноволновое ультрафиолетовое излучение в комбинации с фотосенсибилизатором (ПУВА-терапия) и селективная фототерапия. В качестве фотосенсибилизатора применяют оксорален, бероксан, аммифури и др. в дозе 0,03–0,6 мг/кг за 1–2 ч до облучения. Механизм действия фуракумариновых препаратов окончательно не изучен. Основное значение придается взаимодействию активированного фотосенсибилизатора с ДНК и образованию моноили бифункциональных связей, что приводит к торможению клеточной пролиферации за счет временного подавления синтеза нуклеиновых кислот и белка [16]. Поскольку недостаточно ясны отдаленные последствия, прежде всего касающиеся риска канцерогенеза и повреждающего влияния на органы зрения, ПУВА-терапия применяется в основном при тяжело протекающем резистентном псориазе.

Разработана методика ПУВА-терапии с наружным применением фотосенсибилизирующих средств (0,3% раствор аммифурина, 0,1% раствор псоралена, 0,25–0,5% раствор бероксана), которая может быть применена при ограниченных резистентных к лекарственным средствам формах псориаза. При использовании этой методики очаги поражения перед облучением обрабатываются водными растворами фотосенсибилизаторов. Для снижения риска развития побочных реакций и повышения терапевтической активности ПУВА-терапию применяют в сочетании с ароматическими ретиноидами, с гипербарической оксигенацией, с витаминами, кальципотриолом [1, 14, 17].

Согласно данным В.В. Владимирова [16] лучше начинать лечение псориаза с назначения селективной фототерапии. Ее преимущество состоит в исключении приема большими фотосенсибилизаторов.

При плохой переносимости или резистентности к ПУВА-терапии и при патологии печени проводят ПУВА-ваннотерапию. Сущность метода состоит в приеме теплой ванны с содержанием 0,003% раствора псоралена или оксоралена в течение 10–15 мин. После обсухания кожного покрова больного облучают УФ-А. Процедуру проводят 3–4 раза в неделю с последующим постепенным снижением частоты приема ванн [18].

Поскольку почти все усиливающие пролиферацию эпидермиса факторы реализуют свое действие через систему циклических нуклеотидов, средства, способствующие накоплению в клетках цАМФ и снижению цГАФ, обладают антипролиферативным действием. С хорошими терапевтическими результатами используются: трентал (по 0,2 г 3 раза в день в течение 30–40 дней), теofilлин (по 0,2 г 3 раза в день в течение 20–25 дней), эуфиллин (внутривенно по 10 мл 2,4% раствора в 40% глюкозе, 10 инфузий), кофеин (по 1 мл внутримышечно 5% раствора кофеина бензоата), АТФ (по 1 мл внутримышечно 1% раствора АТФ), кавинтон (по 10 мг 3 раза в день в течение 2 нед; по 5 мг 3 раза в день в течение 4 нед), теоникол (по 0,15 г 3 раза в день в течение 3 нед). Одновременно очаги поражения 2 раза в день в течение 2–3 нед смазывают 5% теофиллиновой или 2% папавериновой мазью [13, 19].

Существует тесная связь пролиферативных и дифференцировочных процессов, происходящих в эпителиоцитах. У больных псориазом установлены существенные сдвиги в дифференцировке клеток эпидермиса. Для их нормализации широко используют препараты витамина А и ароматические ретиноиды. Эффективно внутримышечное введение витамина А в суточной дозе 100.000 МЕ на курс 20–30 инъекций. Одновременно назначают витамины В<sub>1</sub>, В<sub>2</sub>, В<sub>6</sub>, РР, С, Е. При лечении тяжелых и торпидных форм дерматоза за рубежом применяют ароматические ретиноиды: тигазон, неотигазон в суточной дозе 1 мг/кг массы тела больного. Продолжительность приема препарата до получения положительного эффекта (4–6 нед), после чего доза постепенно снижается до 0,5–0,3–0,2 мг/кг и ретиноид отменяется. Курс лечения заканчивают приемом витамина А в течение 2–3 мес с целью предупреждения раннего рецидива и обострения. Генерализованные пустулезная и эритродермическая формы поддаются лечению быстрее, чем бляшечные проявления заболевания. При очевидной пользе применения ретиноидов для лечения псориаза нельзя не учитывать его множественные побочные эффекты. Во время лечения женщинам необходима контрацепция, а после окончания следует воздержаться от беременности в течение 2–3 лет [20].

Ретиноиды для лечения псориаза сочетают с ПУВА-терапией (Ре-ПУВА-терапия) [1, 8, 15, 20], при комбинированной методике лечения в течение 10 дней назначают этритин (мужчинам) и изотретиноин (женщинам) по 1 мг/кг массы тела внутрь. На 11-й день лечения подключают ПУВА-терапию (4 раза в неделю, 20–24 сеанса) и уменьшают постепенно дозу ретиноида (до 0,5 мг/кг массы тела). Затем в течение 6 нед больной получает ПУВА-терапию 1–2 раза в неделю, ретиноид в дозе 0,3–0,5 мг/кг массы тела на протяжении 3 мес. Приведенная комбинированная методика является высокоэффективной при лечении псориатической эритродермии [7, 20]. Хорошие результаты лечения артропатического псориаза получены от назначения Ре-ПУВА-терапии, сочетания ПУВА-терапии с метотрексатом и нестероидными противовоспалительными средствами (сургам). Достаточно эффективны при артропатическом псориазе напроксен, индометацин, вольтарен, бруфен и др. [1, 14].

Не следует широко применять при лечении псориаза кортикостероиды. Ограничение их применения объясняется высокой частотой побочных эффектов и риском трансформации обычного псориаза в пустулезный. Показаниями для их назначения являются артропатический псориаз и псориатическая эритродермия в случае отсутствия эффекта от лечения цитостатиками, ретиноидами, фотохимиотерапией. Из большой группы кортикостероидных препаратов, назначаемых для лечения псориаза, предпочтение отдается триамцинолону и дексаметазону в сочетании с андрогенами, эстрогенами и препаратами кальция [21].

Больным, у которых псориатическая процесс протекает на фоне сниженной функции коры надпочечников, рекомендуется назначать этимизол (по 0,1 г 3 раза в день в течение 3 нед), синактен-депо, глицерам (по 0,05 г 3 раза в день в течение 2–3 нед) в сочетании с индуктотермией в течение 3 нед на поясничную область [19].

Отдельные авторы отметили хорошие клинические результаты у больных псориазом при назначении интерферона, лейкинферона и виферона, цитокина ИЛ-10, интерлейкина-11 [22, 23].

Повышение терапевтических результатов у больных псориазом достигается назначением эссенциале, липостобила, глютаминовой кислоты, андекалина, гипербарической оксигенации [8].

В последнее время с успехом в комплексной терапии псориаза применяются лекарственные препараты растительного происхождения в виде настоек, отваров и мазей. Фитотерапия показана больным в период обострения псориазического процесса и во время ремиссии дерматоза в комплексе противорецидивных мероприятий [24].

Нарушение обменных процессов при псориазе является основанием для назначения диетотерапии. Целесообразно ограничение углеводов, жиров, соблюдение вегетарианской диеты в течение многих лет.

Выбор средств для наружной терапии псориаза проводится в зависимости от локализации, распространенности, стадии патологического процесса, клинической формы и особенностей клинических проявлений дерматоза, состояния салопотоотделения, с учетом склонности к аллергическим реакциям, возраста больного [1, 8, 15, 25]. В прогрессирующей стадии заболевания местная терапия обычно ограничивается применением 1–2% салициловой мази или мазей, кремов, лосьонов, содержащих кортикостероиды, а также препаратов псоркутан и СКИН-КАП. В стационарной и регрессирующей стадии псориаза применяют 3–10% дегтярную, 3% салицилово - 5% дегтярно - 10% нафталановую, 3% салицилово - 5% дегтярно - 10% нафталаново - 10–20% ихтиоловую, 1–5% хризаробиновую, 0,05–1% дитроноловую, афтоловую мази.

Используют при лечении псориаза: препарат дитрастик, мазь псоркутан, активным компонентом которой является кальципотриол; 1–2% раствор арахидоновой кислоты; 5% теофиллиновую и 2% папавериновую мази, ингибирующие фосфодиэстеразу; 5% индометациновую и 5% бутадиионовую мази, тормозящие синтез простагландинов. Терапевтический эффект дегтя, дитранола может быть усилен комбинацией с УФ-облучением, псоркутана — селективной фотохимиотерапией, ПУВА-терапией, ретиноидами, циклоспорином А. При ограниченном псориазе хороший эффект достигается при сочетании стероидных гормонов с салициловой кислотой (дипросалик, белосалик, лоринден А) и дегтем (локакортен-гар, лоринден-Т). Сообщается о положительном клиническом эффекте при нанесении кремов, содержащих циклофосфамид (1,6%), 6-меркаптопурин (0,5%) [26, 27].

В комплексной терапии псориаза используют теплые общие ванны ( $t^{\circ}\text{C}$  36–37 $^{\circ}\text{C}$  продолжительностью 20 мин) с морской солью, солью Мертвого моря, отварами лекарственных трав (чистотел, череда, цветы ромашки и др.), крахмалом, оксидатом торфа и др., бальнеотерапию с применением пелоидов из торфа, сапропелей, аппликации парафина, озокерита, глины, нафталанана на пораженные суставы [28].

Из методов физиотерапии при лечении псориаза назначают УФО, ПУВА-терапию, селективную фото-

терапию, КВЧ-терапию, импульсивную фототерапию, а больным артропатическим псориазом — магнитотерапию, фонофорез, электрофорез, ультразвук, лазеротерапию, фотохимиотерапию [29].

Значительно повышает результативность лечения псориаза использование курортных факторов: климатотерапии (аэро-, гелио-, талассотерапия), водо-, бальнео- и теплелечение. Ряд больных псориазом положительный лечебный эффект связывает с посещением сауны [30]. В условиях санатория для больных псориазом применяют углекислые, кислородные, жемчужные, сульфидные, радоновые, хлоридные, водно-бромные, натриевые и др. ванны. Особенно эффективны сульфидные ванны.

Как следует из приведенных данных литературы, лечение распространенного обыкновенного псориаза и тяжелых его форм (артропатической, эритродермической, пустулезной) должно носить комплексный характер. При этом используются седативные, нейрорегуляторные, антигистаминные препараты, средства, оказывающие нормализующее воздействие на процессы эпидермопоза, кератинизации в эпидермисе и воспаления в дерме, в комбинации с рациональным применением физио-, бальнео- и мазевой терапии.

Нами разработан комплексный метод лечения распространенного обыкновенного псориаза с торпидным течением, включающий: курс психотерапии (10 сеансов) и экстракт валерианы (по 2 табл. 3 раза в день в течение 3 нед); инъекции пиридоксина (начальная доза 5 мкг, 8–10 инъекций), тималина (по 10 мг внутримышечно через день, 6–8 инъекций) или Т-активина (под кожу по 1 мл 0,01% раствора, на курс 6–8 инъекций), 5% раствора пиридоксина хлорида (15 инъекций через день) при чередовании с инъекциями витамина В<sub>12</sub> (по 400 мкг внутримышечно, 15 инъекций); аевит (по 1 капсуле 3 раза в день внутрь после еды в течение 3–4 нед); аскорбиновую кислоту (по 0,25 г внутрь три раза в день после еды в течение 3–4 нед); фолиевую кислоту (по 10 мг внутрь 3 раза в день в течение 3–4 нед); антигистаминные препараты (внутрь в течение 10 дней); внутривенное введение гемодеза (по 400 мл через день, на курс 4–6 инфузий); общее ультрафиолетовое облучение (на курс 16–22 процедуры); индуктотермию на поясничную область в сочетании с приемом внутрь этимизола (по 0,1 г три раза в день в течение 2–3 нед); лечебные ванны с морской солью (12–16 процедур); мазь, содержащую салициловую кислоту (2–3%), папаверин гидрохлорид (2%) или теофиллин (5%), деготь (3–12%), ихтиол (10–20%).

Описанное комплексное лечение проведено 79 больным распространенным псориазом с торпидным течением. Клиническая ремиссия была достигнута у 46,8% больных основной группы и у 23,8% больных группы сравнения. Продолжительность клинической ремиссии у больных основной группы была в 1,8 раза больше по сравнению с контрольной.

Предлагаемая терапия псориаза оказывает антипролиферативное, нормализующее дифференцировку кератиноцитов, противовоспалительное действие, позитивно влияет на иммунную систему, обменные процессы и центральную нервную систему больных.

## Литература

1. Лечение кожных болезней: Руковод. для врачей / Под ред. А.Л. Машкиллэйсона.— М.: Медицина.— 1990.— 560 с.
2. Саларев В.В. Комбинированная миллиметровая терапия больных торпидным течением псориаза с учетом иммунологических и морфологических показателей: Автореф. дис. ... канд. мед. наук.— Витебск, 1999.— 18 с.
3. Короткий Н.Г., Уджуху В.Ю. Влияние детоксицирующей терапии на уровень иммунных комплексов и фагоцитарной системы у больных псориазом // Вестн. дерматол.— 1985.— № 6.— С. 45–48.
4. Современные аспекты применения гемосорбции в лечении больных псориазом / Н.Г. Короткий, Н.М. Лопухин, Г.Я. Шарапова, М.Н. Молоденков // Там же.— 1982.— № 7.— С. 13–17.
5. Peritonealdialyse und Leukorharse bei Psoriasis: Jndikation und Kontraindikation / W. Glinski, S. Jablonska, J. Imiela, J. Daszynski // Hautartz.— 1985.— Bd 36.— S. 16–19.
6. Бахмистерова А.А., Бычко-Таковой И.С. Об иммунокорригирующей терапии псориаза // Вестн. дерматол.— 2000.— № 4.— С. 41–45.
7. Рябинина М.Е., Беренбейн Б.А., Славина Е.Г. Выявление уровня субпопуляций циркулирующих лимфоцитов с помощью моноклональных антител в крови больных псориазом и его изменение в процессе иммунокорригирующей терапии // Там же.— 1986.— № 1.— С. 18–21.
8. Мордовцев В.Н., Мушет Г.В., Альбанова В.И. Псориаз (патогенез, клиника, лечение).— Кишинев: ШТИИЦа, 1991.— С. 15–16.
9. Беренбейн Б.А., Вербенко Е.В., Карпуничев А.Н. К вопросу о механизмах действия гепарина при некоторых аутоиммунных и пролиферативных дерматозах // Вестн. дерматол.— 1989.— № 7.— С. 15–19.
10. Перспектива использования препаратов, оказывающих нормализующее влияние на различные компоненты циклазной системы при псориазе / Б.А. Беренбейн, Е.В. Вербенко, Н.Н. Шумой и др. // 3-й симпозиум по псориазу дерматовенерологов социалистических стран.— М., 1987.— С. 15–16.
11. Effects of cyclosporin A on immune activation markers in patients with active psoriasis / J. Economidou, J. Barkis, L. Demetriou et al. // Dermatol.— 1999.— Vol.199 (2).— P. 144–148.
12. Циклоспорин А в терапии псориаза / В.А. Молочков, А.И. Хлебникова, Т.И. Сапронова и др. // Рос. журн. кож.-вен. болезней.— 1998.— № 3.— С. 32–34.
13. Скрипкин Ю.К. Современные методы терапии псориаза: Метод. рек.— М., 1995.— 48 с.
14. Дерматология. Атлас-справочник: Пер. с англ. / Т. Фицпатрик, Р. Джонсон, К. Вульф и др.— М.: Практика, 1999.— С. 76–95.
15. Довжанский С.И., Утц С.Р. Псориаз или псориагическая болезнь.— Саратов: Изд-во Саратов. ун-та.— 1992.— II ч.— 95 с.
16. Владимиров В.В. Эффективность и обоснование применения фотохимиотерапии с учетом новых данных по патогенезу псориаза: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук.— М., 1985.— 31 с.
17. Combination phototherapy of psoriasis with calcipotriol and narrow-band UVB / M. Kerschner, M. Volkenandt, G. Plewig, P. Lehman // Lancet.— 1993.— Vol. 342.— P. 923.
18. Collins P., Rogers S. Bath-water delivery of 8-methoxypsoralen therapy for psoriasis // Clin. Exp. Dermatol.— 1991.— Vol. 16(3).— P. 165–167.
19. Яговдик Н.З. Комплексная терапия в свете новых данных о патогенетической роли нарушения обмена углеводов и содержания в крови, коже и чешуйках биологически активных веществ (витаминов, гормонов), участвующих в его регуляции: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук.— М., 1984.— 32 с.
20. Gollinick H.P. Oral retinoids-efficacy and toxicity in psoriasis // Br. J. Dermatol.— 1996.— Vol.135.— P. 6–17.
21. Беляев Г.М. Лечение и профилактика обострений псориаза с учетом состояния гипофизарно-надпочечниковой системы и половых желез: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук.— М., 1984.— 32с.
22. Опыт применения циклоферона при лечении псориаза / И.М. Левашов, Ф.И. Ершов, А.Л. Тищенко и др. // Вестн. дерматол.— 1999.— № 2.— С. 23–24.
23. Interleukin - 11 therapy Selective downregulates type 1 cytokine proinflammatory pathways in psoriasis lesions/ W.L. Tropicchio, M Ozawa, I.B. Walters et al. // J. Clin. Invest.— 1999.— Vol. 104(11).— P. 1527–1537.
24. Корсун В.Ф. Фитотерапия псориаза.— Минск: Наука и техника, 1993.— 227с.
25. Козин В.М. Наружная фармакотерапия дерматозов: Уч. пособие.— Минск: Выш. шк., 1997.— 80 с.
26. Jamamoto T. Kutayama I., Nishioka K. Topical anthralin therapy for refractory nail psoriasis // J. Dermatol.— 1998.— Vol. 25(4).— P. 231–233.
27. Hecker D., Lebwohl M. Topical calcipotriol in combination with UVB phototherapy for psoriasis // Jnt. J. Dermatol.— 1997.— Vol. 36.— P. 302–303.
28. Олефиренко В.Т. Водотеплолечение.— М.: Медицина, 1986.— 288 с.
29. Никулин Н.К. Роль иммунных нарушений в патогенезе псориагического артрита и методы иммунокоррекции в комплексном лечении больных: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук.— М., 1989.— 38 с.
30. Марьясис Е.Д. Курортное лечение кожных болезней.— М.: Медицина, 1981.— 199 с.

Поступила 06.04.2004

## PRINCIPLES OF PSORIASIS THERAPY

N.Z. Yagovdik, I.N. Belugina

## Summary

Modern methods of psoriasis treatment including the original effective method of complex therapy of this disease are discussed.