

М.В. Качук, Т.А.Сикорская, О.К.Воробей

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПСОРИАЗА У ДЕТЕЙ

УО «Белорусский государственный медицинский университет»

Анализ историй болезни 329 детей, страдающих псориазом, показал в последние годы увеличение числа госпитализированных пациентов с более тяжелой степенью течения дерматоза, преобладанием эритродермической и артропатической форм и семейных случаев заболевания.

Ключевые слова: *псориаз, дерматозы, дети.*

M.V. Kachuk, T.A. Sikorskaya, O.K. Vorobey

CLINICAL FEATURES OF PSORIASIS IN CHILDREN

Analysis of case histories of 329 children suffering from psoriasis has shown an increased number of hospitalized patients in the recent years, a growing severity of the disease course, a higher incidence rate of erythrodermal and arthropathic forms and of familial cases of the disease.

Key words: *psoriasis, dermatoses, children.*



Псориаз у детей, как и у взрослых, является одним из наиболее распространенных и трудно поддающихся лечению заболеваний. Среди госпитализированных детей больные псориазом составляют от 19 до 22% [1]. У 1/3 пациентов, страдающих псориазом, первые проявления болезни наблюдаются в первую или вторую декаду жизни. Первоначально клиническая картина часто носит стертый или атипичный характер, что создает определенные трудности в постановке окончательного диагноза [3].

Бляшечный псориаз - это одна из частых форм, регистрируемая с большой частотой и у детей, но элементы сыпи их более мелкие, менее инфильтрированы, интенсивность шелушения слабая, в сравнении с высыпаниями у взрослых. Не следует забывать также о таких формах псориаза, как экссудативная и интертригинозная, которые по частоте встречаемости у детей не уступают бляшечному псориазу.

Псориаз – это хроническое заболевание, которое негативно влияет как на состояние здоровья детей, так и их родителей, поэтому важно взять заболевание под контроль и восстановить качество жизни больного ребенка, используя современную эффективную терапию и оказывая ему специализированную поддержку [2].

На базе Минского городского клинического кожно-венерологического диспансера было обследовано 329 детей за период 7 лет (2006-2013 гг.). Среди детей, страдающих псориазом, было 195 (59,3%) девочек и 134 (40,7%) мальчика в возрасте от 2 месяцев до 16 лет. Длительность заболевания варьировала от 1 месяца до 12 лет. Среди возрастной категории детей до 1 года было 5 (1,52%), от 2 до 3 лет – 17 (5,17%), от 4 до 6 лет – 37 (11,25%), от 7 до 9 лет – 65 (19,76%), от 10 до 12 лет – 91 (27,7%), старше 13 лет – 114 (34,65%). У взрослых соотношение мужчин и женщин примерно одинаковое. Возникает вопрос о причинах более частой регистрации псориаза у девочек по сравнению с мальчиками. Высказывается предположение о связи псориаза с разнообразными эндокринопатиями у девочек, но не исключено, что родители раньше и чаще замечают «косметические» дефекты у дочерей.

Наиболее часто первичные псориазные высыпания у детей появлялись на волосистой части головы (у 31%), реже – на туловище (у 17%), конечностях (у 16%). Первичное поражение ногтей отмечено у 0,7% больных. У детей довольно часто начиналось заболевание с поражения кожи лица (у 10%), складок и области половых органов (у 8%), ладоней (4%) и подошв (3%), в то время как у взрослых локализация первичных высыпаний в этих участках встречается реже.

Практически у всех больных удалось установить время года, когда возникли первые признаки заболевания: летом у 7,4%, осенью у 42%, зимой у 33%, весной у 17,6%. У детей чаще, чем у взрослых, наблюдается летняя форма псориаза с преимущественным поражением кожи лица, открытых участков тела, причем высыпания обычно носят экссудативный характер. С течением времени распределение по сезонному фактору становится иным, в частности возрастает число больных с зимней формой псориаза. Это может быть связано с сезонными аденовирусными заболеваниями или обострением очагов фокальной инфекции в этот период.

В большинстве случаев не выявлялись какие-ли-

бо факторы, с воздействием которых можно было бы связать развитие псориаза у больных. Только 9% больных заметили, что заболевание началось после острых инфекций (ангина, респираторно-вирусные инфекции), у 8% - после психоэмоциональных травм, 1,5% - после профилактических прививок. На обострение очагов фокальной инфекции как частый провоцирующий фактор при возникновении псориаза и его рецидивов указывали многие исследователи [2, 3].

Среди перенесенных инфекционных заболеваний наиболее частыми были ветряная оспа (59%), эпидемический паротит (28%), корь (24%), краснуха (17%), частые простудные заболевания (32%), ангины (17%), пневмонии (12%). Выявлена высокая частота сопутствующих заболеваний (59%): хронические заболевания носоглотки (тонзиллит, аденоиды, фарингит и др.) регистрировались у 53% детей, функциональные нарушения нервной системы – у 21%, кариес зубов – у 2%, глистные инвазии – у 3%, патология органов пищеварения (гастродуоденит, холецистит, дискинезия желчевыводящих путей, дисбактериоз) – у 7%, ожирение – у 1,5%, нарушения эндокринной системы – у 1%. Обращает на себя внимание частое сочетание у детей псориаза с атопическим дерматитом (6%), однако не исключено, что в ряде случаев экссудативные проявления псориаза, сопровождающиеся зудом, ошибочно расценивались как атопический дерматит.

Семейный характер заболевания выявлен у 102 (31%) детей. Литературные данные о низкой частоте семейного псориаза у взрослых (3-5%), по-видимому, не соответствуют действительности, так как с возрастом происходит увеличение частоты семейных случаев псориаза. Чаще всего наблюдался распространенный псориаз (84,7%), ограниченный псориаз был выявлен у 14%, псориазная эритродермия – у 1,5% пациентов. У 69,5% детей процесс носил экссудативный характер. Экссудативно-пустулезная форма псориаза отмечена в 0,9% случаев. Прогрессирующая стадия заболевания регистрировалась у 52,6% больных, стационарная – у 47,4%.

При поступлении в клинику псориазные высыпания чаще локализовались по всему кожному покрову – на лице, ушных раковинах, волосистой части головы, туловище, конечностях в виде мелких каплевидных папул или крупных инфильтрированных, склонных к слиянию бляшек, с выраженной серозной экссудацией, наложением чешуйко-корок, часто геморрагического характера.

Как указывалось, эритродермия наблюдалась у 1,5% (5 человек), она носила торпидный характер и трудно поддавалась терапии, часто начиналась с полиморфной сыпи, напоминающей токсико-аллергический дерматит. В некоторых случаях эритродермия развивалась вследствие нерациональной терапии в прогрессирующей стадии заболевания.

Псориаз у большинства больных (75%) сопровождался интенсивным зудом. Изменения ногтей пластинок («наперстковидная» истыканность, подногтевой гиперкератоз) встречались преимущественно при распространенных экссудативных формах псориаза, эритродермии, поражении волосистой части головы, ладонно-подошвенном псориазе. Онихогрифоз отмечен у 1 ребенка на фоне длительно протекавшей эритродермии с артропатией.

□ В помощь практикующему врачу

Изменения суставов зарегистрированы в 2% случаев, один из них на фоне эритродермии. Считается, что псориазическая эритродермия и артропатический псориаз встречаются у детей исключительно редко. Однако результаты наших наблюдений показывают, что частота их почти такая же как и у взрослых.

Помимо анализа клинических данных, нами проведена оценка эффективности различных методов терапии, применявшихся для лечения детей, страдающих псориазом.

Выбор метода лечения зависел от стадии и формы заболевания, наличия сопутствующей патологии. Детям с распространенным экссудативным псориазом применяли общую терапию, включающую десенсибилизирующие, седативные, противовоспалительные, витаминные препараты. В прогрессирующей стадии заболевания наружно назначали индифферентные кремы с добавлением на короткий период кортикостероидных мазей в низкой концентрации, в стационарной и регрессирующей стадии – мази и пасты, содержащие средства, оказывающие противовоспалительное и кератопластическое действие.

При псориазической эритродермии эффективно внутривенное капельное введение реополиглюкина и гемодеза. Хороший эффект наблюдался от применения в комплексной терапии эссенциале. Терапевтическое

действие эссенциале связано с фосфолипидами (наличие витаминов потенцирует их действие), которые являются основными элементами в структуре клеточных мембран и клеточных органелл, фосфолипиды поддерживают ионный обмен клетки, биологическое окисление, влияют на фиксацию дыхательных энзимов в митохондриях и на окислительное фосфорилирование. Эссенциальные фосфолипиды восстанавливают нарушенные ферментные системы и приводят к нормализации функции печени.

Проведенные нами наблюдения свидетельствуют о трудности терапии псориаза у детей, особенно распространенных экссудативных форм и псориазической эритродермии. Необходим дифференцированный подход к выбору метода лечения с учетом общего состояния больного, возраста, формы заболевания и сопутствующей патологии.

Литература

1. Бишарова, А.С. Псориаз у детей / А.С. Бишарова // Лечащий врач. - 2006. - №9. - С.34-37.
2. Владимиров, В.В. Псориаз: этиопатогенез, клиника, лечение и профилактика. Качество жизни. / В.В. Владимиров // Медицина. Болезни кожи. - 2006. - №6 (17) - С. 38-44.
3. Huerta, C. Incidence and risk factors for psoriasis in the general population / C. Huerta // Arch. Dermatol. - 2007. - Vol. 143 (12). - P. 1559-1565.

Поступила 6.05.2013 г.