



Ходжаева С.М.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ПУСТУЛЁЗНОГО ПСОРИАЗА У ДЕТЕЙ

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Псориаз - это хронический, рецидивирующий, мономорфное заболевание кожи, который характеризуется нарушением кератинизации. При данном заболевании наблюдается гиперпролиферация клеток эпидермиса. При возникновении заболевания имеет значение расстройство функций нервной системы, эндокринных желез, наблюдается поражение висцеральных органов (почки, ссс, др.), патология суставов, обмена веществ. Различают несколько клинических форм псориаза: точечный, каплевидный, монетовидный, бляшенный. В последнее время все чаще стали встречаться атипичные формы, такие как пустулезная форма, эксудативная форма, псориагическая артропатия, эритродермия, ладонно-подошвенный псориаз. Пустулёзная форма псориаза, один из тяжелых форм псориаза подразделяющие на распространенную тяжёлую форму (Цумбуш) и ограниченную форму, который поражает ладонь и подошву (Барбер) [1,2]. Элементами сыпи являются гнойнички миллиарного размера, сгруппированные, поверхностные, содержимое гнойное.

Под нашим наблюдением находились 22 детей с различными формами пустулезного псориаза в возрасте от 6 до 17 лет (мальчики 9, девочки 13). Из них 7 больных имели генерализованный пустулезный псориаз и 15 ладонно-подошвенный пустулезный псориаз. Наблюдающие больные жаловались на зуд, жжение, болезненность.

При генерализованном пустулезном псориазе, которое трудно поддаётся к лечению [1], назначается препарат метотрексат, который назначается внутримышечно по 10-15 мг 1 раз в неделю в течение 3-5 недель [10,11]. Этот препарат назначается при нормальной функции почек, костного мозга и отсутствии заболеваний печени. Такие дозы применяют 8-10 дней, после чего их

постепенно снижают. Общая продолжительность лечения зависит от тяжести и распространенности процесса [10]. Кроме метотрексата больным назначается гипосенсибилизирующие, противовоспалительные, дезинтоксикационные, антигистаминные, седативные препараты. При Цумбуше, протекающем с лихорадкой и нарушением общего состояния, начинают лечение с введения дезинтоксикационных препаратов (физиологического раствора, реамберина), жаропонижающих средств; в редких случаях назначается гормоны (дозы преднизолона заболевания средней тяжести температура тела снижается на 4-5 день. [12]. Уровень креатинина и альбумина плазмы крови необходимо контролировать. Иногда при

достигают 60-80 мг в сутки). При течение введения метотрексата могут появляться повышение температуры, наблюдаться интоксикация, появиться новые пустулезные элементы и даже может появиться эритродермия. Иногда рецидив пустулезных высыпаний возникает на 5-6-й день вследствие ослабления действия метотрексата. Лечение метотрексатом должно сопровождаться назначением фолиевой кислоты. Часто применение кортикостероидов вызывает большие сомнения, поскольку они быстро дают выраженный клинический эффект, но не предотвращают развития рецидивов и приводят к дестабилизации дальнейшего течения псориаза [2].



Последнее время при тяжелых формах псориаза основана на применении новых, так называемых биологических агентов: инфликсимаба. Механизм действия препарата, которое относится к классу моноклональных антител и представляет собой человеческий IgG1-моноклональные антитела к ФНО-α. [7]. Имеются сообщения о применении инфликсимаба при генерализованном пустулезном псориазе и наступлении быстрого положительного терапевтического эффекта [8], т.к. действует к фактору некроза опухоли-альфа (ФНО-α). Известно, что цитокин — ФНО-α играет ведущую роль в иммунопато-генезе псориаза. Часто применение инфликсимаба при генерализованном пустулезном псориазе приводило к осложнению генерализованного пустулезного псориаза, угрожающие жизни (сепсис, почечную и сердечную недостаточность). При применении препарата было отмечено снижение уровня СОЭ, количества лейкоцитов, С-реактивного белка, улучшение основных показателей состояния организма и индекса PASI (Psoriatic Area and Severity Index) [9]. Препарат часто применяется при генерализованном пустулезном псориазе. Лечение следует начинать после нормализации температуры и регресса пустул. [10]. Проводится комбинированное применение циклоспорина в дозе 5 мг/кг в два приема

ежедневно с подкожным введением этанерцепта по 50 мг два раза в неделю [11]. Местная терапия должна проводиться индивидуально. Применяется индифферентные крема и салициловую кислоту в виде 1-2% мази, 2 раза в день в течение 2-4 недели. Мази или крема не должны быть раздражающими и не ограничиваться длительной аппликацией глюкокортикоидов. Также отмечен эффект при использовании мазей с кальципотриолом [12]. При лечении пустулезного псориаза, могут местно применять антибактериальные мази. Больным назначали терапию течение 5 недель, это расценивалось как один курс. Пациенты получали несколько курсов. Эффект от терапии продолжался от полугода до года [1]. После купирования рецидива пустулезным псориазом при отсутствии типичных псориазных элементов наступает ремиссия, которая длится неопределенное время. При появлении пустул при наличии типичных очагов псориаза пустулы регрессируют быстрее, а для лечения оставшихся очагов применяется фототерапия. Фототерапию пациентам с острым генерализованным пустулезным псориазом не назначался. ПУВА-терапию назначают после стабилизации состояния, 3-4 раза в неделю, возможно продолжение до 2 месяцев [11]. После стихания острой фазы болезни назначались и другие виды фототерапии (ПУВА-ванны, дальнюю длинноволновую и узкополосную

средневолновую фототерапию с длиной волны 311 нм) [3]. Ладонно-подошвенный пустулезный псориаз особенно сложен в терапии и все известные методы лечения не исключают высокой частоты рецидивов. При лечении ретиноидами пустулезного псориаза ладоней и подошв, часто сопровождается покраснением. [2]. Системные стероиды даёт быстрый клинический эффект, их отмена приводит к быстрому наступлению рецидива и ухудшению течения заболевания [12]. Некоторые авторы пишут о получении выраженного эффекта от тетрациклина при лечении пустулезного псориаза. Препарат назначали внутрь по 250 мг 3 раза в сутки в течение нескольких недель; циклоспорина: внутрь по 1,4-3 мг/кг/сутки; небольших доз кортикостероидных: внутрь по 8 мг/сутки [2]. Больным назначали лекарственный препарат метотрексат внутримышечно 10-15 мг 1 раз в неделю, 3-5 недель [5]. Отечественный иммунодепрессант, содержащий синтетический пептид, состоящий из D-аминокислот глутаминовой кислоты и триптофана, соединённых Y-пептидной связью может служить препаратом выбора при лечении больных, страдающих пустулезным псориазом. Назначается по разработанной схеме: 1-й тур — ежедневные внутримышечные инъекции 0,1% раствора препарата по 1 мл в течение 5 дней с последующим перерывом 7 дней; 2-й тур — ежедневные внутримышечные инъекции 0,1% раствора по 0,5 мл в течение 15 дней с последующим перерывом 10 дней. Повторный курс проводили через 3 месяца после окончания первого курса. В стационарной стадии курс лечения составлял 15 внутримышечных инъекций (схема: 5 дней ежедневно по 1,0 мл с последующим 2-дневным перерывом и повторным 5-дневным курсом). Всего 3 курса на период лечения [7]. Местная терапия глюкокортикоидными мазями проводится под окклюзионной повязкой (гидроколлоидная или полиэтиленовая пленка) особенно в начале терапии [10]. При ладонно-подошвенном пустулезе препаратами первого

выбора при терапии являются местные стероиды сильного и очень сильного действия (два раза в день, окклюзионная повязка) [7]. Также можно применять наружные комбинированные кортикостероидные средства, которые подавляют воспалительную реакцию и уменьшают колонизацию патологической микрофлоры. В литературе описано применение при пустулезном псориазе ладоней и подошв кальципотриола [8]. При лечении ладонно-подошвенного пустулезного псориаза наблюдался выраженный клинический эффект при применении мази, содержащей кальципотриол и бетаметазон [10], [12]. Длительное местное применение глюкокортикоидных мазей комбинации с препаратами кальципатриола уменьшает побочного действия стероидных препаратов. [10]. Применение препарата кальципотриола длительно прерывистыми курсами один раз в день значительно повышает комплаентность и приверженность больных к лечению. При сочетании островоспалительных проявлений псориаза гиперемии (3-4 балла PASI), инфильтрации (2-3 балла PASI) и гиперкератоза (3-4 балла PASI) назначается 3% салициловой мази 1 раз в сутки на ночь на протяжении 3-4 дней, утром мази, содержащей кальципотриол и бетаметазон 1 раз в течение 5-7 дней [11]. Аналоги витамина D3 (кальципотриол) обладают постепенно нарастающей, но стойкой клинической эффективностью, изредка возникающим раздражением кожи и возможным нарушением метаболизма кальция при использовании чрезмерно больших количеств препарата. При ладонно-подошвенном пустулезном псориазе проводится ПУВА-терапия. ПУВА-терапия применяется в качестве монотерапии или в комбинации с системными ретиноидами. Также благоприятный эффект оказывали ПУВА-ванны или ПУВА-терапия с аппликацией фотосенсибилизаторов на масляной или гелевой основе [12].

Таким образом, все клинические формы

пустулезного псориаза снижает качество жизни больных, которое требует правильного подхода к лечению данного заболевания.

Литература

1. Маннанов А.М., Хаитов Қ.Н. Болалар тери ва таносил касалликлари. Дарслик. Тошкент: Iqtisod-Moliy, 2016:560 .
2. Скрипкин Ю.К., Мордовцев В.Н. Кожные и венерические болезни. 1999. М.: в 2-х томах.
3. Горланов И.А. Детская дерматовенерология. Учебник. М: ГЭОТАР-Медиа, 2017:512.
4. Молочков В.А., Бадюкин В.В., Альбанова В.И., Волнухин В.А. Псориаз и псориатический артрит. М., 2007:186-189.
5. Маннанов А.М., Хаитов К.Н. Кожные и венерические болезни детей.Ташкент. 2023:153-163.
6. Соснина Е.А., Чистякова И.А. Особенности клинических проявлений и терапия больных пустулезным псориазом. Лечащий врач. 2011;10:14-17.
7. Farber E.M., Nall L. Pustular psoriasis. Cutis. 2017:29-31.
8. Zaraa I., Fazaа B., Zeglaoui F., Zermani R., Ezzine N., Goucha S., Ben Jiliani S., Kamoun M.R. Pustular psoriasis in childhood in 15 cases. PediatrDermatol. 2017;24 (5):563-564.
9. Fujisawa T., Seishima M. Maintenance therapy with granulocyte/monocyte adsorption apheresis for generalized pustular psoriasis. Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology©2013 European Academy of Dermatology and Venereology JEADV (2013)27 (Suppl. 4),1-77, JEADV Abstracts of the 4th Congress of the Psoriasis International Network 4-6 July 2013 Paris, France, p. 29
10. Augey F., Renaudier P., Nicolas J.F. General pustular psoriasis: a French epidemiological survey. Eur. J. Dermatol. 2006;16 (6):669-673.
11. Zaouak A., Benmously R., Hammami H., Badri T., Fenniche S., Mokhtar I. Recalcitrant generalized pustular psoriasis successfully treated with infliximab. JEADV Abstracts of the 4th Congress of the Psoriasis International Network 4-6 July 2013 Paris, France. 170.
12. Vieira Serrao V., Martins A., Lopes M.J. Infliximab in recalcitrant generalized pustular arthropatic psoriasis. Eur. J. Dermatol. 2018;18(1):71-73.
13. Акрамова, Х. А., and Д. И. Ахмедова. "Характерные особенности плацентарного фактора роста при задержке внутриутробного развития плода." Педиатрия 3-4 (2014): 29-31.
14. Ахмедова, Д. И. "Физическое развитие и состояния здоровья детей, занимающихся спортом." Сб. тезисов VI съезда педиатров Республики Узбекистан (2009): 109-110.
15. Ahmedova, D. I., and Rahimjanov Sh A. Growth. "development of children. Methodical recommendation." (2006): 3-82.
16. Хакимова, Г. Г., А. А. Трякин, and Г. А. Хакимов. "Применение ниволумаба при раке толстой кишки с синдромом Линча. Клиническое наблюдение." Злокачественные опухоли 10.1 (2020): 41-48.