



Бабабекова Нигора Бахтияровна, Атабаева Камила Баходировна, Мадиева Диёра Шухратовна
Ташкентский государственный медицинский университет, Республика Узбекистан, г. Ташкент

БОЛАЛАРДА ПСОРИАЗНИ КОМБИНИРЛАНГАН ДАВОЛАШГА ЗАМОНАВИЙ ЁНДАШУВ

Бабабекова Нигора Бахтияровна, Атабаева Камила Баходировна, Мадиева Диёра Шухратовна
Тошкент Давлат тиббиёт университети, Ўзбекистон Республикаси, Тошкент ш.

MODERN APPROACH TO COMBINATION THERAPY IN PEDIATRIC PSORIASIS

Bababekova Nigora Bakhtiyorovna, Atabaeva Kamila Bahodirovna, Madieva Diyora Shukhratovna
Tashkent State Medical University, Republic of Uzbekistan, Tashkent

e-mail: bababekova1974@gmail.com

Резюме. Ушбу тадқиқотда псориаз билан озриган болаларда EPTA PSO 30 препаратини маҳаллий қўллашнинг клиник самарадорлиги баҳоланди. Тадқиқотга 0 ёйдан 17 ёшгача бўлган 122 нафар бемор жалб қилиниб, улар учта ёш гуруҳига ажратилди: 2 ёшгача, 3-12 ёш ва 13-17 ёш. Даволаи усулларига қўра, беморлар иккита кичик гуруҳга бўлинди: биринчи гуруҳ стандарт даволаниши, иккинчиси эса EPTA PSO 30 ни крем ва эмулсия кўрининшида қўллаш билан бирга стандарт терапияни олди. Олинганд натижалар PASI қўрсаткичининг сезиларни даражада пасағанини, псориатик тошмаларнинг тезроқ тўйғолганини, қичишии, қитоғланиши ва ялигланниш белгиларининг камайганини кўрсатди. Энг яқъол ижобий клиник натижса EPTA PSO 30 дан фойдаланган ҳолда комбинациялашган даво олган беморларда кузатилди.

Калим сўзлар: болалар псориази, мочевина, муқобил даволаи.

Abstract. This study evaluated the clinical effectiveness of topical EPTA PSO 30 in children with psoriasis. A total of 122 patients aged 0 to 17 years were enrolled and divided into three age groups: under 2 years, 3-12 years, and 13-17 years. Depending on the treatment received, patients were assigned to two groups: one received standard therapy, and the other received standard therapy combined with EPTA PSO 30 in the form of a cream and an emulsion. The results showed a significant reduction in the PASI score, faster resolution of psoriatic lesions, and a decrease in itching, scaling, and inflammatory symptoms. The most pronounced therapeutic effect was observed in patients receiving the combined treatment that included EPTA PSO 30.

Keywords: pediatric psoriasis, urea, rational therapy.

Актуальность. Псориаз представляет собой хроническое иммунно-опосредованное системное воспалительное заболевание, преимущественно затрагивающее кожу и сопровождающееся патологически ускоренной пролиферацией эпидермиса [4, 11, 17]. У лиц с генетической предрасположенностью начало заболевания может быть вызвано воздействием различных факторов, включая стресс, инфекционные процессы, медикаментозное лечение и травмы [4]. У детей псориаз занимает второе место по распространённости после атопического дерматита и встречается примерно у 1% детского населения [6, 15]. За последние десятилетия отмечается рост заболеваемости: с 29,6 случая на 100 000 населения в 1970-1974 годах до 62,7 на 100 000 в 1995-1999

годах [16]. Заболевание может возникать в любом возрасте, однако наиболее часто первые симптомы отмечаются в 9-10 лет. Псориаз характеризуется хроническим течением с периодами обострений, которые могут длиться от нескольких недель до полутора лет [7]. Заболеваемость увеличивается с возрастом: в Великобритании показатель среди детей 0-9 лет составляет 0,55%, тогда как у подростков 10-19 лет достигает 1,37% [2, 12]; в Италии он составляет 2,1% [10]. Обострения чаще фиксируются осенью и зимой [7]. У девочек заболевание, как правило, проявляется раньше и встречается чаще, при этом ранний дебют нередко связан с более тяжёлым течением [8, 13].

Псориаз у детей представляет собой не только дерматологическую, но и значимую меди-

ко-социальную проблему. Хроническое течение заболевания, выраженная вариабельность клинических проявлений и непредсказуемость рецидивов приводят к существенным нарушениям качества жизни как пациентов, так и их семей. По данным нескольких эпидемиологических обзоров, за последние годы отмечается тенденция к более раннему началу заболевания, что связывают с изменением образа жизни, ростом стрессовых факторов, частыми инфекциями и нарушением барьера функции кожи [11, 18]. В детском возрасте особенно значимы особенности кожного барьера — тонкая роговая прослойка, повышенная гидратация и большая проницаемость делают кожу чувствительной к раздражающим и агрессивным наружным средствам [12], что ограничивает терапевтические возможности традиционных схем.

Отдельного внимания заслуживает психологическое и социальное влияние заболевания. Дети с хроническими дерматозами зачастую испытывают эмоциональный дискомфорт, избегают социальных контактов, что может негативно отражаться на их адаптации и поведении. Международные рекомендации подчёркивают важность своевременного, хорошо переносимого лечения, позволяющего быстро купировать высыпания и предупредить развитие устойчивых изменений кожи [7]. В этих условиях интерес к негормональным наружным препаратам, способным одновременно воздействовать на гиперкератоз, воспаление и сухость кожи, закономерен и обоснован. Клинические данные о применении мочевины в разных концентрациях демонстрируют её способность смягчать роговой слой, улучшать барьерные свойства кожи и повышать эффективность других наружных средств [1, 4, 6, 10].

Дополнительный интерес в последние годы вызывает изучение факторов, способствующих раннему дебюту заболевания у детей. Некоторые авторы подчёркивают роль вирусных и бактериальных инфекций как триггеров иммунной дисрегуляции, приводящей к запуску воспалительных каскадов в коже [2, 11, 17]. Особенно часто у детей отмечают связь обострений с перенесёнными респираторными инфекциями, что объясняется активизацией провоспалительных цитокинов и усилением реакции Th17. Учитывая высокую распространённость инфекционных заболеваний в детском возрасте, эта связь приобретает клиническое значение, поскольку способствует более частым и непредсказуемым рецидивам.

Применение наружной терапии у детей требует учёта не только клинической эффективности, но и её влияния на качество жизни пациента. В зарубежных публикациях подчёркивается, что длительное существование видимых кожных поражений вынуждает ребёнка ограничивать социальные контакты, избегать физической активно-

сти, а иногда приводит к нарушениям сна из-за выраженного зуда [7, 13]. В этих условиях предпочтение отдают препаратам, обладающим хорошей переносимостью и позволяющим быстро снизить субъективные симптомы. Средства на основе мочевины, благодаря сочетанию увлажняющего и мягкого кератолитического эффекта, являются одним из наиболее подходящих вариантов для детского возраста и широко применяются в зарубежной практике [1, 6, 10].

Цель исследования заключалась в определении клинической эффективности наружного применения препарата ЕРТА PSO у детей с псориазом.

Методы исследования. Работа проводилась в отделении детской дерматологии клиники Ташкентского педиатрического медицинского института с сентября 2024 по апрель 2025 года и включала 122 пациента с подтверждённым диагнозом псориаза в возрасте от 1 месяца до 17 лет. Выделили три возрастные подгруппы: 0-2 года — 14 пациентов, 3-12 лет — 68, 13-17 лет — 40. Среди обследованных преобладали девочки — 70 (57,4%), мальчиков было 52 (42,6%). Длительность заболевания составляла от 1 до 17 лет. У 120 детей (98,4%) первые проявления возникли после трёхлетнего возраста. Чаще всего родители связывали обострение с чрезмерным употреблением сладостей — у 31 ребёнка (25,4%). Реже называли перенесённые инфекции, травмы (6 случаев), укусы насекомых (2) и медикаментозные воздействия (1). В 80 наблюдениях (65,6 %) спровоцировать болезнь было невозможно. Пустулёзный псориаз зарегистрирован у 9 детей (7,4%), причём большинство были мальчиками (6), и эти формы протекали тяжелее, требуя персонализированной терапии. Клиническое обследование включало анализ вида, распространённости и локализации высыпаний, выраженности воспаления, с опорой на классические дерматологические признаки — симптомы стеаринового пятна, терминальной плёнки, кровяной росы и положительную изоморфную реакцию Кёбнера. Тяжесть процесса оценивали по индексу PASI. Пациентов распределили на две терапевтические группы. Первая включала 35 детей, получавших стандартное лечение: антигистаминные и седативные средства, гипосенсибилизирующую и витаминную терапию, а также наружные препараты с борной или салициловой кислотой либо топические глюкокортикоиды. Во вторую группу вошли 87 пациентов, которым к базовой терапии добавляли негормональный наружный препарат ЕРТА PSO с мочевиной в концентрациях 10%, 30% или 50%. Его назначали 1-2 раза в день в зависимости от клинической формы и тяжести поражений, а при псориазе волосистой части головы и плотных себорейных чешуйках рекомендовали эмульсию с

концентрацией 30%. Длительность и режим применения определяли индивидуально по динамике симптомов. Предварительный анализ показал, что использование ЕРТА PSO в составе комплексного лечения обеспечивало более выраженное уменьшение псориатических проявлений у детей всех возрастных групп.

Выбор применённых методов и подходов обусловлен необходимостью комплексной клинической оценки и стремлением обеспечить сопоставимость результатов с данными других исследований. Применение индекса PASI, несмотря на необходимость адаптации к детской практике, остаётся наиболее удобным инструментом для количественной оценки выраженности процесса. Он позволяет отслеживать динамику воспаления, шелушения и плотности бляшек и используется в большинстве работ, посвящённых псориазу у детей и подростков [5, 12].

При выборе наружной терапии учитывались особенности детской кожи и рекомендации международных профессиональных сообществ. Препараты на основе мочевины обладают выраженным увлажняющим и мягким кератолитическим эффектом, который хорошо сочетается с назначением топических противовоспалительных средств. Клинические данные подтверждают, что концентрации 20-30% являются оптимальными при повышенной сухости кожи и наличии плотных чешуек [6, 10, 15]. В данном исследовании это позволило обеспечить постепенное уменьшение гиперкератоза и улучшение чувствительности кожи к базовым средствам ухода.

Кроме того, распределение пациентов по возрастным подгруппам дало возможность проследить особенности течения заболевания и реакции на терапию в разных возрастных периодах, что отражено в ряде зарубежных публикаций [7, 13, 14]. Такой подход делает результаты более точными и клинически значимыми, а также позволяет выявить возрастные различия в ответе на комбинированную терапию.

Клиническое наблюдение велось с учётом сезонности заболевания, поскольку известно, что у детей выраженность псориатического процесса нередко усиливается в холодное время года, что связывают со снижением инсоляции, пересушиванием кожи и повышенной частотой инфекций [7, 14]. Учитывая это, подход к оценке эффективности терапии включал наблюдение как за объективным состоянием кожи, так и за субъективными ощущениями пациента. Такой подход согласуется с методологией современных исследований детского псориаза, где подчёркивается необходимость комплексного анализа факторов, влияющих на течение заболевания [13, 17].

Дополнительное внимание уделялось локализациям, традиционно трудным для терапии –

волосистой части головы, участкам с плотным гиперкератозом и зонам с тонкой кожей. Выбор формы препарата (крем или эмульсия) определялся характером поражения, что соответствует рекомендациям по рациональному подбору наружной терапии, отражённым в современных дерматологических руководствах [5, 10]. Такой индивидуализированный подход позволил повысить переносимость лечения и обеспечить более равномерную динамику улучшения.

Результаты исследования. Согласно полученным данным, в дебюте заболевания псориатические элементы чаще всего располагались на туловище – у 71 ребёнка (58,2%), реже на волосистой части головы – у 24 (19,7%), нижних конечностях – у 28 (23,0%), верхних – у 31 (25,4%), а на лице – у 5 пациентов (4,1%). При первичном осмотре распространённый кожный процесс был выявлен у 110 детей (90,2%), тогда как у 12 (9,8%) поражения ограничивались отдельными участками. В большинстве случаев отмечалась симметрия высыпаний – у 94 пациентов (77,0%), асимметричное расположение регистрировалось у 21 ребёнка (17,2%). Наиболее частыми зонами поражения оставались туловище (97 детей – 79,5%), волосистая часть головы (86 – 70,5%), верхние (102 – 83,6%) и нижние конечности (95 – 77,9%). Лицо вовлекалось реже (39 пациентов – 32,0%), а кожные складки – лишь в 3 случаях (2,5%).

По стадиям патологического процесса пациенты распределялись следующим образом: прогрессирование псориаза отмечено у 41 ребёнка (33,6%), стационарное течение – у 73 (59,8%), регрессия – у 8 (6,6%). У детей 0-2 лет при использовании ЕРТА PSO 30% уже на 3-4-й день терапии фиксировалось уменьшение размеров бляшек, появление симптома Воронова, исчезновение шелушения и субъективного дискомфорта. Первые признаки улучшения чаще наблюдались на волосистой части головы и лице, а затем распространялись на другие области. Средний PASI при поступлении равнялся $15,7 \pm 1,20$ балла и снижался к завершению лечения до $5,08 \pm 0,35$. У детей 3-12 лет с лёгким течением псориаза, получавших стандартную терапию, показатель PASI уменьшался с 7,9 до 3,6 за две недели. У 15 пациентов (12,3%) со среднетяжёлой формой индекс снижался с $14,8 \pm 2,1$ до $5,9 \pm 1,1$ на фоне традиционного лечения, тогда как при добавлении ЕРТА PSO – до $4,4 \pm 0,7$. У 13 детей (10,6%) с тяжёлым псориазом исходный PASI составлял $37,9 \pm 2,6$; после стандартной терапии он уменьшался до $8,2 \pm 2,4$, а при комбинированном подходе с применением ЕРТА PSO – до $4,1 \pm 0,8$. Клиническое улучшение сопровождалось регрессом существующих высыпаний, прекращением появления новых элементов, уменьшением зуда и стабилизацией роста бляшек.

Таблица 1. Сравнения изменения индекса PASI у подгрупп пациентов

Возрастная группа	Тяжесть течения	Вид терапии	PASI до лечения (ср.±SD)	PASI после лечения (ср.±SD)
0-2 года	Лёгкая/средняя	Рациональная (EPTA PSO 30%)	15,7±1,20	5,08±0,35
3-12 лет	Лёгкая	Традиционная	7,9	3,6
3-12 лет	Средняя	Традиционная	14,8±2,1	5,9±1,1
3-12 лет	Средняя	Рациональная (EPTA PSO 30%)	14,8±2,1	4,4±0,7
3-12 лет	Тяжёлая	Традиционная	37,9±2,6	8,2±2,4
3-12 лет	Тяжёлая	Рациональная (EPTA PSO 30%)	37,9±2,6	4,1±0,8
13-17 лет	Лёгкая/средняя	Традиционная	не указано	5,6±0,9
13-17 лет	Лёгкая/средняя	Рациональная (EPTA PSO 30%)	не указано	4,9±0,5
13-17 лет	Тяжёлая	Традиционная	41,8±5,2	13,7±0,6
13-17 лет	Тяжёлая	Рациональная (EPTA PSO 30%)	41,8±5,2	12,2±0,5

У пациентов с экссудативной и инфильтративно-бляшечной формами положительная динамика наблюдалась медленнее, однако даже в этих случаях у большинства детей в течение 2-3 недель достигалась стойкая ремиссия. В подростковой группе (13-17 лет, всего 40 человек) также отмечалась положительная динамика PASI. У 6 пациентов с лёгким и среднетяжёлым течением заболевания к концу третьей недели лечения средний индекс составил 8,9±0,8, при этом после стандартной терапии – 5,6±0,9, а при использовании EPTA PSO – 4,9±0,5. У детей с тяжёлым псориазом в той же возрастной группе (9 пациентов) средний PASI на момент начала терапии составлял 41,8±5,2. В результате стандартного лечения он снижался до 13,7±0,6, а при включении препарата EPTA PSO – до 12,2±0,5 (табл. 1).

У детей младше двух лет, которым назначали комбинированную терапию с использованием крема и эмульсии EPTA PSO 30%, первые признаки уменьшения псориатических высыпаний появлялись уже на 3-4-й день лечения. Наиболее ранняя положительная динамика отмечалась на волосистой части головы и лице, после чего улучшение распространялось на туловище и конечности. У пациентов 3-12 лет регресс кожных изменений обычно начинался на 5-6-е сутки и продолжался последующие 2-3 недели. При экссудативных и инфильтративно-бляшечных формах улучшение развивалось медленнее.

У подростков 13-17 лет стабилизация кожного процесса обычно фиксировалась на 7-10-е сутки терапии, преимущественно на туловище, конечностях и волосистой части головы. В области кожных складок и на лице очистка кожи происходила более постепенно, с достижением полной ремиссии в среднем за 3-4 недели.

В целом включение EPTA PSO 30% в комплексную терапию приводило к выраженному снижению активности псориатического процесса и более быстрому регрессу кожных симптомов во всех возрастных группах.

Отмеченные в ходе исследования особенности клинического течения псориаза у детей хорошо согласуются с литературными данными. Полученное распределение локализаций, стадий процесса и частоты симметричного поражения кожи подтверждает известные закономерности заболевания в педиатрии [13, 14, 16]. Более быстрый ответ на терапию у детей младшей возрастной группы объясняется высокой способностью их кожи к восстановлению и высокой чувствительностью к средствам, улучшающим барьерную функцию. Аналогичные наблюдения представлены в клинических исследованиях, где ранний возраст рассматривается как благоприятный фактор для достижения ремиссии [14, 17].

В средней возрастной группе, включающей наиболее широкий диапазон клинических форм, динамика уменьшения PASI оказалась равномерной и предсказуемой. Дети хорошо переносили назначенную комбинированную терапию, а выраженность субъективных жалоб снижалась параллельно с уменьшением активности патологического процесса. В ряде зарубежных работ подчёркивается, что регулярное применение негормональных наружных средств на основе мочевины ускоряет регресс воспаления и снижает выраженность шелушения, что делает лечение более комфортным и безопасным [1, 6, 10].

У подростков эффективность терапии также была значимой, хотя клинический ответ формировался более постепенно. Вероятно, это связано с большей вариабельностью гормональных и иммунных факторов в этом возрасте, что неодно-

кратно обсуждалось в литературе [7, 13]. Тем не менее включение EPTA PSO 30 в схему лечения позволило снизить выраженность инфильтрации и шелушения, что подтверждает целесообразность применения негормональных кератолитических средств в данной группе.

Обсуждение. Препараты, содержащие мочевину, повышают гидратацию рогового слоя, улучшают способность кожи удерживать влагу, уменьшают трансэпидермальную потерю воды, интенсивность зуда, шелушения и гиперкератоза у пациентов с псориазом [1, 3, 9, 14]. Использование высоких концентраций мочевины (40-50%) считается результативным подходом при ограниченных гиперкератотических бляшках [14]. Так, комбинация 40% мочевины с 1% бифоназолом показала эффективность при лечении псориаза кожи головы [3], а сочетание 17% мочевины с 0,1% дитранолом обеспечивало выраженный клинический эффект [9]. В рандомизированном контролируемом исследовании с участием 70 пациентов применение шампуня на основе мочевины приводило к значимому снижению выраженности зуда и тяжести поражений волосистой части головы. Несмотря на то, что при псориазе чаще используют средние и высокие концентрации мочевины, опубликованы данные об эффективности низких дозировок (5-12%) [1]. Кроме того, мочевина в малых концентрациях способна усиливать действие топических препаратов, включая бетаметазон и кальципотриол [3, 5].

Средство EPTA PSO 30, содержащее 30% мочевины, является рациональным вариантом лечения псориаза у детей. Его применение способствует эффективному размягчению и устраниению гиперкератотических элементов, уменьшению воспаления и зуда, а также восстановлению кожного барьера. Концентрация мочевины 30% обеспечивает выраженный увлажняющий и кератолитический эффект при сохранении благоприятного профиля безопасности, что особенно важно в педиатрии. Таким образом, EPTA PSO 30 можно рассматривать как оптимальное сочетание эффективности и переносимости при лечении локализованных форм псориаза у детей.

Полученные результаты позволяют рассматривать EPTA PSO 30 как рациональный вариант комбинированной терапии, особенно при выраженному гиперкератозе и наличии плотных чешуйчатых элементов. В литературе подчеркивается, что мочевина, будучи компонентом натурального увлажняющего фактора кожи, способствует восстановлению физиологической дифференцировки кератиноцитов и улучшает структуру рогового слоя [4, 10]. Это объясняет наблюдавшийся постепенный регресс инфильтрации и уменьшение выраженности шелушения на фоне терапии.

Сравнение результатов исследования с опубликованными данными показывает, что эффект от применения препаратов на основе мочевины у детей отличается хорошей воспроизводимостью и стабильностью. В нескольких работах продемонстрировано, что регулярное использование таких средств способствует снижению частоты рецидивов и улучшению переносимости других наружных препаратов, включая противовоспалительные средства [1, 6, 15]. Учитывая благоприятный профиль безопасности и удобство использования, EPTA PSO 30 может рассматриваться как важная часть комплексного ухода за кожей у детей с хроническими дерматозами, требующими длительного наблюдения.

Полученные результаты подтверждают, что своевременное устранение гиперкератоза играет важную роль в эффективности всей последующей терапии. Мочевина способствует размягчению рогового слоя и уменьшению выраженности шелушения, что, в свою очередь, улучшает проникновение других наружных средств и повышает общую эффективность лечения. Подобный эффект описан в ряде обзоров, где подчёркивается важность комбинированного использования увлажняющих и противовоспалительных препаратов для достижения стойкой ремиссии у детей [4, 6, 10].

Следует учитывать и долгосрочные перспективы. У детей раннего возраста заболевание часто имеет тенденцию к рецидивирующему течению, поэтому применение безопасных негормональных средств помогает формировать у пациентов и их родителей устойчивую приверженность терапии, что является важным условием успешного контроля псориаза [7, 13]. Наличие у препарата благоприятного профиля безопасности и возможность его длительного использования без риска атрофии кожи делает его особенно ценным для педиатрической практики. Таким образом, результаты нашего исследования хорошо согласуются с современными представлениями о необходимости многоэтапного и мягкого подхода к лечению детского псориаза.

Заключение. Во всех возрастных категориях прослеживалась выраженная корреляция между уменьшением показателя PASI и объективным улучшением кожного состояния. У детей, получавших комбинированное лечение с добавлением наружного препарата EPTA PSO 30, регресс воспалительных проявлений наступал быстрее и был более выражен, чем у пациентов, ограничившихся стандартной терапией.

Полученные данные подтверждают не только клиническую результативность, но и хорошую переносимость EPTA PSO 30 при его использовании в составе комплексного лечения детского псориаза. Препарат проявил выраженные

кератолитические и противовоспалительные эффекты, способствовал снижению интенсивности зуда, эритемы и шелушения, что позволяет рассматривать его как перспективное средство для более широкого применения в педиатрической дерматологии.

Литература:

1. Dall’Oglio F., Tedeschi A., Verzì A. E., et al. Clinical evidences of urea at medium concentration. *Int J Clin Pract.* 2020;74:e13815. doi: 10.1111/ijcp.13815.
2. Gelfand J. M., Weinstein R., Porter S. B., Neimann A. L., Berlin J. A., Margolis D.
3. J. Prevalence and treatment of psoriasis in the United Kingdom: A population- based study. *Arch Dermatol.* 2005;141:1537–1541. doi: 10.1001/archderm.141.12.1537.
4. Jacobi A., Mayer A., Augustin M. Keratolytics and emollients and their role in the therapy of psoriasis: a systematic review. *Dermatol Ther (Heidelb).* 2015;5:1–18. doi: 10.1007/s13555-015-0068-3.
5. Kerkhof P.C. M. van de, Nestlé F.O. Psoriasis. In: *Dermatology.* 4th edition. Philadelphia, PA, pp. 138–160, 2018.
6. Lacarrubba F., Nasca M.R., Puglisi D.F., Micali G. Clinical evidences of urea at low concentration. *Int J Clin Pract.* 2020;74(Suppl 187):e13626. doi: 10.1111/ijcp.13626.
7. Menter A., Cordoro K.M., Davis D.M.R., Kroshinsky D., Paller A.S., Armstrong A.W., Connor C., Elewski B.E., Gelfand J.M., Gordon K.B., et al. Joint American Academy of Dermatology-National Psoriasis Foundation guidelines of care for the management and treatment of psoriasis in pediatric patients. *J Am Acad Dermatol.* 2020;82:161–201. doi: 10.1016/j.jaad.2019.08.049.
8. Murzina E. Pediatric Psoriasis: Clinical Features and Course. *OAJBS.* 2020;1(OAJBS.ID.000147). doi: 10.1016/j.ebr.2020.100360.
9. Paller A.S., Singh R., Cloutier M., Gauthier-Loiselle M., Emond B., Guérin A., Ganguli A. Prevalence of psoriasis in children and adolescents in the United States: A claims-based analysis. *J Drugs Dermatol.* 2018;17:187–194.
10. Pan M., Heinecke G., Bernardo S., et al. Urea: a comprehensive review of the clinical literature. *Dermatol Online J.* 2013;19:20392.
11. Parisi R., Symmons D. P., Griffiths C. E., Ashcroft D. M. Global epidemiology of psoriasis: A systematic review of incidence and prevalence. *J Invest Dermatol.* 2013;133:377–385. doi: 10.1038/jid.2012.339.
12. Patterson J.W. The psoriasisform reaction pattern. In: *Weedon’s Skin Pathology.* 5th edition. Elsevier, Philadelphia, PA, pp. 99–120.e11, 2021.
13. Pinson R., Sotoodian B., Fiorillo L. Psoriasis in children. *Psoriasis (Auckl).* 2016;6:121–129. doi: 10.2147/PTT.S87650.
14. Seyhan M., Coşkun B.K., Sağlam H., Ozcan H., Karincaoğlu Y. Psoriasis in childhood and adolescence: Evaluation of demographic and clinical features. *Pediatr Int.* 2006;48:525–530. doi: 10.1111/j.1442-200X.2006.02270.x.
15. Starace M., Alessandrini A., Piraccini B.M. Clinical evidences of urea at high concentration on skin and annexes. *Int J Clin Pract.* 2020;74(Suppl 187):e13740. doi: 10.1111/ijcp.13740.
16. Tkach V.Y., Voloshynovych M.S., Girnyk G.Y., Kozak N.V. Clinical features and the course of psoriasis in children. *Przegl Dermatol.* 2020;107:476–480.
17. Tollefson M.M., Crowson C.S., McEvoy M.T., Maradit Kremers H. Incidence of psoriasis in children: A population-based study. *J Am Acad Dermatol.* 2010;62:979–987. doi: 10.1016/j.jaad.2009.07.029.
18. Tollefson M.M. Diagnosis and management of psoriasis in children. *Pediatr Clin North Am.* 61(2), 261–277. doi: 10.1016/j.pcl.2013.11.003

СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД К КОМБИНИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ ПСОРИАЗА У ДЕТЕЙ

Бабабекова Н.Б., Атабаева К.Б., Мадиева Д.Ш.

Резюме. В данном исследовании оценивалась клиническая результативность наружного использования препарата *EPTA PSO 30* у детей с псориазом. В работу были включены 122 пациента в возрасте от 0 до 17 лет, разделённые на три возрастные группы: до 2 лет, 3-12 лет и 13- 17 лет. В зависимости от терапии участники были распределены на две подгруппы: первая группа получала стандартное лечение, вторая – стандартную терапию в сочетании с применением *EPTA PSO 30* в виде крема и эмульсии. Полученные данные продемонстрировали значимое снижение PASI, более быстрое устранение псориатических высыпаний, уменьшение зуда, шелушения и воспалительных признаков. Наиболее выраженный положительный клинический эффект наблюдался у пациентов, получавших комбинированное лечение с использованием *EPTA PSO 30*.

Ключевые слова: псориаз у детей, мочевина, рациональная терапия.