

И. С. Колола, Ю. С. Козлова
ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ПСОРИАЗА У ДЕТЕЙ
Научные руководители: канд. мед. наук, доц. М. В. Качук

*Кафедра кожных и венерических болезней,
Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск*

***Резюме.** Была проанализирована 101 архивная история болезни детей с псориазом. Исследование показало, что средний возраст пациентов составил 11,23 года, наиболее часто высыпания локализуются на волосистой части головы и многие случаи носят семейный характер заболевания.*

***Ключевые слова:** псориаз, дети.*

***Resume.** 101 archival histories of children with psoriasis were analyzed. The study found that the average age of the patient was 11, 23 years, most often localized rash on the scalp and many cases are familial diseases.*

***Keywords:** psoriasis, children.*

Актуальность. Псориаз (чешуйчатый лишай) — хроническое неинфекционное заболевание, дерматоз, поражающий в основном кожу. Псориаз нередко встречается в детском возрасте. Средний возраст начала заболевания у детей — 8 лет. В общей структуре дерматологической патологии у детей в возрасте до 16 лет на долю псориаза приходится около 4%. Распространенность псориаза в развитых странах Европы составляет 1,5 – 1,6%.

Цель: изучить особенности клиники, диагностики и лечения псориаза у детей.

Задачи:

1. Определить зависимость заболеваемости псориазом от пола и возраста детей.
2. Установить наиболее частую локализацию псориаза у детей.
3. Определить закономерности диагностики и лечения псориаза у детей.

Материал и методы. На базе Минского городского клинического кожно-венерологического диспансера была проанализирована 101 архивная история болезни детей с псориазом за 2015 год. Возраст пациентов колебался от 1 года до 17 лет (рисунок 1). Среди детей было 47% девочек и 53 % мальчиков. Длительность заболевания варьировала от 10 дней до 10 лет.

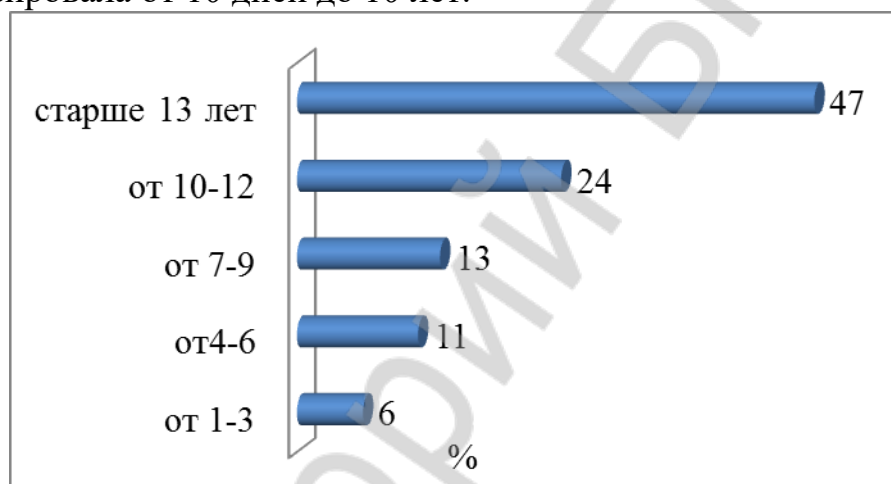


Рисунок 1 – Возрастная градация пациентов

Результаты и их обсуждение. Наиболее часто псориазные высыпания локализовались на голове (73 случая), из них на волосистой части головы у 66 детей, на лице - 17, на ушах - 7, реже - на туловище (56) и конечностях (62), при этом изолированное повреждение конечностей было зафиксировано в 5 случаях и 4 случая повреждения ладоней и подошв. Большинство пациентов (82%) ни с чем не связывают возникновение псориаза, только 8% заметили, что заболевание началось после перенесенного стресса, 10 % связывают начало заболевания с перенесенными инфекциями (ОРИ, ангина, ветряная оспа). Сопутствующая патология была выявлена в 15 % (бронхиальная астма, хронический гастрит, ожирение, хронический тонзиллит). Семейный характер заболевания выявлен в 34% случаев (чаще всего псориаз встречался у мамы, у папы, реже - у других родственников) (рисунок 2).

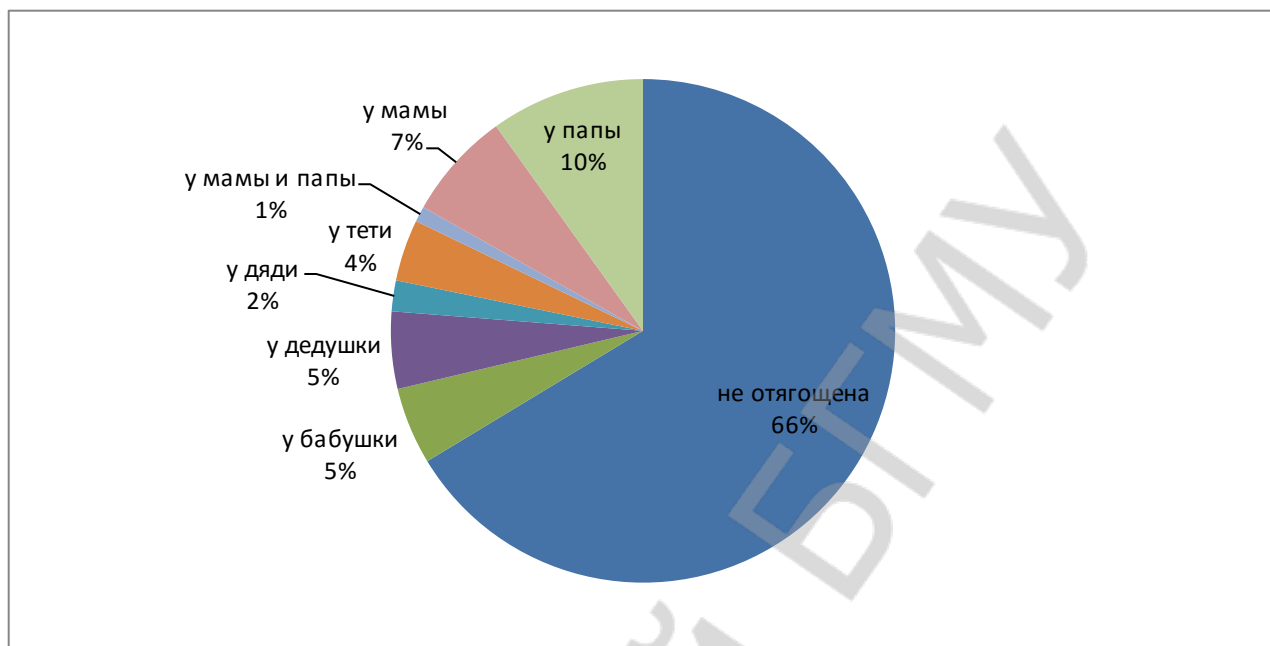


Рисунок 2 – Влияние наследственности на возникновение псориаза

Чаще всего встречался распространенный псориаз (84% случаев), ограниченный псориаз был выявлен у 12 % детей, ладонно-подошвенный – у 3%, 1%- себорейный псориаз (рисунок 3). В результате анализа частоты встречаемости различных форм псориаза было выявлено, что наиболее часто встречается бляшковидный псориаз - 77%, каплевидный псориаз – 15 % случаев и экссудативная форма – 8% .

Также были проанализированы результаты лабораторных анализов: общего анализа крови, биохимического анализа крови, ASLO-теста. Общий анализ крови был проведен 100% пациентов, у 21% из них наблюдалась эозинофилия от 6 до 17%. Биохимический анализ крови был проведен 40% пациентов, у 2 (5%) пациентов – нормальный уровень глобулинов, а у 38 (95 %) – отмечался сниженный уровень глобулинов. ASL-O-тест был проведен 30 пациентам, у 18 (60%) он оказался положительным.

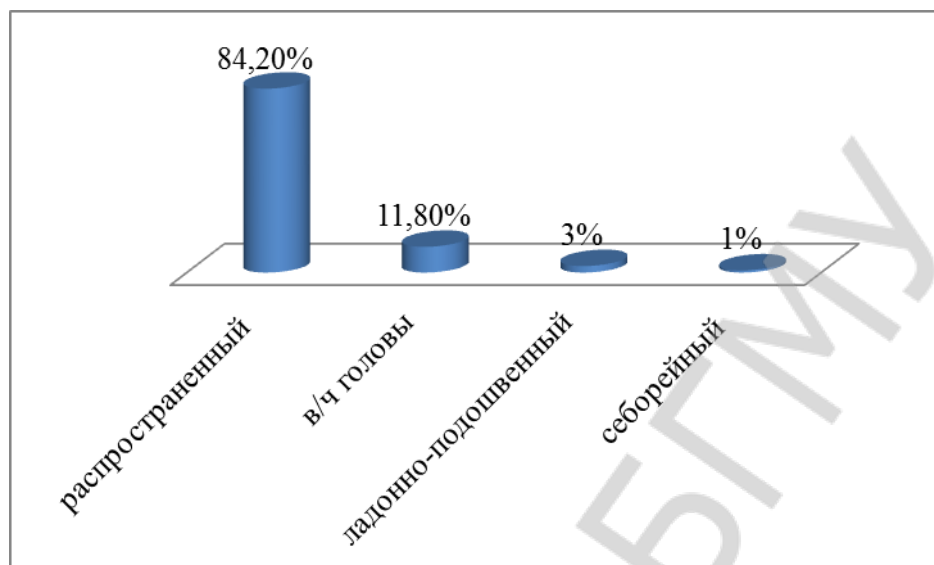


Рисунок 3 – Частота встречаемости форм псориаза в зависимости от распространенности процесса

Кроме анализа клинических данных и лабораторных анализов, нами были изучены особенности лечения псориаза. Использовались следующие группы препаратов: витамины (витамины А, В1, В6, В12, фолиевая кислота, аевит, боривит); гепатопротекторы (гепсил, эссенциале); седативные препараты (микстура Маркова, адаптол); препараты цинка (цинктерал, порошки с цинком); сосудистые препараты (мексibel, пирацетам, ксантинола никотинат); антигистаминные (диазолин, фенкарол, клемастин, кетотифен, хлорпираин); десенсибилизирующие (препараты кальция, натрия тиосульфат); биогенные стимуляторы (плазмол, стекловидное тело, экстракт алоэ); наружное лечение, УФО.

Выводы:

1. Заболеваемость псориазом не зависит от пола;
2. Наиболее часто псориаз встречается в возрастной группе старше 13 лет;
3. Наиболее частая локализация псориаза - это волосистая часть головы;
4. Факторами, способствующими возникновению псориаза, являются наследственность, стресс, раннее перенесенные инфекционные заболевания и наличие сопутствующей патологии.
5. Чаще всего встречаются распространенные формы, а именно бляшковидный псориаз.
6. У пациентов с псориазом часто выявляются следующие изменения в анализах: эозинофилия, снижение глобулинов, положительный ASLO-тест (более 200 М/Е);
7. Для лечения псориаза используются следующие группы препаратов: витамины, гепаторотекторы, десенсибилизирующие, антигистаминные, седативные, препараты цинка, сосудистые, биогенные стимуляторы, УФО, наружное лечение
8. Дети младшего возраста лучше поддаются лечению, чаще наступает ремиссия и у них большая вероятность клинического выздоровления.

I. S. Kolola, J. S. Kozlova

FEATURES PSORIASIS IN CNILDREN

Tutors: associatet professor M. V. Kachuk,

Department of Skin and Venereal Diseases,

Belarusian State Medical University, Minsk

Литература

1. Бишарова, А.С. Псориаз у детей / А.С.Бишарова // Лечащий врач. – 2006. - №9. – С.34 – 37.
2. Болезни кожи у детей: пер. с англ. / Д. Абек, В. Бургдорф, Х. Кремер. — М.: Мед. лит., 2007. —160 с.
3. Заболеваемость и распространенность псориаза в Российской Федерации / Л.Ф. Знаменская, Л.Е. Мелехина, Е.В. Богданова, А.А. Минеева// -2012.- С. 1-10.
4. Кубанова, А. А. Дерматовенерология / А. А. Кубанова: ДЭКС-Пресс, 2010 . - 428 с.