مجلة صرمان للعلوم والتقنية
Surman Journal for Science and Technology
Vol 6, No.1.Jan – May. 2024
ISSN: Online (2790-5721) - Print (2790-5713)
Pages: 333 ~ 344
sjst.scst.edu.ly

دراسة العلاقة بين مرض الصدفية ومستويات فيتامين د
دراسة ميدانية داخل بعض عيادات الجلدية بمدينتي العجيلات وصبراتة

نجاح مديهين

جامعة الزاوية- كلية العلوم العجيلات – ليبيا

moheeb.abogreen@gmail.com

المستخلص

هدفت الدراسة إلى التعرف على المستويات المصلية لفيتامين د لدى مرضى الصدفية ،و معرفة العلاقة بين خصائص المرض ومستويات فيتامين د ، والتعرف العلاقة بين فيتامين د ومدة المرض بالصدفية .

تم استخدام المنهج الوصفي التحليلي, كما ضمت الدراسة 40 مريض بالصدفية ممن كانت أعمارهم من (18 سنة حتى 90 سنة) ، من مراجعي عيادة الجلدية في أقسام الأمراض الجلدية بالمراكز قيد الدراسة الذين شخصوا مرضى صدفيه ، تمت مقابلة جميع المشاركين بالدراسة وتم فحصهم سريرياً عن طريق أطباء مختصون ، بعدها تم ملء البيانات ضمن استمارات معدة من أجل ذلك بعد أخذ موافقتهم ، جمعت البيانات الشخصية للمشاركين وهي العمر والجنس والعمل والوضع الاجتماعي وعادات التدخين و كتلة الجسم ووجود تاريخ عائلي للإصابة بالصدفية .

توصل الدراسة إلى نتائج أبرزها أن معظم المرضى يعانون من الصدفية النوع الثالث حيث بلغت نسبتهم 67.5 % ، كما أن نسبة كبيرة من أفراد العينة مدخنين حيث كانت نسبتهم 45% ، وغالبية أفراد العينة لهم تاريخ مرضي حيث كانت نسبتهم 87.5 % ،وغالبية المرضى قد تعرضوا لأشعة الشمس المباشرة كانت نسبتهم 75% ،وغالبية أفراد العينة مدة مرضهم أقل من 5 سنوات حيث كانت النسبة 55 % ،كما أن أعلى نسبة 35 % هم مرضى لديهم مستوى فيتامين د ضمن معدل 5 – 10 ملغ وهو دون المستوى الطبيعي المحدد ، لم تتمكن هذه الدراسة من إيجاد علاقة سببية واضحة بين الصداف ونقص مستويات فيتامين د.

الكلمات المفتاحية: الصدفية- فيتامين د- مستويات فيتامين د المصلية- مدة المرض- التعرض لأشعة الشمس.

Abstract

This study aimed to determine the serum levels of vitamin D among patients with psoriasis, to examine the relationship between disease characteristics and vitamin D levels, and to investigate the association between vitamin D levels and disease duration in psoriasis patients.

A descriptive analytical study design was employed. The study included 40 patients diagnosed with psoriasis, aged between 18 and 90 years, who attended the dermatology outpatient clinics at the selected centers. All participants were interviewed and clinically examined by specialist physicians. Data were collected using structured questionnaires after obtaining informed consent. Collected variables included demographic and clinical characteristics such as age, sex, occupation, marital status, smoking habits, body mass index (BMI), and family history of psoriasis.

The study results showed that the majority of patients (67.5%) had type III psoriasis. A considerable proportion of the sample were smokers (45%). Most participants had a positive family history of the disease (87.5%). Additionally, 75% of the patients reported regular exposure to direct sunlight. More than half of the patients (55%) had a disease duration of less than five years. The highest proportion of patients (35%) had serum vitamin D levels ranging between 5–10 ng/mL, which is below the established normal range. This study did not identify a clear causal relationship between psoriasis and reduced serum vitamin D levels.

Keywords: Psoriasis, Vitamin D, Serum vitamin D levels, Disease duration, Sun exposure.

المقدمة

الصدفية هو مرض التهابي شائع مزمن متعدد العوامل ، حيث تلعب كل من العوامل البيئية والوراثية و المناعية دوراً هاماً في أسبابه وآليته الإمراضية ، للصدفية عدة أشكال سريرية وهو متفاوت بين المرضى من حيث موضع الإصابة وامتدادها وسير المرض وسن حدوثه والعوامل المطلقة له ، رغم أنه معروف كمرض جلدي قد يصيب المفاصل أحياناً إلا أن هناك أدلة متزايدة تدعم حقيقة

أن الصدفية عبارة عن مرض التهابي مزمن متعدد الأجهزة مترافق بالعديد من الإمراضيات مثل اضطراب الدهون ، وسكر الدم ، والحوادث القلبية الوعائية وغيرها ، و يمكن أن يؤدي إلى مشاكل جسدية ونفسية كبيرة للمرضى ، هناك العديد من الخيارات العلاجية المتوفرة لعلاج الصدفية ويتم اختيار العلاج بشكل فردي لدى كل مريض، لكن كل هذه العلاجات غير نوعية وغير قادرة على إحداث شفاء تام وإنما هدفها تحقيق هدوء طويل للمرض كما أن العديد منها ذو آثار جانبية هامة مما يحد من استخدامها، وإن اكتشاف المزيد عن الألية الإمراضية المناعية الدقيقة للصدفية سيفتح مزيداً من الآفاق لتطوير علاجات حديثة وتوسيع الخيارات العلاجية المتاحة حالياً [1].

إن الصدفية مرض شائع تتراوح النسبة العالمية لحدوثه بين 0.51% و 11.43% لدى البالغين و0% حتى 1.37% لدى الأطفال ، ويتراوح معدل الاصابة لدى البالغين بين 78.9 و 230 لكل مئة ألف من السكان في السنة ، وتقترح البيانات الاحصائية أن حدوثه يختلف حسب العمر والعرق والمنطقة الجغرافية ، فقد تبدأ الصدفية في أي عمر لكن يبدو أن هناك ذروتين لبداية حدوثه : الأولى بعمر 20-30 والثانية بعمر 50-60 ، ويبدو أن النمط الذي يبدأ بصورة باكرة بعمر قبل 30 سنة أكثر ارتباطاً بوجود القصة العائلية للصدفية وذو شكل سريري أكثر شدة واتساعاً من النمط ذو البدء المتأخر، كما أنه يشاهد في كل الأعراق ولكنه أكثر شيوعاً لدى القوقازيين من الهنود الأمريكيين، و هو أكثر حدوثاً في البلدان الأبعد عن خط الاستواء [2].

لقد حاز فيتامين د المعروف بفيتامين أشعة الشمس في السنوات الأخيرة على اهتمام متزايد من قبل الأطباء وأخصائي الصحة العامة والباحثين ، حيث تضاعفت المنشورات التي تخص فيتامين د بمقدار ثلاثة أضعاف ، وذلك بسبب عودة ظهور نقص فيتامين د كمشكلة صحية عالمية [3].

2.1 مشكلة الدراسة :

نظراً للتطور في فهم دور فيتامين د في أمراض الجلد، بما فيها الصدفية ، إضافة إلى الآلية الإمراضية للصدفية ودور فيتامين د في علاج الصدفية، كان من المنطقي التوجه نحو دراسة دور مستويات فيتامين د في الجسم لحدوث شدة المرض .

تكمن مشكلة الدراسة في تدني مستويات فيتامين د لدى مرضى الصدفية .

أهدف الدراسة :

تهدف هذه الدراسة إلى :

1. التعرف على المستويات المصلية لفيتامين د لدى مرضى الصدفية .
2. التعرف على خصائص المرض ومستويات فيتامين د .
3. معرفة العلاقة بين فيتامين د ومدة المرض بالصدفية .
4. معرفة العلاقة بين فيتامين د ونمط الصدفية .
5. معرفة العلاقة بين فيتامين د وشدة الصدفية .

أهمية الدراسة :

تكمن أهمية الدراسة في الآتي :

1. قلة الدراسات المماثلة على المستوى العربي مع عدم توفر دراسات محلية تُعنى بالفيتامين د ودوره في حدوث الإمراضية للصدفية .
2. تسليط الضوء على فيتامين د وعلاقته بمرض شائع في مجتمعنا كالصدفية من أجل تعميق فهم الآلية الإمراضية الدقيقة وبالتالي تطوير علاجات جديدة من جهة، وإمكانية تحسين السيطرة على المرض .

حدود الدراسة :

الحدود المكانية : عيادات الجلدية في مجموعة من المستشفيات والمراكز الصحية والمصحات في مدينتي العجيلات وصبراتة منها : مستشفى العجيلات العام ، مركز ليدي سنتر ، مركز الهلال الأحمر صبراتة ، عيادة الجلدية مركز الزرامقة ، مصحة الراية البيضاء ، مصحة الأبرار، مركز اليمامة الطبي صبراتة ، ومصحة الطويلة .

الحدود الزمانية : الحد الزماني خلال سنة 2024 .

المواد وطرق الدراسة :

منهج الدراسة :

استخدمت الدراسة المنهج الوصفي التحليلي لملائمته لطبيعة الدراسة الحالية .

مجلة صرمان للعلوم والتقنية
Surman Journal for Science and Technology
sjst.scst.edu.ly
ISSN: Online (2790-5721) - Print (2790-5713)
Vol 6, No.1.Jan – May. 2024
Pages: 333 ~ 344

مجتمع الدراسة :
عيادات الجلدية في مجموعة من المستشفيات والمراكز الصحية والمصحات في مدينتي العجيلات وصبراتة منها : مستشفى العجيلات العام ، مركز ليدي سنتر ، مركز الهلال الأحمر صبراتة ، عيادة الجلدية مركز الزرامقة ، مصحة الراية البيضاء ، مصحة الأبرار، مركز اليمامة الطبي صبراتة ، ومصحة الطويلة .

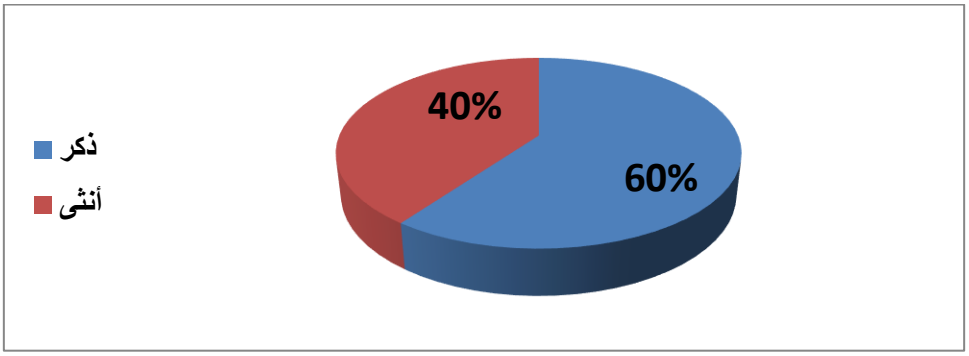
عينة الدراسة :
ضمت الدراسة 40 مريض صدفية ممن كانت أعمارهم فوق 18 سنة وحتى 90 سنة من مراجعي عيادة الجلدية في أقسام الأمراض الجلدية بالمراكز قيد الدراسة الذين شخصوا بمرض الصدفية سريرياً .

جمع البيانات :
تمت مقابلة جميع المشاركين بالدراسة وفحصهم سريرياً من قبل أطباء الأمراض الجلدية ومن ثم ملء البيانات ضمن استمارات معدة من أجل ذلك بعد أخذ موافقتهم .

جمعت البيانات الشخصية للمشاركين وهي العمر والجنس والعمل والوضع الاجتماعي وعادات التدخين و كتلة الجسم ووجود قصة عائلية في الإصابة بالصدفية ، و أعتبر المدخنون أنهم المدخنون حالياً أو المقلعون عن التدخين خلال فترة أقل من 5 سنوات وغير المدخنين هم غير المدخنين نهائياً أو المقلعون قبل أكثر من 5 سنوات .
وكذلك تم جمع البيانات المتعلقة بالعادات اليومية التي قد تؤثر على مستوى الفيتامين د وهي : التعرض اليومي لأشعة الشمس مقدراً بالدقيقة في اليوم والذي تم توزيعه إلى ثلاث مجموعات (أقل من 15 دقيقة/اليوم، 15-30 دقيقة/اليوم، أكثر من 30 دقيقة/اليوم) ، واستخدام الواقيات الشمسية .

و جمعت بيانات حول النظام الغذائي : نموذج التغذية (نباتي تماماً – مختلط – زائد اللحوم)، وعدد مرات تناول السمك أسبوعياً (<1 ، 1، >1 مرة في الأسبوع)، وعدد مرات تناول الحليب في الأسبوع مقدراً بكأس/أسبوع (لاشي ، <5 ، 5-10،10<) أما المتغيرات المتعلقة بالصدفية فقد ضمت مدة المرض، ونمطه حسب وقت البدء : باكر(عند بدئه قبل سن الأربعين)، ومتأخر(عند بدئه بعد سن الأربعين) ، و تقدير شدة الصداف حيث صنفت شدة الصداف إلى خفيف عندما يكون أقل من 5 ومتوسط 5-15 وشديد 15-72.
المعالجة الاحصائية :
تم اتباع الأسلوب الإحصائي الإكسل (Exell,2010) لملائمته لأسلوب الدراسة الحالية .

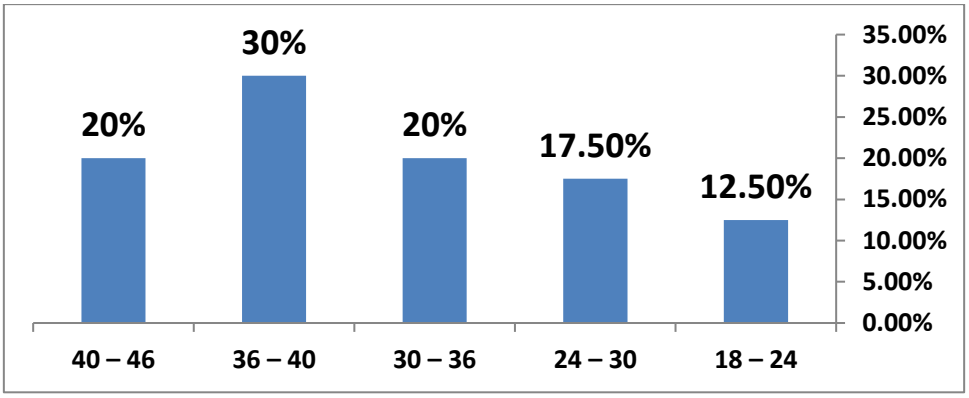
النتائج
من خلال الشكل (1) نلاحظ أن نسبة الذكور 60% من حجم العينة ونسبة الاناث تبلغ 40 % من حجم العينة .



شكل (1) يوضح توزيع العينة حسب الجنس

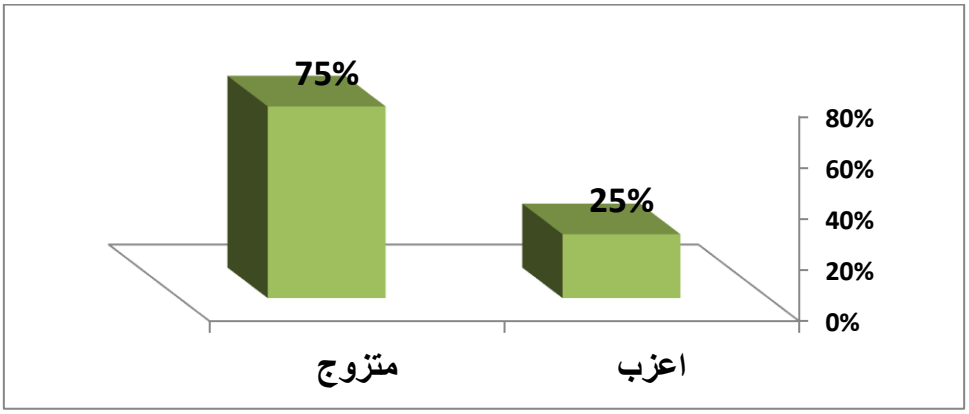
من خلال الشكل (2) نلاحظ أن أعلى نسبة كانت 30% تمثل المرضى الذين أعمارهم تتراوح من 36 – 40 سنة ونسبة 20 % تساوت في الأعمار من 30 – 36 سنة ومن 40 – 46 سنة، ونسبة 17.5% للفئة العمرية من 24 – 30 سنة وأقل فئة عمرية من 18 – 24 سنة بنسبة 12.5 % .

sjst.scst.edu.ly
Surman Journal for Science and Technology
ISSN: Online (2790-5721) - Print (2790-5713)
مجلة صرمان للعلوم والتقنية
Vol 6, No.1.Jan – May. 2024
Pages: 333 ~ 344



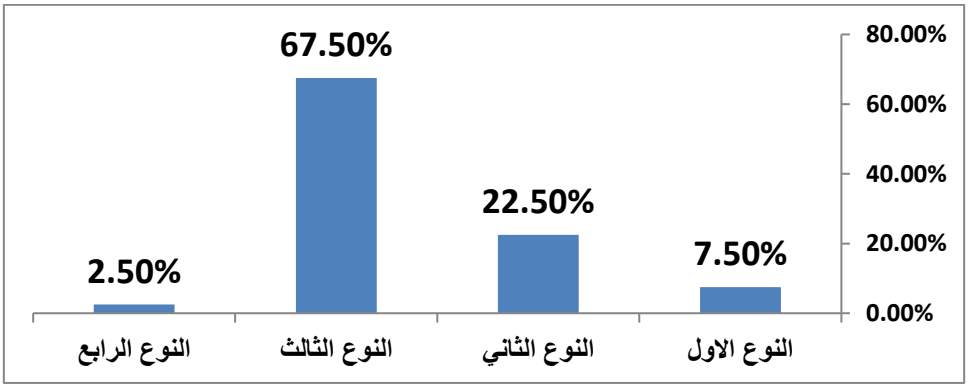
شكل (2) يوضح توزيع العينة حسب العمر

من خلال الشكل (3) نلاحظ أن غالبية أفراد العينة متزوجون حيث كانت نسبتهم 75% بينما العازبون فقد بلغت نسبتهم 25 % .



شكل (3) يوضح توزيع العينة حسب الحالة الاجتماعية

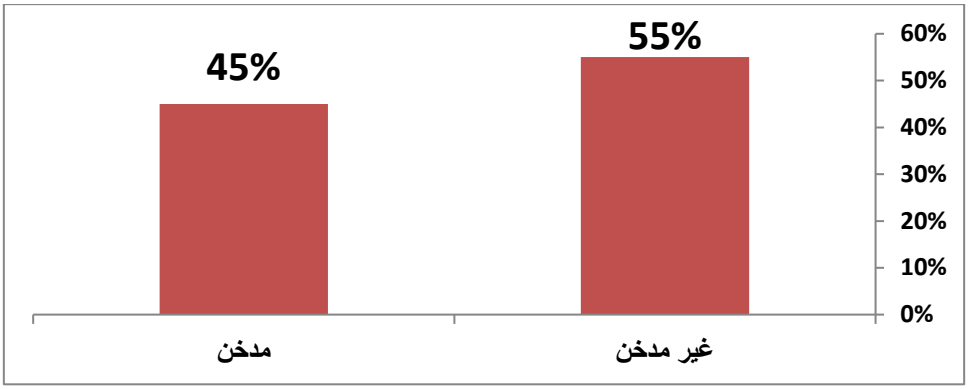
من خلال الشكل (4) نلاحظ أن معظم المرضى يعانون من الصداف النوع الثالث حيث بلغت نسبتهم 67.5% بينما الذين يعانون من النوع الثاني كانت نسبتهم 22.5% وأقل نسبة كانت 2.5 % وهي للمرضى الذين يعانون من النوع الرابع .



شكل (4) يوضح توزيع العينة حسب النمط اللوني للجلد

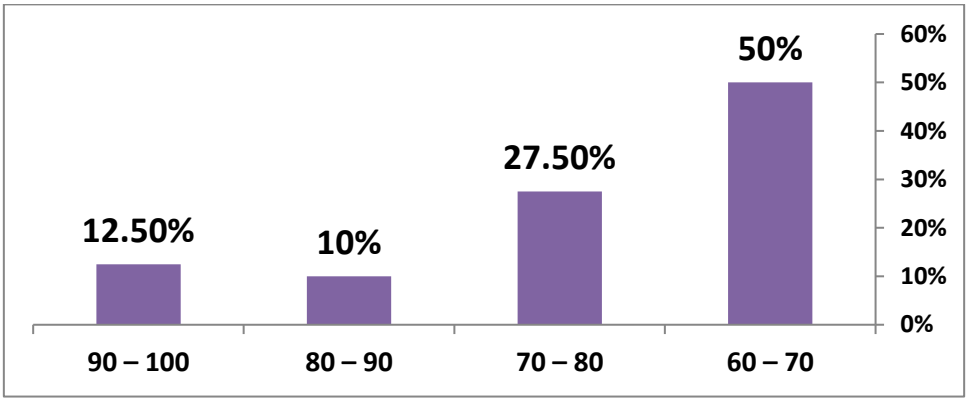
من خلال الشكل (5) نلاحظ أن غالبية العينة هم من المدخنين حيث كانت نسبتهم 45% بينما الغير مدخنين كانت 55 % .

sjst.scst.edu.ly
Surman Journal for Science and Technology
ISSN: Online (2790-5721) - Print (2790-5713)
مجلة صرمان للعلوم والتقنية
Vol 6, No.1.Jan – May. 2024
Pages: 333 ~ 344



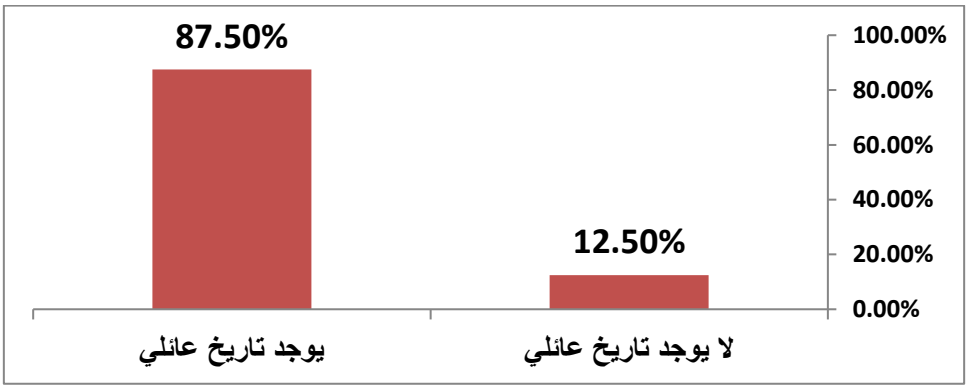
شكل (5) يوضح توزيع العينة حسب التدخين

من خلال الشكل (6) نلاحظ أن غالبية أفراد العينة أوزانهم ضمن وزن من 60 - 70 كجم حيث كانت نسبتهم 50% من حجم العينة أما أقل نسبة كانت 10 % للمرضى الذين أوزانهم من 80 – 90 كجم .



شكل (6) يوضح توزيع العينة حسب الوزن

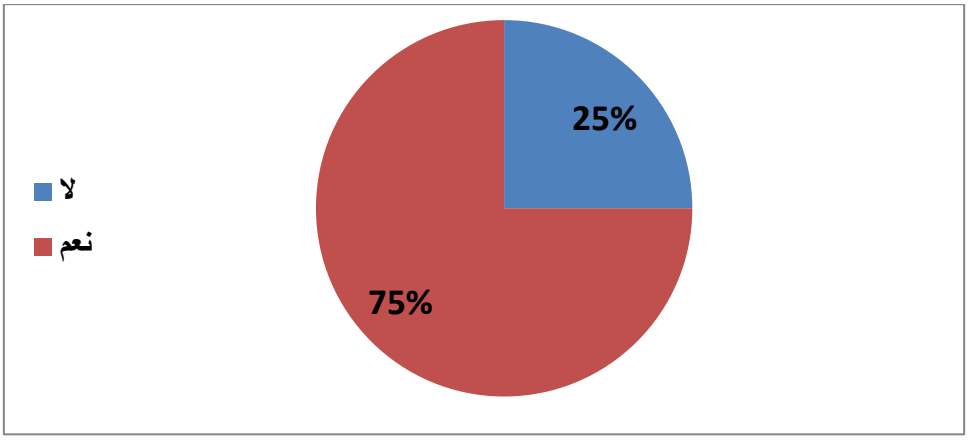
من خلال الشكل (7) نلاحظ أن غالبية أفراد العينة لهم تاريخ مرضي حيث كانت نسبتهم 87.5% أما المرضى الذين ليس لهم تاريخ مرضي كانت نسبتهم 12.5 % .



شكل (7) يوضح توزيع العينة حسب التاريخ العائلي للمرض

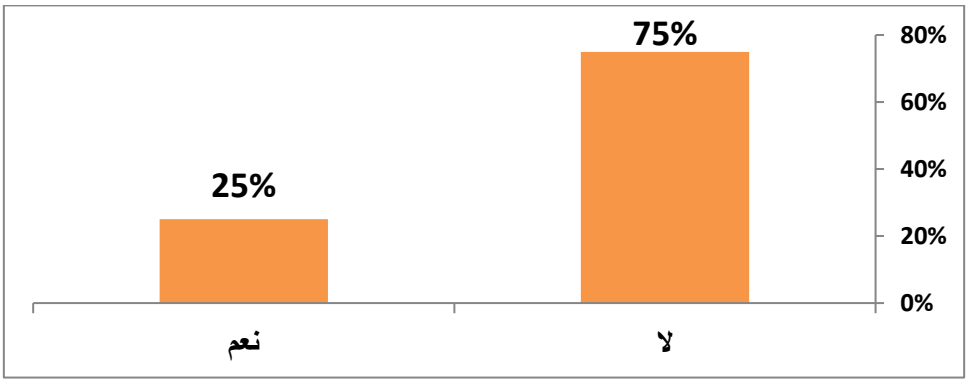
من خلال الشكل (8) نلاحظ أن غالبية المرضى قد تعرضوا لأشعة الشمس المباشرة حيث كانت نسبتهم 75 % أما الذين لم يتعرضوا لأشعة الشمس كانت 25 % .

مجلة صرمان للعلوم والتقنية
Surman Journal for Science and Technology
sjst.scst.edu.ly
ISSN: Online (2790-5721) - Print (2790-5713)
Vol 6, No.1.Jan – May. 2024
Pages: 333 ~ 344



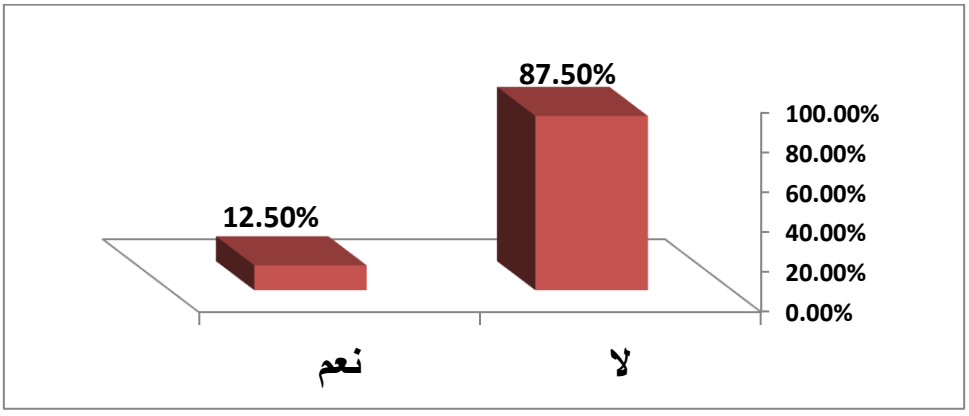
شكل (8) يوضح توزيع العينة حسب التعرض للشمس

من خلال الشكل (9) نلاحظ أن ما نسبتهم 75% لم يستخدموا مستحضرات التجميل بينما نسبة 25% من حجم العينة قد استخدموا مستحضرات التجميل وهذا قد يكون راجع لزيادة نسبة الذكور عن الاناث في حجم العينة .



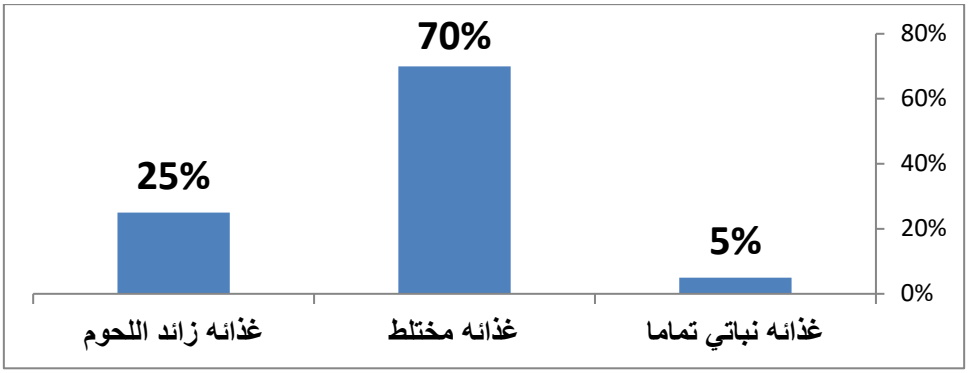
شكل (9) يوضح توزيع العينة حسب استخدام مستحضرات التجميل

من خلال الشكل (10) نلاحظ أن نسبة 87.5 % من حجم العينة لم يستخدموا واقيات الشمس بينما نسبة 12.5 % استخدموا واقيات الشمس .



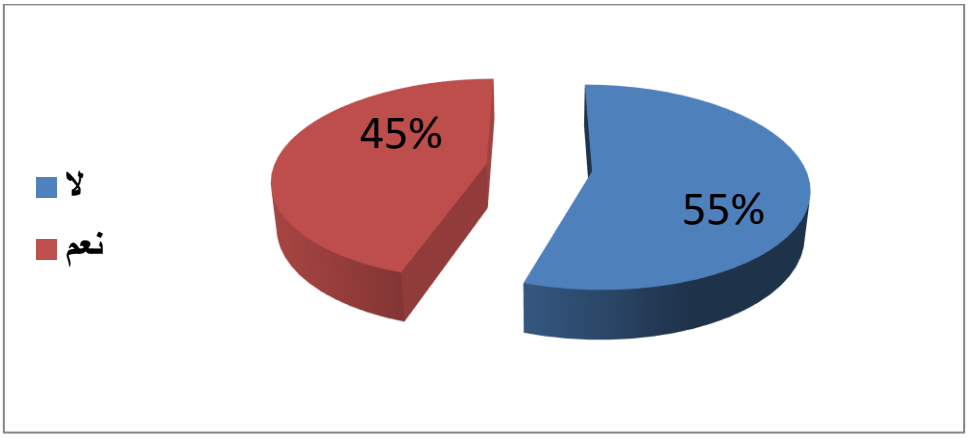
شكل (10) يوضح توزيع العينة حسب استخدام واقي الشمس

من خلال الشكل (11) نلاحظ أن غالبية العينة نوع الغذاء لهم مختلط بين النباتات واللحوم حيث كانت نسبتهم 70% بينما من كان غذائهم معتمد على النباتات فقط كانت 5% أما من كان نظام غذائهم يعتمد على اللحوم بدرجة كبيرة كانت نسبتهم 25% .



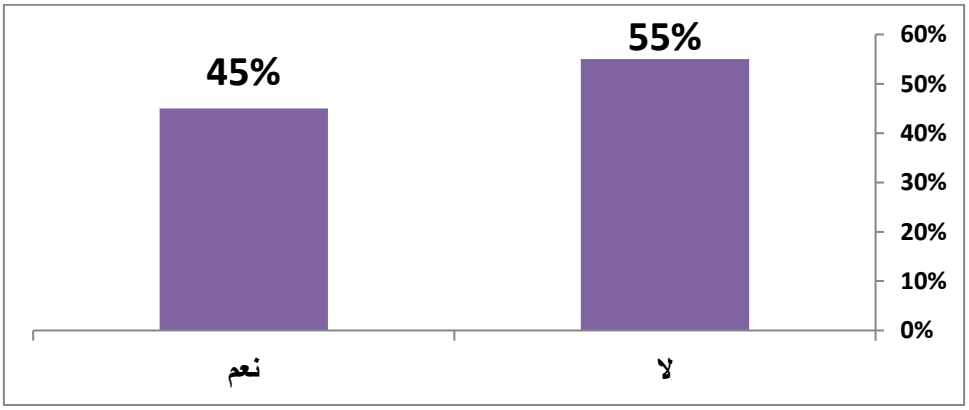
شكل (11) يوضح توزيع العينة حسب نوع الغذاء

من خلال الشكل (12) نلاحظ أن معظم المرضى لا يتناولون الاسماك حيث كانت نسبتهم 55% بينما الذين يتناولون الاسماك كانت نسبتهم 45% .



شكل (12) يوضح توزيع العينة حسب تناول السمك

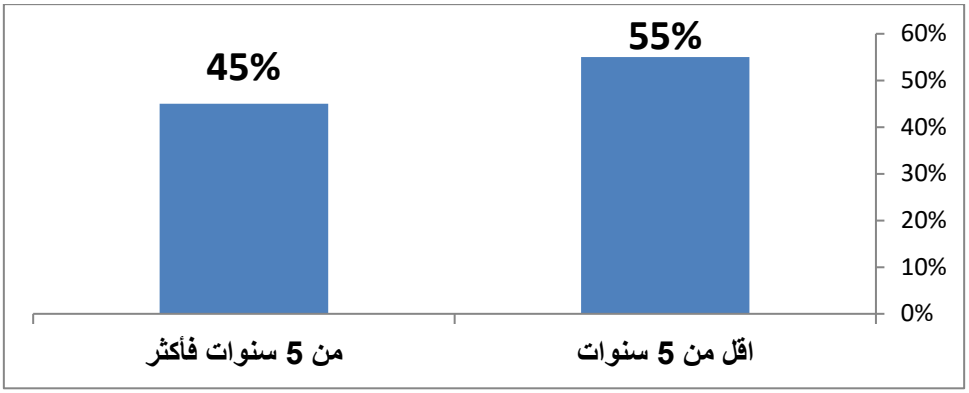
من خلال الشكل (13) نلاحظ أن معظم المرضى يتناولون الالبان حيث كانت نسبتهم 45 % بينما الذين يتناولون لا يتناولون الالبان كانت نسبتهم 55 % .



شكل (13) يوضح توزيع العينة حسب تناول اللبن

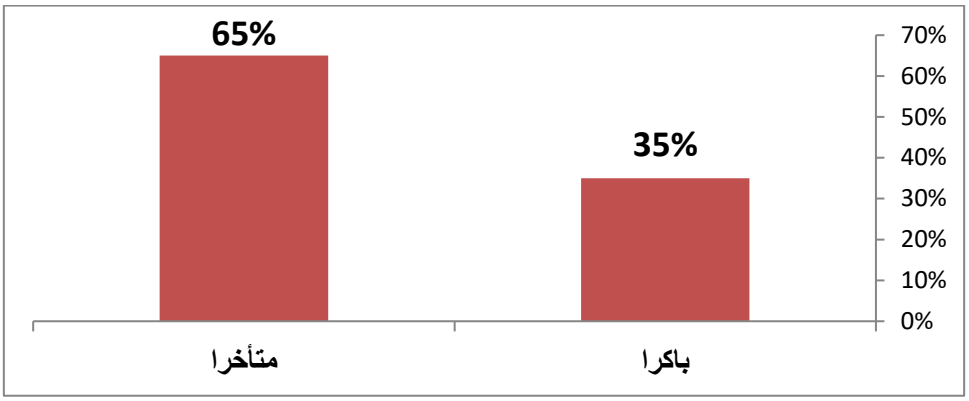
من خلال الشكل (14) نلاحظ أن غالبية العينة مدة مرضهم أقل من 5 سنوات حيث كانت النسبة 55% بينما الذين مدة المرض عندهم أكثر من 5 سنوات كانت 45% .

Surman Journal for Science and Technology
ISSN: Online (2790-5721) - Print (2790-5713)
sjst.scst.edu.ly
مجلة صرمان للعلوم والتقنية
Vol 6, No.1.Jan – May. 2024
Pages: 333 ~ 344



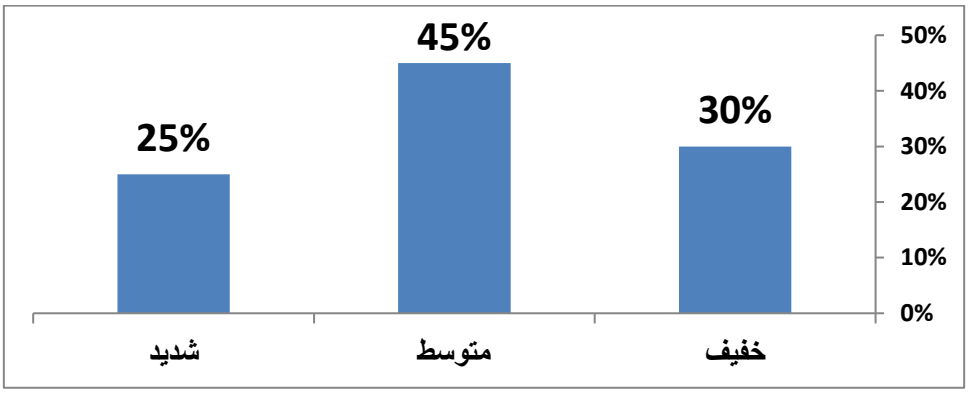
شكل (14) يوضح توزيع العينة حسب مدة المرض

من خلال الشكل (15) نلاحظ أن نسبة 35% من المرضى يعانون من الاصابات مبكرا بينما 65% يعانون من الاصابات متأخرا .



شكل (15) يوضح توزيع العينة حسب نمط الصداف

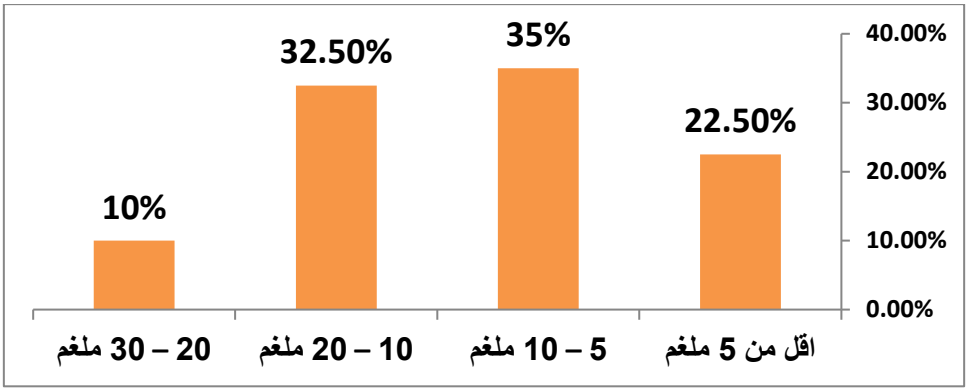
من خلال الشكل (16) نلاحظ أن نسبة 45% من المرضى يعانون من إصابات متوسطة بينما 30% يعانون من اصابات خفيفة ونسبة 25% يعانون من اصابات شديدة .



شكل (16) يوضح توزيع العينة حسب شدة الصداف

من خلال الشكل (17) نلاحظ أن أعلى نسبة 35% هم مرضى لديهم مستوى فيتامين د ضمن معدل 5 – 10 ملغ بينما نسبة 32.5% هم مرضى لديهم مستوى فيتامين د ضمن معدل 10 – 20 ملغ ، وأقل نسبة 10% وهم مرضى لديهم مستوى فيتامين د ضمن معدل 20 – 30 ملغ .

مجلة صرمان للعلوم والتقنية
Surman Journal for Science and Technology
Vol 6, No.1.Jan – May. 2024
ISSN: Online (2790-5721) - Print (2790-5713)
Pages: 333 ~ 344
sjst.scst.edu.ly



شكل (17) يوضح توزيع العينة حسب مستوى فيتامين د

المناقشة

أظهرت نتائج الدراسة من خلال الشكل (1) أن نسبة الذكور في العينة بلغت (60%) مقابل (40%) للإناث، وهو ما يشير إلى غلبة إصابة الذكور بمرض الصدفية في العينة المدروسة. وتتفق هذه النتيجة مع ما توصلت إليه عدة دراسات وبائية أشارت إلى أن الصدفية قد تكون أكثر شيوعًا أو أشد ظهورًا لدى الذكور مقارنة بالإناث، خاصة في المجتمعات التي ترتبط فيها طبيعة العمل والتعرض للعوامل البيئية بالذكور بشكل أكبر [12]، كما أشار[5] إلى أن الفروق بين الجنسين قد تعود إلى عوامل هرمونية وسلوكية، مثل التدخين والتعرض للشمس.

وبخصوص التوزيع العمري (الشكل 2)، فقد أظهرت النتائج أن أعلى نسبة من المرضى كانت ضمن الفئة العمرية (36–40 سنة)، وهو ما يعكس أن الصدفية غالبًا ما تظهر أو تبلغ ذروتها في مرحلة منتصف العمر، وتتوافق هذه النتيجة مع ما ذكره [10]، بأن الصدفية مرض التهابي مزمن غالبًا ما يبدأ في العقدين الثالث والرابع من العمر، وقد يرتبط ذلك بالتغيرات المناعية والهرمونية والتعرض المستمر لعوامل محفزة.

أما فيما يتعلق بالحالة الاجتماعية (الشكل 3)، فقد تبين أن غالبية أفراد العينة من المتزوجين (75%)، وقد يُعزى ذلك إلى أن الفئة العمرية الغالبة في الدراسة تقع ضمن سن الزواج، إضافة إلى أن الصدفية لا تمنع تكوين أسرة لكنها قد تؤثر على جودة الحياة النفسية والاجتماعية، وهو ما أشار إليه [7].

وأظهرت نتائج الشكل (4) أن النوع الثالث من الصدفية كان الأكثر شيوعًا بين أفراد العينة بنسبة (67.5%)، وهو ما يتماشى مع الدراسات السريرية التي تشير إلى أن الصدفية اللويحية (Plaque psoriasis) هي الشكل الأكثر انتشارًا عالميًا، حيث تمثل ما يقارب 80–90% من حالات الصدفية [4]، ويُعد هذا النوع أكثر ارتباطًا باضطرابات فيتامين د نتيجة لطبيعته المزمنة وشدته المتفاوتة.

وفيما يخص التدخين (الشكل 5)، أظهرت النتائج أن نسبة المدخنين بلغت (45%)، وهي نسبة مرتفعة نسبيًا، وقد أكدت العديد من الدراسات وجود علاقة إيجابية بين التدخين وشدة الصدفية، حيث يعمل التدخين على تحفيز الاستجابة الالتهابية وزيادة الإجهاد التأكسدي، مما قد يفاقم نقص فيتامين د لدى المرضى [1].
كما أوضحت نتائج الوزن (الشكل 6) أن نصف أفراد العينة تقريبًا تقع أوزانهم بين (60–70 كجم)، في حين كانت أقل نسبة للأوزان الأعلى، وتشير الدراسات إلى وجود علاقة بين السمنة والصدفية ونقص فيتامين د، حيث يؤدي تراكم الدهون إلى تقليل التوافر الحيوي لفيتامين د في الجسم [14]، وهو ما قد يفسر تباين مستويات الفيتامين بين المرضى.

وبيّنت نتائج الشكل (7) أن غالبية المرضى لديهم تاريخ مرضي سابق (87.5%)، مما يعزز الطابع المزمن والمتكرر للصدفية، وقد أشار [8] إلى أن التاريخ المرضي الطويل يرتبط غالبًا باضطرابات مناعية مستمرة قد تؤثر سلبًا على استقلاب فيتامين د.
أما التعرض لأشعة الشمس (الشكل 8)، فقد أظهرت النتائج أن (75%) من المرضى تعرضوا لأشعة الشمس المباشرة، ورغم ذلك لم تكن مستويات فيتامين د ضمن المعدلات الطبيعية لدى معظمهم، وهو ما يتفق مع ما ذكره [6] بأن التعرض للشمس وحده لا يضمن مستويات كافية من فيتامين د، خاصة في حال وجود اضطرابات جلدية تقلل من كفاءة تصنيع الفيتامين في الجلد.

كما أظهرت نتائج الأشكال (9) و(10) انخفاض استخدام مستحضرات التجميل وواقيات الشمس، وقد يُفسر ذلك بزيادة نسبة الذكور في العينة، إلا أن قلة استخدام واقيات الشمس قد تؤدي إلى تفاقم أعراض الصدفية رغم فائدتها المحتملة في الوقاية من الأضرار الضوئية، وهو ما أشار إليه [9].

مجلة صرمان للعلوم والتقنية
Surman Journal for Science and Technology
Vol 6, No.1.Jan – May. 2024
ISSN: Online (2790-5721) - Print (2790-5713)
Pages: 333 ~ 344
sjst.scst.edu.ly

وفيما يتعلق بالنمط الغذائي (الأشكال 11–13)، أظهرت النتائج أن غالبية المرضى يعتمدون على غذاء مختلط، مع انخفاض استهلاك الأسماك ومنتجات الألبان، وهي مصادر مهمة لفيتامين د، وتتفق هذه النتائج مع دراسة [2] التي أكدت أن الأنماط الغذائية الفقيرة بفيتامين د ترتبط بانخفاض مستوياته لدى مرضى الصدفية وزيادة شدة المرض.
وأوضحت نتائج مدة المرض (الشكل 14) أن أكثر من نصف المرضى يعانون من الصدفية منذ أقل من خمس سنوات، في حين أن (45%) تجاوزت مدة المرض لديهم خمس سنوات، وهو ما يشير إلى أن نقص فيتامين د قد يظهر مبكرًا ويزداد مع طول مدة المرض، كما ذكره [11].

كما أظهرت نتائج توقيت وشدة الإصابة (الأشكال 15 و16) أن غالبية المرضى يعانون من إصابات متأخرة ومتوسطة الشدة، وهو ما يتماشى مع الفرضية القائلة بأن نقص فيتامين د قد يسهم في زيادة شدة الصدفية نتيجة دوره في تنظيم تكاثر الخلايا الكيراتينية وتعديل الاستجابة المناعية [3].
وأخيرًا، أظهرت نتائج الشكل (17) أن غالبية المرضى يعانون من انخفاض واضح في مستويات فيتامين د، حيث تركزت النسب الأعلى في الفئات (5–10) و(10–20) نانوغرام/مل، وهي مستويات تُعد غير كافية، وتتفق هذه النتيجة مع العديد من الدراسات التي أكدت وجود علاقة عكسية بين مستويات فيتامين د وشدة الصدفية، حيث أشار [13] إلى أن نقص فيتامين د شائع بين مرضى الصدفية وقد يكون عاملًا مساهمًا في تطور المرض وليس مجرد نتيجة له.

الاستنتاجات

من خلال مناقشة النتائج توصلت الدراسة إلى استنتاجات وهي :
1- أظهرت النتائج أن الذكور شكّلوا النسبة الأعلى من أفراد العينة (60%) مقارنة بالإناث (40%)، مما يشير إلى انتشار أعلى للحالة المدروسة بين الذكور ضمن عينة البحث، كما تركزت الفئة العمرية الغالبة بين (36–40) سنة بنسبة (30%)، تلتها الفئتان (30–36) سنة و(40–46) سنة بنسبة متساوية (20%)، بينما كانت أقل فئة عمرية (18–24) سنة بنسبة (12.5%).
2- كشفت النتائج أن أكثر أنواع الصداف انتشارًا بين أفراد العينة هو النوع الثالث بنسبة (67.5%)، يليه النوع الثاني بنسبة (22.5%)، في حين سجل النوع الرابع أقل نسبة (2.5%).
أوضحت النتائج أن نسبة غير المدخنين (55%) تفوقت على المدخنين (45%)، مع ملاحظة تقارب النسب بين الفئتين.
3- بينت النتائج أن الغالبية العظمى من المرضى لديهم تاريخ مرضي سابق بنسبة (87.5%)، مقابل (12.5%) ليس لديهم تاريخ مرضي.
4- أظهرت النتائج أن (75%) من المرضى تعرضوا لأشعة الشمس المباشرة، في حين لم يتعرض لها (25%).
5- أوضحت النتائج أن غالبية المرضى (75%) لا يستخدمون مستحضرات التجميل، مقابل (25%) يستخدمونها، ويُرجح أن ذلك مرتبط بارتفاع نسبة الذكور في العينة.
5- بينت النتائج أن نسبة كبيرة من المرضى (87.5%) لا يستخدمون واقيات الشمس، مقابل (12.5%) فقط يستخدمونها.
6- أظهرت النتائج أن النظام الغذائي المختلط (نباتي–حيواني) هو الأكثر شيوعًا بين أفراد العينة بنسبة (70%)، بينما كان النظام النباتي الخالص الأقل انتشارًا بنسبة (5%).
7- كشفت النتائج أن غالبية المرضى (55%) لا يتناولون الأسماك، مقابل (45%) يتناولونها.
أوضحت النتائج أن (55%) من المرضى لا يتناولون الألبان، بينما (45%) يتناولونها.
8- أظهرت النتائج أن مدة الإصابة بالمرض أقل من خمس سنوات لدى (55%) من المرضى، مقابل (45%) مدة إصابتهم أكثر من خمس سنوات.
9- بينت النتائج أن (65%) من المرضى يعانون من ظهور الإصابات في مراحل متأخرة، مقابل (35%) ظهرت لديهم الإصابة مبكرًا.
10- أظهرت النتائج أن الإصابات المتوسطة كانت الأكثر شيوعًا بنسبة (45%)، تلتها الإصابات الخفيفة (30%)، ثم الإصابات الشديدة (25%).
11- كشفت النتائج أن غالبية المرضى يعانون من انخفاض مستوى فيتامين (د)، حيث كانت أعلى نسبة (35%) ضمن المدى (5–10)، تلتها نسبة (32.5%) ضمن المدى (10–20)، بينما كانت أقل نسبة (10%) ضمن المدى الطبيعي الأعلى (20–30).

التوصيات

من خلال عرض نتائج الدراسة تم التوصل إلى أبرز النتائج وهي :
1- إجراء فحوصات دورية للفئات العمرية المتوسطة، خاصة من هم في الفئة العمرية (30–46) سنة، لكونها الفئة الأكثر تأثرًا.
2- زيادة الاهتمام بتشخيص أنواع الصداف المختلفة، مع التركيز على النوع الثالث لكونه الأكثر انتشارًا.
3- أخذ التاريخ المرضي بشكل دقيق عند تشخيص المرضى، لما له من أهمية في وضع الخطة العلاجية المناسبة.
4- التعرض لأشعة الشمس والاستفادة منها بشكل صحي وآمن، مع تجنب التعرض المفرط.

5- توعية المرضى حول الاستخدام الآمن لمستحضرات التجميل، خاصة تلك التي قد تؤثر سلبًا على الجلد، والتوعية بأهمية استخدام واقيات الشمس، خاصة للمرضى المعرضين لأشعة الشمس المباشرة لفترات طويلة.
6- اتباع نظام غذائي متوازن غني بالعناصر الغذائية المفيدة، مع تقليل الاعتماد المفرط على اللحوم، زيادة استهلاك الأسماك الغنية بالأحماض الدهنية (أوميغا-3) لما لها من دور محتمل في تحسين الحالة الجلدية.
7- تشجيع تناول الألبان ومشتقاتها كمصدر مهم للكالسيوم وفيتامين (د)، أو تعويض ذلك بمكملات غذائية عند الحاجة، ومتابعة المرضى حديثي الإصابة بشكل منتظم للحد من تطور المرض وزيادة شدته.
8- توصي الدراسة بالكشف المبكر عن المرض لتقليل فرص ظهور الإصابات المتأخرة، ووضع خطط علاجية مناسبة حسب شدة الإصابة، مع التركيز على منع انتقال الحالات من المتوسطة إلى الشديدة.
9- قياس مستوى فيتامين (د) بشكل دوري وتعويض النقص من خلال التعرض الصحي للشمس أو المكملات الغذائية تحت إشراف طبي.

المراجـــــع

1. Armstrong, A. W., Harskamp, C. T., & Armstrong, E. J. (2014). The association between psoriasis and smoking: A systematic review and meta-analysis. Journal of the American Academy of Dermatology, 70(4), 634–642. https://doi.org/10.1016/j.jaad.2013.11.023
2. Barrea, L., Balato, N., Di Somma, C., Macchia, P. E., Napolitano, M., Savanelli, M. C., Colao, A., & Savastano, S. (2017). Nutrition and psoriasis: Is there any association between the severity of the disease and adherence to the Mediterranean diet? Journal of Translational Medicine, 13(1), 18. https://doi.org/10.1186/s12967-015-0382-6 .
3. Bikle, D. D. (2014). Vitamin D metabolism, mechanism of action, and clinical applications. Chemistry & Biology, 21(3), 319–329. https://doi.org/10.1016/j.chembiol.2013.12.016 .
4. Boehncke, W. H., & Schön, M. P. (2015). Psoriasis. The Lancet, 386(9997), 983–994. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)619097
5. Gelfand, J. M., Weinstein, R., Porter, S. B., Neimann, A. L., Berlin, J. A., & Margolis, D. J. (2005). Prevalence and treatment of psoriasis in the United Kingdom: A population-based study. Archives of Dermatology, 141(12), 1537–1541.
https://doi.org/10.1001/archderm.141.12.1537
6. Holick, M. F. (2007). Vitamin D deficiency. New England Journal of Medicine, 357(3), 266–281. https://doi.org/10.1056/NEJMra070553
7. Kimball, A. B., Jacobson, C., Weiss, S., Vreeland, M. G., & Wu, Y. (2010). The psychosocial burden of psoriasis. American Journal of Clinical Dermatology, 6(6), 383–392.
https://doi.org/10.2165/00128071-200506060-00005
8. Lowes, M. A., Suárez-Fariñas, M., & Krueger, J. G. (2014). Immunology of psoriasis. Annual Review of Immunology, 32, 227–255.
https://doi.org/10.1146/annurev-immunol-032713-120225 .
9. Menter, A., Korman, N. J., Elmets, C. A., Feldman, S. R., Gelfand, J. M., Gordon, K. B., Gottlieb, A., Koo, J. Y., Lebwohl, M., Lim, H. W., Van Voorhees, A. S., Beutner, K. R., Bhushan, R., & Guidelines of Care Task Force of the American Academy of Dermatology. (2010). Guidelines of care for the management of psoriasis and psoriatic arthritis. Journal of the American Academy of Dermatology, 62(1), 114–135. https://doi.org/10.1016/j.jaad.2009.08.026 .
10. Nestle, F. O., Kaplan, D. H., & Barker, J. (2009). Psoriasis. New England Journal of Medicine, 361(5), 496–509. https://doi.org/10.1056/NEJMra0804595 .
11. Orgaz-Molina, J., Buendía-Eisman, A., Arrabal-Polo, M. A., Ruiz, J. C., Arias-Santiago, S., & Serrano-Ortega, S. (2012). Deficiency of serum concentration of 25-hydroxyvitamin D in psoriatic patients: A case-control study. Journal of the American Academy of Dermatology, 67(5), 931–938. https://doi.org/10.1016/j.jaad.2011.10.044

12. Parisi, R., Symmons, D. P. M., Griffiths, C. E. M., & Ashcroft, D. M. (2013). Global epidemiology of psoriasis: A systematic review of incidence and prevalence. Journal of Investigative Dermatology, 133(2), 377–385. https://doi.org/10.1038/jid.2012.339
13. Wilson, P. B. (2013). Serum 25-hydroxyvitamin D status in individuals with psoriasis in the general population. Endocrine, 44(2), 537–539. https://doi.org/10.1007/s12020-013-9892-0
14. Wortsman, J., Matsuoka, L. Y., Chen, T. C., Lu, Z., & Holick, M. F. (2000). Decreased bioavailability of vitamin D in obesity. American Journal of Clinical Nutrition, 72(3), 690–693. https://doi.org/10.1093/ajcn/72.3.690