**Современные методы лечения псориаза у детей**

Реферат выполнила студентка 3-го курса 14 группы Олейчук Емилия Дмитриевна

Санкт-Петербургская Государственная Педиатрическая Медицинская Академия

Санкт-Петербург

2003г.

**Введение**

На сегодня проблема лечения псориаза является одной из самых актуальных в дерматологии, несмотря на то, что практически все фармацевтические лаборатории мира постоянно разрабатывают и внедряют новые препараты для лечения этого недуга.

Псориаз, или чешуйчатый лишай - это одно из наиболее распространенных хронических заболеваний кожи, при котором также поражаются ногти и суставы. Псориаз развивается в любом возрасте, ему подвержены как мужчины, так и женщины.

Тем не менее некоторые закономерности прослеживаются. Так, львиную долю больных составляют люди в возрасте от 15 до 25 лет. Логично поэтому увязать развитие псориаза с половым созреванием: гормональной перестройкой организма, особой ранимостью психики.

Суть заболевания состоит в том, что при псориазе жизненный цикл клеток кожи составляет только 4-5 дней, затем они незаметно отмирают, в то время как нормальный цикл должен составлять постепенно, почти примерно 30 дней. Почему он так сокращается - это загадка для ученых.

Общепринятой классификации псориаза нет. Традиционно наряду с обычным псориазом выделяют поражение всего кожного покрова либо поражение суставов, а также возможно наличие какой-либо инфекции.

Высыпания при обычном псориазе состоят из мелких элементов, четко отграниченных от здоровой кожи, розовато-красного или насыщенно-красного цвета, покрытых характерными рыхлыми чешуйками серебристо-белого цвета, которые появляются за счет быстро "приходящих" из более глубоких слоев мертвых клеток, не успевающих сбрасываться с кожи.

Высыпания могут локализоваться на любом участке кожи, но типичными областями являются:

волосистая часть головы, локтевые и коленные суставы, нижняя часть спины, ягодицы. Высыпания, могут сопровождаться зудом, зачастую ярко выраженным.

Наблюдая за больными, страдающими псориазом, врачи пришли к выводу, что ряд причин может спровоцировать проявление псориатического шелушения. В процентном соотношении это может выглядеть следующим образом:

нервно-психический стресс – 25,,2%;

инфекционные заболевания (грипп, ангина, вирусные и респираторные заболевания – 23,2%;

травмы – 17,9;

переохлаждение – 15,8%.

На сегодняшний день имеется большой арсенал методов лечения этого заболевания. Целью большинства из них является нормализация жизненного цикла клеток кожи, которая обычно приводит к облегчению симптомов этой болезни.

Лечение псориаза, как правило, комплексное и проводится с учетом многих факторов, способствующих развитию или обострению заболевания, а также с соблюдением определенных правил питания.

**Основная часть**

Итак, псориаз - заболевание наследственное: у 60% пациентов обнаруживаются родственники и предки, страдавшие и страдающие им. Псориатические высыпания на коже часто характеризуются как папулы (узелки). Вместе с тем при псориатической эритродермии можно видеть первичным элементом эритему (разлитое покраснение), а у больных пустулезным псориазом - пустулу (гнойничок). Кроме того, описана пятнистая разновидность псориаза. Поэтому диагностика псориаза представляет затруднения, требует диагностической биопсии. В течении псориаза выделяют три стадии: прогрессирующую, стационарную и регрессирующую. В стадии прогрессирования болезни цвет узелков более яркий, они отечны, напряженные. Многие папулы находятся в состоянии слияния. Узелки появляются в местах трения и давления (например, область пояса или места прилежания лямок бюстгальтера, иногда на месте царапины или расчесов). В стационарной стадии высыпных элементов прекращается, узелки уплощаются, бледнеют. Период регресса (регрессирующая стадия) характеризуется полным исчезновением узелковых высыпаний на значительной поверхности тела с образованием на месте бывших высыпаний очагов гиперпигментации или участков вторичной "ложной" лейкодермы (темные или бледные пятна). Говоря о современных методах лечения, надо сразу оговориться: псориаз - болезнь хроническая, и излечиться от нее полностью, на всю оставшуюся жизнь еще никому не удалось. Прежде чем начать лечение больного тщательно обследуют. При назначении лечения учитывается стадия течения болезни, сезонность, клиническая разновидность псориаза. Известно, что более благоприятный и быстрый результат терапевтических мероприятий наблюдается при непродолжительных, не осложненных, ограниченных разновидностях псориаза. Вместе с тем следует отметить, что в этот период и психологически больные склонны больше доверять врачу и не увлекаться самолечением, которое нередко противодействует назначениям врача. Проблема выявления причинных факторов развития псориаза и создание эффективных методов его терапии остаются одной из наиболее актуальных проблем современной дерматологии. В настоящее время можно считать доказанным, что псориаз представляет собой генетически обусловленный хронический дерматоз, в основе которого лежат гиперпролиферация и нарушение дифференцировки эпидермальных кератиноцитов, изменение иммунного гомеостаза кожи с образованием различных, в основном иммунозависимых цитокинов и медиаторов, усиливающих пролиферацию неполноценных кератиноцитов, а также индуцирующих воспалительную реакцию в дерме. Таким образом, наиболее перспективным направлением патогенетического лечения псориаза является разработка средств, оказывающих влияние прежде всего на нормализацию не только гиперпролиферации, но особенно на нарушения дифференцировки эпидермальных кератиноцитов с учетом тех патогенетеческих механизмов, которые играют основную роль в индуцировании и поддержании этих процессов. К этим средствам относится синтетический аналог активной формы витамина D3 – кальципотриол (Дайвонекс). Многочисленными экспериментальными исследованиями и клиническими наблюдениями показано, что кальципотриол оказывает нормализующее воздействие на все основные патогенетические факторы псориаза: снимает гиперпролиферацию и нормализует дифференцировку эпидермальных кератиноцитов, оказывает выраженное положительное действие на основные факторы иммунной системы кожи, регулирующие нормальную пролиферацию клеток, и обладает противовоспалительными свойствами. Кальципотриол обладает выраженным иммуномодулирующим свойством за счет воздействия на соответствующие медиаторы, образующиеся в псориатических папулах. Он угнетает пролиферацию активных Т–лимфоцитов, существенно снижает уровень цитотоксических клеток и естественных киллеров, выработку интерлейкинов–1,2,6,8, угнетает образование иммуноглобулинов за счет взаимодействия с Т–хелперами. Кальципотриол уменьшает воспалительную реакцию в псориатических бляшках, что выражается существенным уменьшением дермального околососудистого инфильтрата, из которого в первую очередь исчезают полиморфно–ядерные лейкоциты. Указанные выше фармакодинамические свойства кальципотриола явились основанием для лечения псориаза.

Учеными нашей страны, а именно профессором И.В. Хамагановым, проводились клинические испытания кальципотриола , поэтому в своей работе я хочу предоставить сравнительный анализ эффективности лечения данным препаратом и топическими кортикостероидами (так как последние наиболее часто используются при лечении псориаза).

 Исходные данные исследования я привожу в таблице №1. Под наблюдением находилось 60 пациентов, в возрасте от 10 до 15 лет.

Таблица №1

Исходные данные исследования

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Наименование групп | Общее количество пациентов в группе | Количество мальчиков | Количество девочек | Распределение пациентов по диагнозам | Диагноз |
| Основная группа | 30 | 17 | 13 | 22 | Распространенный вульгарный псориаз, стационарная стадия (площадь поражения не превышала 40%) |
| 8 | Ограниченный псориаз, стационарная стадия. |
| Контрольная группа | 30 | 22 | 8 | 26 | Распространенный вульгарный псориаз, стационарная стадия (площадь поражения не превышала 40%) |
| 4 | Ограниченный псориаз, стационарная стадия. |

Из них основную группу составили 30 пациентов, в том числе 17 мальчиков и 13 девочек. Давность заболевания составляла от нескольких месяцев до 3–х лет. Из них 22 пациента наблюдались с диагнозом: распространенный вульгарный псориаз, стационарная стадия (площадь поражения не превышала 40%), 8 пациентов – с диагнозом: ограниченный псориаз, стационарная стадия. Контрольную группу составили 30 пациентов, в том числе 22 мальчика и 8 девочек. Из них 26 пациентов с диагнозом: распространенный вульгарный псориаз, стационарная стадия, 4 – с диагнозом: ограниченный псориаз, стационарная стадия.

**Ход исследования:**

Всем больным основной и контрольной группы назначали антигистаминные, седативные средства, витамины группы В. Пациентам основной группы наружно применяли мазь «Дайвонекс» 50 мг 2 раза в день на кожу туловища и конечностей, при этом максимальная доза препарата пациентам в возрасте до 12 лет не превышала 50 г в неделю, а старше 12 лет – 75 г в неделю. В контрольной группе наружно применяли крем Унны + Лоринден А 2 раза в день.

На 4-ый день лечения у 20% пациентов основной группы и у 35% пациентов контрольной группы наблюдалось уплощение элементов и улучшение общего состояния.

На 8-ой день лечения у 40% пациентов основной группы и у 65% пациентов контрольной группы наблюдалось побледнение и уплощение элементов.

На 12-ый день лечения у 70% пациентов основной группы и у 78% пациентов контрольной группы наблюдалось уменьшение размеров очагов. Побочных эффектов не наблюдалось.

На 16-ый день лечения у 80% пациентов основной группы и у 84% пациентов контрольной группы – клиническое улучшение (значительное уменьшение размеров очагов без побочных эффектов).

На 20-ый день лечения у 84% пациентов основной группы и у 90% пациентов контрольной группы наблюдался положительный эффект от проводимой терапии. Биохимический анализ крови : уровень калия в крови не превышает норму.

На 24-ый день лечения у 90% пациентов основной группы и у 93% пациентов контрольной группы – клиническое улучшение и постепенный регресс высыпаний.

На 28-ой день лечения у 93% пациентов основной группы и у 97% пациентов контрольной группы отмечается регресс высыпаний.

Представленные результаты свидетельствуют о том, что при одинаковых сроках лечения наступление положительного эффекта при использовании мази Дайвонекс и крем Лоринден А практически одинаково (93% и 97%), однако учитывая, что продолжительное, а тем более постоянное применение топических кортикостероидов недопустимо ввиду побочных эффектов и осложнений, предпочтительнее использовать препарат, содержащий кальципотриол.

Проведенные исследования позволили сделать следующие выводы:

Мазь «Дайвонекс» является эффективным и безопасным средством в лечении псориаза.

Терапия «Дайвонексом» не сопровождается нежелательными побочными эффектами, хорошо переносится больными.

При использовании мази «Дайвонекс» в рекомендуемых дозах нарушений общего гомеостаза кальция не отмечено.

**Список литературы**

1. В.Ф.Корсун, А.Ф.Корсун Псориаз Современные и старинные методы лечения.-СПб.,Диля,1999.-208с.

2. И.Я.Шахмейстер, Г.Я. Шварц Новые лекарственные препараты в дерматологии.- М.Б.и., 1995, С- 32–38.

3. И.В.Хамагонов, В.Н.Азарова, А.Г.Шекрота, Е.С.Арутюнова Кальципотриол в лечении псориаза у детей.- РМЖ, Том 10 №2 2002.- 4с.

4. Berth–Jenes J. Calcipotriol in dermatology. Br. J. Clin Practice 1996; Suppl 83:1–33.

5. Lea A. P.,Goa K. L. Calcipotriol: a review of it’s pharmacological properties and therapeutic efficacy in the managment of psoriasis. Clin Immunother 1996; 5:230–248.