

«Каждому человеку, в каком бы он ни был быту, от Бога дан свой крест, который должно всякому с детской покорностью ко Отцу Небесному несть, поелику от малодушия и нетерпения легче не бывает».

(Преподобный Антоний) [12].

СЛОЖНОСТИ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ ПСОРИАЗОМ

Терлецкий О.В., к.м.н.

Псориаз (чешуйчатый лишай, psoriasis) - хронический воспалительный иммунозависимый генодерматоз, мультифакториального генеза, передающийся по доминантному типу с неполной пенетрантностью, характеризующийся усилением пролиферативной активности кератиноцитов с нарушением процессов кератинизации и развитием патологических процессов в коже, ногтях, суставах [8]. Как мы с Вами видим, в современном определении псориаза нет ни слова о состоянии нервной системы и души человека. Это, на мой взгляд, не совсем корректно.

Псориаз известен с давних времен и является одним из наиболее распространенных хронических дерматозов, составляет от 14,6 до 24% от всех кожных заболеваний. О псориазе говорят, что это одно из «проклятий рода человеческого». В развитых странах псориазом страдает 1,5–2% населения. Общее число больных псориазом в Европе и США сегодня составляет около 10 млн. человек [2, 9]. Псориаз редко встречается у японцев, эскимосов и уроженцев Западной Африки; крайне редко – у северных и южно-американских индейцев. В Индии и Маврикии удельный вес больных псориазом среди населения составляет 17,0–19,0%. В последние годы наблюдается рост заболеваемости этим дерматозом, учащение случаев регистрации тяжелых форм (ПА, псориагической эритродермии, пустулёзного псориаза), нередко приводящих к инвалидизации и летальным исходам [9 и др.].

Учение о псориазе имеет многовековую историю. Бросающиеся в глаза проявления псориаза являлись предметом наблюдений еще на самой ранней стадии изучения кожных заболеваний. Из-за путаницы в терминах вплоть до середины XIX в. псориаз фигурировал в медицинской литературе под самыми различными названиями. В средневековье эту незаразную болезнь называли «императорской» или «розой дьявола» с острыми и болезненными шипами. Можно лишь

предполагать, что в вавилонской и ассирийской медицине для обозначения псориаза использовался термин «quliptu» или «garabu», в Древней Греции - «alphos», «lepra» или «psora». Во времена Гиппократ, прославленного древнегреческого врача, псориаз был известен под названием «lepra» и «psora» (по-гречески psora – чесотка, парша).

Первое описание клинических проявлений псориаза принадлежит Авлу Корнелию Цельзу (ок. 30 г. до н. э. – ок. 40 г. н. э.). В своем восьмитомном сочинении, в пятой книге «De medicina» в разделе «impetigo», он выделял две разновидности этого заболевания и указывал, что встречаются формы этого дерматоза, похожие на папулу с грубой поверхностью и интенсивным красным цветом. Элементы сыпи могут образовывать различные фигуры. С поверхности пораженной кожи отторгаются чешуйки, появляются эрозии. Процесс поражения кожи происходит быстро. Высыпания появляются и исчезают через определенные интервалы. В разделе «vitiligo» под названием «alphos» Цельз описывает белые пятна на коже, поверхность которых бывает слегка грубовата. Сыпь состоит из отдельных каплевидных элементов, иногда рассеянных, среди них даже при большом распространении процесса остаются непораженные участки кожи. В этом случае появление и исчезновение высыпаний происходит нерегулярно. Лучшего описания псориаза не было дано в течение многих веков, что и отметил Фердинанд Гебра (Hebra, 1841).

По свидетельству Роберта Виллана (Willan, 1809), термин «psoriasis» впервые применил знаменитый римский врач и естествоиспытатель Клавдий Гален (ок.129 г. – ок. 201 г. до н. э.). Однако psoriasis`ом Гален называл поражение век и углов глаз с образованием чешуек, а также чешуйчатое поражение кожи мошонки со значительным зудом и экскориациями.

Только к началу XIX столетия благодаря работам Роберта Виллана (1757–1812) и его учеников, сформировалось представление о псориазе и появилось его описание с учетом вариаций клинической картины. Виллан выделял следующие формы псориаза: guttata, diffusa, gyrata, palmaris, labialis, ophthalmicas, graeputii, scrotalis, unguium, inveterata. Им же были описаны «застарелые формы» дерматоза. И все же, даже Виллан путался в терминологии этого заболевания. Следуя за античными авторами, при описании псориаза он использовал два греческих термина, - «lepra» и «psora», выделяя две болезни – дискоидный псориаз, который он называл *lepra graecorum* (сюда были включены поражения кожи в виде круглых пятен), и фигурный псориаз - *psora leprosa* (фигуры, узоры). В связи с многозначностью термина «psora» Виллан воскресил название psoriasis, не употреблявшееся со времен Галена.

В 1841 г. Фердинанд Гебра (1816–1900), объединив две формы заболевания по Виллану в одну – psoriasis, положил конец двойственности терминологии при описании псориаза. Он указал, что различные формы сыпи при псориазе не дают основания для выделения самостоятельных болезней, так как являются следствием одного и того же патологического процесса.

В развитии учения о псориазе значительную роль сыграла и отечественная

дерматологическая школа. В частности Полотебнов Алексей Герасимович (1838–1907) - первый русский профессор-дерматолог, ученик Боткина С. П., справедливо признанный отцом отечественной дерматологической школы. Он рассматривал псориаз как вазомоторный невроз, в тесной связи с патологией внутренних органов, обменом веществ и состоянием нервной системы. Подчеркивал значение нервно-психических факторов в происхождении псориаза и описал симптоматику костно-суставных поражений при этом дерматозе.

Псориаз относится к тем хроническим заболеваниям кожи, для которых не имеет значения сословный или социальный статус заболевшего. Неизлечимым, по мнению медицинской науки, недугом болели многие известные люди, в том числе Иосиф Сталин, Уинстон Черчилль, Джон Рокфеллер [10].

В тридцатые годы прошлого века Уинстон Черчилль, много лет страдавший псориазом, от отчаяния предложил поставить памятник из чистого золота человеку, который разгадает тайну этого заболевания. Основатель могущественной финансовой группы Джон Рокфеллер – старший тоже внес свою лепту в изучение псориаза. Болезнь настолько измучила нефтяного магната, что он даже учредил свою премию, практически равную по размеру Нобелевской, для тех, кто разработает препарат, полностью исцеляющий от псориаза [10].

Американский Национальный фонд псориаза обещает врачу, избавившему человечество от этого монстра, премию, сопоставимую по размерам с Нобелевской. Фонд финансируется богатыми семьями, в которых псориаз является наследственной болезнью, и не скупится на исследования [10].

К сожалению, премия до сих пор не вручена. Ученые всего мира вот уже много десятилетий продолжают биться над этой проблемой, но эффективных результатов пока нет.

Много вопросов возникает по выбору терапии этого трудно курабельного заболевания. Неуклонный рост стрессогенности жизни пациентов приводит к более агрессивному течению псориаза и не способствует успешной терапии этого заболевания.

В потоке современных сильнодействующих лекарственных препаратов трудно разобраться не только больному, но даже и врачу. Поэтому, прежде всего врач должен помнить старое правило медицины: лечить надо не болезнь, а больного [7].

В настоящее время нет единого универсального подхода к терапии псориаза. Широко используются препараты, обладающие противовоспалительным и антипролиферативным действием: кортикостероиды, цитостатики, biologicals «биопрепараты» и др. Однако проблема лечения псориаза до сих пор не решена и остается актуальной. Зачастую указанные препараты не только не облегчают страдания пациента, а усугубляют их. Это в первую очередь касается возрастающего количества серьезных ятрогенных осложнений и учащения развития тяжелых форм у больных псориазом. Указанные проблемы являются побудительным мотивом к изучению вопросов профилактики, диспансеризации и терапии псориаза. А также являются

причиной зарождения множества мифов и небылиц у людей страдающих от псориаза. Приведём некоторые из них в табл. 1.

Таблица 1

Миф	Содержание мифа	Комментарий специалиста
N1	Псориаз это не более чем косметический дефект.	Псориаз это системное заболевание.
N2	Псориаз победить не возможно.	Победить псориаз можно!
N3	Псориаз можно легко вылечить ГКС (глюкокортикостероидными средствами).	ГКС только усугубляют и без их применения существующую серьёзную проблему.
N4	Псориаз можно вылечить чудо-приборами и волшебными мазями.	Большое заблуждение, опасное для состояния кошелька больного.
N5	Псориаз можно вылечить в косметических салонах, соляриях, на пляжах зарубежных санаториев, заморскими кремами и чудо - грязями.	Опасное для здоровья заблуждение.
N6	На результаты лечения псориаза можно дать гарантию, как в ателье по ремонту бытовой техники или старых, дырявых башмаков.	Результат отсутствия элементарных знаний о своём заболевании.

В процессе изучения литературных источников, посвящённых проблеме псориаза, стало понятно, что какого-либо официального руководства по терапии этого заболевания, не существует. Руководства, где была бы изложена вся известная на данный момент достоверная информация о псориазе, о его многочисленных клинических формах, особенностях течения и терапии (общей, наружной, физиотерапии) нет.

Этиология и патогенез псориаза

Причина псориаза остается не выясненной. Многие исследователи обращают внимание на семейный характер псориаза и признают его генетическую природу. Наследственный псориаз наблюдали от 4,4% до 36% случаев [1, 9]. Нарушение обменных процессов и наличие «синдрома не герметичной кишки» у больных псориазом вызывает интоксикации, связанные с приёмом пищи. Эти факторы являются основанием для назначения диетотерапии [4, 9].

В работах многих авторов указывается на стрессорный механизм (нервно-психическая травма) развития псориаза [1, 5, 6, 8, 9]. Известно, что в современном мире постоянно развивающихся высоких технологий и невиданных информационных потоков произошла значительная метаморфоза не только с человеком, но и с болезнями, которыми он страдает. Последняя четверть XX и начало XXI века характеризуется неуклонным ростом *стрессогенности жизни*, что не проходит для человека бесследно. В связи с этим на первый план выходят не классические органические заболевания, а функциональные расстройства

различных органов и систем (вегетативной, центральной нервной, сосудистой, гормональной и иммунной). Через подкорковые структуры отрицательные психоэмоциональные импульсы дестабилизируют функциональное состояние систем и вызывают различные психосоматические заболевания, которые теперь обозначаются термином «*вегетативные дисфункции*» (ВД) или «*вегетозы*» [5, 6, 7]. С такими больными сталкиваются в своей повседневной работе клиницисты всех специальностей, они «блуждают по медицинским учреждениям, скитаются от врача к врачу в поисках действенной помощи». Стоимость многократных и, главное, бесполезных клинических, инструментальных и лабораторных исследований этих бесчисленных «проблемных» больных, бесконечного и, в лучшем случае, просто безрезультатного их лечения настолько велика, что несвоевременное распознавание ВД расценивается сейчас во многих странах как неправомерная нагрузка на государственный бюджет, как социально-экономическая проблема государственного значения. Ранняя диагностика и адекватная терапия ВД становится «проблемой номер один» в современной медицине [5, 6].

ВД являются основным звеном в патогенезе многих заболеваний, которые характеризуются дизрегуляцией взаимовлияний центральной нервной, вегетативной нервной, гормональной и иммунной систем, приводящие к нарушению вегетативного обеспечения функционирования различных эффекторных систем организма в поддержании гомеостаза [6].

Изучению этиологии и патогенеза ВД на протяжении многих лет уделяется пристальное внимание широкого круга исследователей и врачей клиницистов. Это обусловлено тем, что только проникновение в глубины патогенеза даст возможность разработать эффективные лечебно-профилактические мероприятия по борьбе с ними [6].

ВД - это «*болезнь адаптации*», развивающаяся у лиц преимущественно в возрасте от 16–18 до 35–40 лет, но при наличии определенных травмирующих социально-психологических и эмоционально-стрессовых факторов она может возникать в любом возрасте [6].

Помимо явной подчас хронологической зависимости между воздействием эмоционального стресса и развитием или рецидивом кожного страдания, выявляется нередко четкий параллелизм между тяжестью течения того или иного дерматоза и выраженностью функциональных расстройств высшей нервной деятельности. Возникновение или обострение кожного патологического процесса оказывается порой наиболее наглядным или даже первым признаком ухудшения психического состояния больного [6].

Заболевания кожи неврогенного генеза возникают либо в результате того, что в определенный период жизни больного, одновременно длительно действующие повреждающие и компенсаторно-восстанавливающие факторы приводят к недостаточности приспособительных возможностей организма, либо данный индивид не имел возможности адаптации к

действительности вследствие низкой резистентности к агрессивным агентам (психоэмоциональным), либо у него субнормальное состояние факторов общего адаптационного синдрома [6].

Всевозможные кожные реакции выступают как своеобразное зеркальное отображение внутреннего и, в частности, эмоционального состояния человека [6]. Zaidens S.H. (1950) и Borelli S. (1971) отмечают, что в роли «кинетических эквивалентов» эмоциональных чрезмерных перегрузок выступают наряду с другими соматическими нарушениями универсальный или локальный зуд и рецидивирующая крапивница, псориаз и красный плоский лишай, нейродермит и экзема.

Между вегетативной и центральной нервными системами существует тесная связь, обусловленная выполнением общей регулирующей функции. Поэтому при нарушении функции одной системы изменяется функция другой.

По современным представлениям псориаз представляет собой наиболее распространенный Т-клеточноопосредованный воспалительный процесс, следствием которого является *ускоренная патологическая пролиферация кератиноцитов*, запускаемая противовоспалительными цитокинами иммунокомпетентных клеток Th1- и Tc1 – типа. Клеточный цикл уменьшается с 311 до 36 часов. Непрерывность патологического процесса при псориазе обусловлена, по-видимому, *хронической аутоиммунной реакцией*. Антигены в эпидермисе после взаимодействия с клеткой Лангерганса вызывают приток клеток памяти, среди которых преобладают Т- лимфоциты первого типа, которые, проникая через базальную мембрану эпидермиса, повреждают её своими цитокинами и хемокинами, а также разрушают межклеточные участки десмосом. Этот процесс разъединения базальных клеток включает защитный механизм заживления, в виде ускоренного размножения клеток, как это происходит в норме при механическом повреждении кожи.

Мне, кроме ранее указанных, представляются три основных причины псориаза, **три «кита»**:
1) наследственность; 2) нервная система; 3) интоксикации.

1) Наследственность. Фицпатрик Т. и соавт. (1999) считают, что псориаз это заболевание с полигенным наследованием. Если болен один из родителей, риск заболевания у ребенка составляет 8%; если псориазом страдают и отец, и мать – 41%.

Результатом исследований кафедры кожных болезней ВМедА являются следующие особенности ассоциаций псориаза и псориатического артрита (ПА) с антигенами гистосовместимости в нашем регионе:

1. Наличие HLA антигенов B17 и Cw2 определяет повышенный риск заболевания псориазом у здоровых лиц (RR=3,73 и RR=2,89).

2. Наличие гаплотипа HLA A1 - B13 определяет повышенный риск заболевания ПА.

3. Антигены HLA A1, B13, B17 и Cw2 при статистически значимом $RR > 2$ определяют повышенный риск заболевания ПА ($RR=4,28$, $RR=2,47$, $RR=4,77$ и $RR=2,88$), что может быть использовано для ранней диагностики ПА.

4. Здоровые лица, имеющие антигены HLA A1, B13 и B17, составляют группу риска заболеваемости ПА [9].

2) *Нервная система.* Кроме «вегетативных дисфункций» (ВД) у больных псориазом происходит **комплексное изменение личности**, связанное с соматическими нарушениями и патологией психики. Они, как правило, **чрезмерно** мнительны, тревожны, недоверчивы, постоянно находятся в напряжении, ждут подвоха, склонны к необоснованным переживаниям и сомнениям. Их **чрезмерно** раздражает «тотальная безответственность вокруг», как сказал один из моих пациентов. Ищут причину болезни не в себе, а в окружающих, в том числе и во враче. Сказанное врачом зачастую переворачивается наоборот. Это в свою очередь ведёт к нервным срывам, развитию невроза, гипертонической и ишемической болезни, инсульта, инфаркта миокарда, и др. На производстве характеризуются как ответственные и добросовестные работники, однако оставаясь, наедине с собой, некоторые из них склонны к употреблению алкоголя. Кто же помогает больным в греховной подпитке болезни? Многим моим крещёным пациентам, какие то силы не дают носить нательный крест, не пускают на исповедь и причастие Святых Христовых Таин. Если и было когда-то причастие, то уже и не помнят когда. Определилась основная проблема в отсутствии веры у этих людей. Даже святой апостол Фома поверил в изумительный факт Воскресения Господа Иисуса только после осязания ран Христа, когда Он пришёл к ученикам своим. А ведь к врачу за помощью часто в состоянии отчаяния и паники обращаются обычные болящие душой и телом люди. Как им помочь максимально эффективно, а порою и жизнь спасти?

Чтобы понять состояние нервной системы у больного псориазом, «...надо вдуматься в то, как вообще люди относятся к слухам, ко всему новому и неожиданному. Люди легковверные без рассуждения и критики воспринимают всякий слух и всему легко верят. Люди серьезные и глубокомысленные все исследуют, обдумывают и принимают за истину только то, что выдерживает критику.

Есть и такие, кто не верит совсем, кто не хочет верить, если им что-то не по душе, кто охотно принимает лишь то, что соответствует их собственным желаниям, мыслям, настроениям, и упорно не принимает несозвучное их представлениям, противоречащее их душевным свойствам. Люди злые не хотят верить ничему доброму. Многие не поверили во Христа и Его Воскресение именно по этой причине: им ненужно было это Воскресение, оно мешало им жить своим умом, своим самолюбием.

А к третьему разряду недоверчивых людей относятся скептики, сомневающиеся во всём»

[11].

А теперь представим всё это у людей с *комплексным изменением личности*, у которых все суждения *чрезмерны*, страдающих соматическими нарушениями, патологией психики и псориазом. Часть таких больных из-за отчаяния впадают в крайности: полное неверие в исцеление, алкоголизм, наркоманию, оккультизм, богохульство. Как раз в этих случаях, при ретроспективном анализе анамнеза заболевания таких пациентов, выяснялось, что им-то как раз по медицинским показаниям и назначались сильнодействующие гормональные и биологически активные препараты, цитостатики, ароматические ретиноиды, проводилась ПУВА-терапия. Но и эти самые современные и мощные средства, как правило, не помогали или эффект был кратковременным. Таким пациентам медицина помочь не в силах.

Но есть люди, которые начинают осознавать проблему псориаза, как средство к спасению души. За более чем 20 летний врачебный стаж работы десятки раз видел чудесные исцеления у православных истинно верующих людей. В этой группе пациентов самые лучшие результаты лечения и длительность ремиссии. Я наблюдал разрешение псориазической эритродермии и универсального псориаза всего за 1 месяц (этого может не произойти и за 0,5–1,0 год интенсивной терапии), а ремиссии длились – годы (от 3 до 10 лет), на фоне «Венгерской схемы» [3] с внутримышечными инъекциями глюконата кальция, введением витамина В₁₂ (по 400 мкг) и приёмом внутрь порошков фолиевой кислоты (фолиевая – 0,02! и аскорбиновая кислота – 0,2, глюкоза 0,3–0,5), наружной терапии без использования гормональных мазей и диеты.

Больная Н., 43 лет. Болеет псориазом 8 лет. Настоящее, сезонное обострение самое сильное. Пришла ко мне в состоянии псориазической эритродермии, с прилипшим к кровавым расчесам нижним бельём. На вопрос как долго ей надо будет лечиться? Я честно ответил больной, что если правильно использовать все знания медицины, имеющиеся по данному вопросу, то заниматься лечением предстоит достаточно долго 4–6 мес. и поэтому надо набираться терпения и смирения. Но для православного человека есть более естественный путь – молитва, пост, раскаяние, исповедь и причастие Святых Христовых Таин и после этого начало терапии. Через 4 суток, сразу после причастия больная пришла лечиться. Ей каждый день становилось всё лучше и лучше, пока в течение месяца кожа не очистилась полностью.

Когда видишь такие чудесные исцеления, и это происходит на твоих глазах ежемесячно, из года в год, хочешь ты или не хочешь задумываешься и твой пылкий мозг находится в поиске ответов. Таких хороших результатов невозможно добиться, даже используя, самые дорогие, современные лекарственные препараты, кроме того, обладающих очень серьёзными побочными эффектами (развитие цирроза печени, тератогенного эффекта [врождённые уродства, связанные

с применением лекарств], поражения почек и др., вплоть до смерти). Хотя видимый эффект может быть и быстрым, но рецидив тут как тут, а ремиссия очень незначительная и болезнь продолжает прогрессировать.

Ответы на эти вопросы я нашёл в Библии. То, что для меня стало открытием сегодня, как часто бывает, известно достаточно давно. В том числе в связи с этим привожу изречения преподобных старцев Оптиных Макария и Антония. Возможно, кому-то из православных врачей и болящих людей их мудрые слова помогут быстрее выбрать правильный путь к спасению.

Преподобный Макарий (20 ноября 1788 – 7/20 сентября 1860). Насельники Оптиной называли период старчества прп. Макария золотым веком обители по причине установившегося под влиянием старца внутреннего и внешнего строя жизни братства, напоминавшего одну родную духовную семью. Привожу его изречения. «Сама болезненность тела уже есть очищение души от греховных струпов». «О том, что не можешь быть в храме по болезни, не скорби много, вспоминая житие Пимена Многоболезненного: как он не выходил из кельи, и даже не желал выздоровления, и сподобился пострижения от рук святых ангел? Чин болящего и благодарящего велик перед Богом и даже равен сидящему в пустыне в повиновении старца совершенно. Благодарите Господа, даровавшего тебе ближайшее средство ко спасению». [12].

Преподобный Антоний (9 марта 1795 – 7/20 августа 1865) до самой кончины нёс невольный крест неизлечимой болезни ног, которая причиняла тяжкие страдания. Духовные дарования прп. Антония привлекали к нему за духовным утешением и назиданием множество народу. Вот, что он говорил верующим больным людям, обращавшимся к нему за помощью: «Посетившую вас болезнь должно признавать не за наказание Божие, но за особенную милость Его к вам, Который за благодушное претерпение готовит вам вечное и безболезненное упокоевание со святыми, чему верьте без сомнения». «Болезни телесные посылаются человеку от Бога не всегда за грех в наказание, но иногда и по благоволению для освобождения или для предохранения нас от недугов душевных, которые не в пример опаснее телесных». «...Тогда снимут нас с креста, когда приготовится гроб! ...» [12].

3) *Инттоксикации (внешние и внутренние)*. Основные интоксикации больного псориазом связаны с рядом проблем: неправильным питанием («синдром негерметичной кишки»), осложнениями от лекарственных препаратов, состоянием экологии, и др.

Роль правильного питания в терапии псориаза также чрезвычайно важна. В доступной форме для больных псориазом лечебное питание приведено в замечательной книге Пегано Дж. О.А. «Лечение псориаза – естественный путь».

Диета для людей, страдающих псориазом должна поддерживать правильный кислотно-

щелочной баланс в организме. При псориазе происходит значительное смещение реакции в кислую сторону [4]. Для сохранения и поддержания здоровья в организме должна преобладать щелочная реакция. Это происходит когда в крови слегка щелочная реакция с pH 7,3–7,5. Такое состояние в организме поддерживается с помощью внутренних механизмов, но более всего зависит от потребляемой пищи и эмоционального состояния. Больные псориазом должны помнить о том, что ежедневная диета должна состоять на 70–80% из щелочеобразующих продуктов и на 20–30% - из кислотообразующих [4].

Разделяя точку зрения других авторов о целесообразности индивидуальной диеты в зависимости от особенностей обмена веществ у больного, я не считаю возможным, рекомендовать её без сочетания с общей и наружной терапией.

Как же питаться больным псориазом? На этот вопрос давно дан ответ великим врачом и мыслителем Гиппократом (460 г. до н.э.): «Пусть пища станет Вашим лекарством, и все лекарства будут заключены в пище».

У больного псориазом могут вызвать катастрофу не вредные для здорового человека продукты питания. Они действуют как пусковой механизм заболевания, превращая жизнь человека страдающего псориазом в сплошной кошмар. Возврат пациента к обычному питанию, на фоне которого псориаз возник и процветал, ведёт к неизбежному закислению организма, что в свою очередь провоцирует обострение заболевания. Получается замкнутый круг. А разорвать его можно только, соблюдая режим.

В самый раз вспомнить о «синдроме негерметичной кишки», что способствует «утечке» токсинов. Большая часть кишечных стенок должна иметь постоянные складки, помогающие при поглощении и движении химуса. Анатомически они называются *складки Керкринга (plicae circulares)*. В наибольшей степени они сконцентрированы при переходе двенадцатиперстной кишки в тощую кишку. Согласно Эдгару Кейсу, эти складки сглаживаются и истончаются у больных псориазом, разрешая проникновение токсинов через стенки и кровеносную систему, что ведет к отравлению организма хозяина [4].

Применение лекарственных препаратов должно быть разумным и осторожным. Павлов С.Т. и соавт., (1985), Шапошников О.К. и соавт., (1987) отмечали, что лечение больных псориазом по поводу какого-либо сопутствующего заболевания пенициллинами или стрептомицином нередко приводит к обострению течения псориаза и особенно псориазического артрита (ПА) [9]. В своей врачебной практике самые тяжёлые варианты течения псориаза я наблюдал именно на фоне лекарственных осложнений. Мало того, у пациентов страдающих псориазом существенно повышен аллергический фон (36,5% больных псориазом имеют аллергические заболевания) [9]. Здесь уместно напомнить об **изоморфной реакции раздражения**, или **симптоме Кёбнера**, иначе называемых еще травматическим пси-

риазом (psoriasis traumatica), спровоцированным псориазом (psoriasis provocata), искусственным псориазом (psoriasis factitia). В 1876 г. Генрих Кёбнер описал своеобразное явление, впоследствии названное его именем, - появление на месте кожной травмы типичных псориазных высыпаний, точно повторяющих ее форму. Скрытый период при возникновении феномена Кёбнера составляет в среднем 10–14 дней, но может быть более продолжительным – до трех недель, или коротким – 3–4 дня. Этот феномен характерен для прогрессирующего периода псориаза [1, 9].

А теперь представим себе, что после назначения, в общем-то, не нужного больному псориазом лекарства, у него появилась распространенная токсидермия или крапивница, а в связи с развитием **изоморфной реакции раздражения**, пациента ждёт появление псориазных элементов в очагах аллергических высыпаний. То есть больному стало ещё хуже. Сразу же возникает серьёзный вопрос о ятрогенных (лекарственных) осложнениях у больных псориазом [9]. Как эти осложнения избежать?

Как следует из разных названий **симптома Кёбнера**, речь идет о возникновении псориазных высыпаний на месте травмы или раздражения кожи, иногда даже самых незначительных. Таких как: кошачьих царапин, уколов инъекционной иглой, солнечного ожога, криотерапии, втирания раздражающих мазей, использования дезодоранта, проведения эпиляции и бритья волос и т. п. Обычно при прогрессирующем псориазе симптом Кёбнера можно увидеть на местах давления бюстгалтером (у женщин), трения подтяжками, поясом и другими частями одежды. Наличие изоморфной реакции раздражения у боль ного указывает на еще сохраняющуюся у него в данное время предрасположенность кожи к появлению псориазных высыпаний.

О состоянии экологии в этой статье, я думаю, нет смысла нам останавливаться, так как в процессе терапии больного повлиять на неё мы не можем.

В заключение хотелось бы привести слова прп. Макария: «Страдает тело, страдает и душа, а если бы душа была укреплена верою, то и тело могло бы получить укрепление при спокойствии духа; смущенный же дух имеет влияние и на телесный состав и болезнь умножает» [12]. Врач может указать пациенту основные направления лечебного воздействия, научить его правильной диете, воздействовать частично на состояние нервной системы, подобрать адекватную витаминотерапию и использовать безопасные наружные мазевые средства. Но, понимая первопричину болезни, православный доктор обязан направить своего пациента к специалисту по врачеванию душ.

Таким образом, проведя анализ моих многолетних клинических наблюдений, пришёл к выводу о том, что лучшие результаты по срокам наступления выздоровления и срокам клинической ремиссии наблюдаются у верующих православных пациентов болеющих

псориазом, вне зависимости от всех сложностей терапии.

Список литературы

1. Довжанский С.И., Утц С.Р. Псориаз или псориатическая болезнь. В 2 ч. Саратов: Издательство Саратовского университета, 1992.
2. Кочергин Н.Г. Псориаз: последние новости //Дерматология. Приложение к журналу Consilium Medicum -2007. -N2. –С. 14–17.
3. Липская М. И. Лечение псориаза комплексом витаминов, действующих на гемопоэз. Вестн дерматол 1962; 2: 34-36.
4. Пегано Джон О.А. Лечение псориаза – естественный путь. Под ред. Н.Г. Короткого. –М.: КУДИЦ-ОБРАЗ. -2001. –288 с.
5. Разнатовский К.И. Роль психологических, сосудистых и гормональных нарушений в патогенезе дерматозов ладонно-подошвенной локализации// Журн. дерматовенерол. и косметол.- 1996. -№1.-С. 25-29.
6. Разнатовский К.И. Роль социально-психологических и эмоционально-стрессовых факторов в развитии гемодинамических и гормональных нарушений при дерматозах ладонно-подошвенной локализации и методы их комплексной нейрорегуляторной коррекции: Диссертация доктора мед. наук. – СПб., 1997.
7. Разнатовский К.И., Родионов А.Н., Котрехова Л.П. Дерматомикозы. Руководство для врачей. –СПб., -2003, -158 с.
8. Самцов А.В., Барбинов В.В. Дерматовенерология. Учебник для медицинских ВУЗов. -СПб.: СпецЛит, 2008. -352 с.: ил.
9. Терлецкий О.В. Псориаз. Дифференциальная диагностика «псориазоподобных» редких дерматозов. Терапия. –СПб.: ДЕАН, 2007. –512 с.
10. Терлецкий О.В. Дифференциальная диагностика псориаза с редкими эритематосквамозными дерматозами//Дерматология. Приложение к журналу Consilium Medicum -2008. –N1. –С. 21–24.
11. Святитель Лука Архиепископ Симферопольский и Крымский. Избранные творения. Под общей редакцией Митрополита Ташкентского и Среднеазиатского Владимира. Сибирская Благовонница, М., 2007. –767.
12. Оптинский цветник. Изречения преподобных старцев Оптинских. Православный Свято-Тихоновский Гуманитарный Университет, М.: 2007. –492.