



Ключевые аспекты псориаза у детей

Е.В. Дворянкова¹, З.А. Невозинская², О.В. Ваал², М.И. Дениева³, И.М. Корсунская¹, С.Н. Чебышева⁴

¹ ФГБУН «Центр теоретических проблем физико-химической фармакологии» Российской академии наук; Россия, г. Москва

² ГБУЗ «Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии Департамента здравоохранения города Москвы»; Россия, г. Москва

³ ГБУ «Республиканский кожно-венерологический диспансер»; Россия, г. Грозный

⁴ ФGAOY BO «Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова» Министерства здравоохранения Российской Федерации (Сеченовский Университет); Россия, г. Москва

РЕЗЮМЕ

Цель обзора: осветить современные данные о псориазе для практикующих педиатров.

Основные положения. В работе приводятся актуальные эпидемиологические данные по распространенности псориаза у детей, на долю раннего дебюта псориаза приходится около 70% случаев. Среди факторов риска развития заболевания необходимо отметить генетические факторы, изменения в иммунной системе, инфекционные агенты, но также у детей в качестве триггера заболевания часто выступает стресс, а курение у подростков способствует развитию тяжелых форм псориаза. Клиническая картина у детей имеет свои особенности: бляшечный псориаз встречается реже, чем у взрослых. Однако псориаз волосистой части головы отмечается примерно у 79% маленьких пациентов. Терапия псориаза у детей имеет некоторые ограничения, но принципиально ничем не отличается от терапии в старшей возрастной группе.

Заключение. Поскольку псориаз связан со многими недерматологическими заболеваниями (нарушениями работы гепатобилиарной системы, болезнью Крона, сердечно-сосудистыми заболеваниями и др.), ранняя постановка верного диагноза способствует более тщательному обследованию пациентов на коморбидные состояния и их ранней диагностике. Стандартизированные рекомендации по лечению псориаза у детей отсутствуют. Поэтому им требуется дополнительное внимание не только дерматологов, но и педиатров, а также врачей смежных специальностей, работающих с детьми.

Ключевые слова: псориаз, патогенез, клиника псориаза у детей.

Вклад авторов: Дворянкова Е.В. — написание и редактирование статьи, Невозинская З.А. — сбор литературных данных, Ваал О.В. — подбор клинических случаев, Дениева М.И. — сбор литературных данных, Корсунская И.М. — создание концепции и редактирование статьи, утверждение рукописи для публикации; Чебышева С.Н. — сбор литературных данных о коморбидности.

Конфликт интересов: авторы заявляют об отсутствии возможных конфликтов интересов.

Для цитирования: Дворянкова Е.В., Невозинская З.А., Ваал О.В., Дениева М.И., Корсунская И.М., Чебышева С.Н. Ключевые аспекты псориаза у детей. Доктор.Ру. 2020; 19(10): 16–21. DOI: 10.31550/1727-2378-2020-19-10-16-21



Key Aspects of Paediatric Psoriasis

E.V. Dvoryankova¹, Z.A. Nevozinskaya², O.V. Vaal², M.I. Denieva³, I.M. Korsunskaya¹, S.N. Chebysheva⁴

¹ Centre for Theory of Physical and Chemical Problems in Pharmacology of the Russian Academy of Science; 30 Srednyaya Kalitkovskaya Str., Moscow, Russian Federation 109029

² Moscow Scientific and Practical Centre for Dermatovenereology and Cosmetology of the Moscow Department of Health; 17 Leningradsky Prosp., Moscow, Russian Federation 119071

³ National Dermatovenereologic Clinic; 17 Dudaev Blvd., Grozny, Russian Federation 366007

⁴ I.M. Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University) (a Federal Government Autonomous Educational Institution of Higher Education), Russian Federation Ministry of Health; 19 Bolshaya Pirogovskaya Str., Bldg. 1, Moscow, Russian Federation 119435

ABSTRACT

Objective of the Review: to present updated data on psoriasis for clinical pediatricians.

Key Points. The article presents updated epidemiological information on psoriasis prevalence in paediatric population; early onset of disease accounts for 70%. Risk factors include genetic predisposition, immune changes, infective agents; children may also have stress as a trigger;

Дворянкова Евгения Викторовна — д. м. н., ведущий научный сотрудник лаборатории молекулярно-генетических проблем дерматологии ФГБУН ЦТП ФХФ РАН. 109029, Россия, г. Москва, ул. Средняя Калитниковская, д. 30. eLIBRARY.RU SPIN: 9016-2400. <https://orcid.org/0000-0002-2458-419X>. E-mail: dvoryankova@mail.ru

Невозинская Зосия Анатольевна — к. м. н., врач-дерматолог ГБУЗ МНПЦДК ДЗМ. 119071, Россия, г. Москва, Ленинский пр-т, д. 17. <https://orcid.org/0000-0002-5913-9635>. E-mail: nezosia@mail.ru

Ваал Ольга Валентиновна — врач-дерматолог ГБУЗ МНПЦДК ДЗМ. 119071, Россия, г. Москва, Ленинский пр-т, д. 17. <https://orcid.org/0000-0001-8684-3233>. E-mail: olg-vaal@yandex.ru

Дениева Малика Ибрагимовна — к. м. н., врач-дерматовенеролог, аллерголог-иммунолог, заведующая дерматологическим отделением ГБУ «Республиканский кожно-венерологический диспансер». 366007, Россия, Чеченская Республика, г. Грозный, пр. Бульвар Дудаева, д. 17. E-mail: denieva54@mail.ru

(Окончание на с. 17.)

in teenagers, smoking can facilitate severe psoriasis. Clinical presentation in paediatric population has some distinctive features: in children, plaque psoriasis is less frequent than in adults. Still, psoriasis of the scalp is diagnosed in approx. 79% of children. Psoriasis therapy in children is limited, but it has much in common with psoriasis management in adults.

Conclusion. As psoriasis is associated with multiple non-dermatologic conditions (hepatobiliary disorders, Grohn's disease, cardiovascular diseases, etc.), early diagnosis facilitates more comprehensive examination of patients for comorbidities and early diagnostics. There are no standardised recommendations for psoriasis management in children. Therefore, paediatric patients require more attention not only from dermatologists, but from paediatricians and multidisciplinary paediatric teams.

Keywords: psoriasis, clinical presentations of psoriasis in children.

Contributions: Dvoryankova, E.V. — article preparation and review; Nevozinskaya, Z.A. — data collection from sources; Vaal, O.V. — clinical cases selection; Denieva, M.I. — data collection from sources; Korsunskaya, I.M. — article concept and proofing, approval of the manuscript for publication; Chebysheva, S.N. — collection of data on comorbidities from sources.

Conflict of interest: The authors declare that they do not have any conflict of interests.

For citation: Dvoryankova E.V., Nevozinskaya Z.A., Vaal O.V., Denieva M.I., Korsunskaya I.M., Chebysheva S.N. Key Aspects of Paediatric Psoriasis. Doctor.Ru. 2020; 19(10): 16–21. (in Russian). DOI: 10.31550/1727-2378-2020-19-10-16-21

Псориаз относится к хроническим воспалительным заболеваниям кожи. Однако многочисленные современные исследования часто демонстрируют связь псориазического процесса с поражениями других органов и систем.

Примерно треть клинических случаев псориаза — это болезнь у детей [1]. Тем не менее конкретных рекомендаций по диагностике и лечению псориаза у детей чрезвычайно мало. Однако раннее распознавание заболевания и выбор адекватной тактики терапии у таких пациентов являются весьма важными задачами — способствуют снижению либо даже предотвращению негативного влияния псориаза на качество жизни ребенка, его дальнейшее развитие и общее состояние здоровья.

Зачастую по поводу кожных высыпаний у ребенка родители обращаются к педиатру, особенно в населенных пунктах, где нет возможности оперативно проконсультироваться со специалистом-дерматологом. Поэтому данная статья может оказаться полезной для педиатров и помочь в ранней постановке верного диагноза у маленьких пациентов и в назначении адекватной терапии.

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

Как известно, псориаз является достаточно частым заболеванием, которым страдают примерно 1–3% населения во всем мире. Заболеваемость псориазом прогрессивно растет [2]. На его распространенность оказывают влияние сразу несколько факторов: генетические, экологические, возраст, пол, этническая принадлежность больного, место его проживания (климатический фактор, воздействие инсоляции).

По возрасту больного на момент дебюта выделяют два типа псориаза: для первого типа характерны наследственная предрасположенность и ранний дебют заболевания (до 25 лет), для второго типа — поздний дебют (после 40 лет) и отсутствие генетической предрасположенности. Многие авторы отмечают, что средний возраст начала заболевания составляет 28 лет [3]. Позднее начало болезни (в возрасте старше 60 лет) встречается у 3,2% пациентов, при этом она имеет более благоприятное течение [4]. Не обнаружено никаких доказательств, которые бы подтвердили гендерные различия в распространенности псориаза.

Средним возрастом начала псориаза у детей является период от 8 до 11 лет. Заболеваемость в возрастной группе 14–17 лет превышает в 1,8 раза аналогичный показатель среди взрослых [3]. При этом зависимость показателей заболеваемости псориазом от возраста в детской популяции не выявлена.

ПАТОГЕНЕЗ И ФАКТОРЫ РИСКА

Изучению патогенеза псориаза посвящены научные исследования многих авторов во всем мире, которые способствовали достижению значительных успехов в понимании патогенеза данного дерматоза. Согласно современным представлениям, в основе развития псориаза лежат нарушения реакций врожденного и адаптивного иммунитета, генетические изменения, а также ряд триггеров и факторов риска, которые играют важную роль в поддержании как системного воспаления, так и воспалительного процесса в коже.

Наследственная предрасположенность является одним из ведущих факторов в патогенезе псориаза, она влияет не только на механизмы развития заболевания, но и на его течение. Результаты популяционных исследований свидетельствуют о более высокой распространенности псориаза у родственников больных первой и второй линии родства, а также о пятикратном повышении риска развития заболевания по сравнению с таковым в общей популяции при наличии отягощенного семейного анамнеза. Особенно широко освещены в научной литературе данные о положительном семейном анамнезе именно детского псориаза. Так, около 30% маленьких пациентов имеют родственника первой линии, страдающего данным заболеванием [1].

Еще одним чрезвычайно важным фактором риска псориаза являются изменения со стороны иммунной системы. Согласно современным зарубежным и отечественным научным работам, нет никаких существенных различий между патогенетическими иммунными механизмами при взрослом и детском псориазе [1, 4, 5]. Считается, что взаимодействие между кератиноцитами и иммунными клетками, такими как дендритные клетки, различные подтипы Т-лимфоцитов (Th1, Th17, Th22), нейтрофилы и тучные клетки, а также экспрессия цитокинов ИФН- α , ИФН- γ , ФНО- α , ИЛ-17,

Корсунская Ирина Марковна (**автор для переписки**) — д. м. н., профессор, заведующая лабораторией молекулярно-генетических проблем дерматологии ФГБУН ЦТФ ФХФ РАН. 109029, Россия, г. Москва, ул. Средняя Калитниковская, д. 30. eLIBRARY.RU SPIN: 3335-2019. <https://orcid.org/0000-0002-6583-0318>. E-mail: marykor@bk.ru

Чебышева Светлана Николаевна — доцент кафедры детских болезней Клинического института детского здоровья имени Н.Ф. Филатова ФГАУ ВО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский Университет), к. м. н., доцент. 119435, Россия, г. Москва, ул. Большая Пироговская, д. 19, стр. 1. eLIBRARY.RU SPIN: 6248-823. <https://orcid.org/0000-0001-5669-4214>. E-mail: svetamma@gmail.com (Окончание. Начало см. на с. 16.)

ИЛ-20 и ИЛ-22, ответственны за развитие проявлений заболевания [1].

ИЛ-12 и ИЛ-23 — это ключевые цитокины, во многом влияющие на патогенез псориаза. ИЛ-12 относится к индукторам Th1, стимулирует секрецию ИФН- γ , обеспечивает оптимальное развитие Th1 [6]. В экспериментальных исследованиях ИЛ-12 активирует патогенные Th1, связанные с образованием псориазоподобных очагов.

С другой стороны, стимуляция с участием ИЛ-23 приводит к высвобождению Т-лимфоцитами ИЛ-17 и ИЛ-22 и, в меньшей степени, ИФН- γ . В исследованиях на животных внутрикожное введение ИЛ-23 вызывает каскад реакций, приводящих к гиперплазии эпидермиса с признаками паракератоза.

Недавние генетические исследования показали, что высокий риск формирования псориаза в значительной степени связан с полиморфизмами в аллелях гена *Il12b*, кодирующего общую субъединицу ИЛ-12 и ИЛ-23 — p40, и гена *Il23r*, кодирующего рецептор ИЛ-23 [6].

Все патогенетические механизмы псориаза реализуются под воздействием ряда провоцирующих факторов. Триггеры псориаза лучше изучены у взрослых больных, чем у детей. Тем не менее взрослые и дети имеют некоторые общие триггерные факторы.

Наиболее важными и распространенными триггерами псориаза являются инфекции. Главным образом, это носоглоточные и перианальные инфекции, вызванные группами А, С, G β -гемолитических стрептококков, способствующие дебюту и/или обострению каплевидного псориаза, а также других форм заболевания у детей и подростков

Другими общепризнанными триггерами псориаза становятся курение (особенно у подростков, способствующее более тяжелому течению заболевания), физический и эмоциональный стресс (наиболее значимый среди детей), повреждение кожного покрова в результате травмы, известное как феномен Кёбнера, прием некоторых лекарственных препаратов — НПВП, психотропных и противомалярийных средств, β -блокаторов.

Недавно установлена связь между ожирением и заболеваемостью псориазом у детей [7], что позволяет расценивать это состояние в качестве вероятного фактора риска развития данного дерматоза в детской популяции наряду со взрослой.

КЛИНИКА ПСОРИАЗА

С клинической точки зрения детский псориаз несколько отличается от взрослого.

Бляшечный псориаз является наиболее распространенной формой заболевания у детей, он поражает почти 70% больных, что существенно меньше, чем среди взрослых, у которых бляшечный псориаз встречается примерно в 90% случаев [2]. Эта форма характеризуется мономорфными эритематозными бляшками, покрытыми тонкими пластинчатыми чешуйками серебристого цвета, наиболее часто локализующимися на коже волосистой части головы с переходом на кожу лба, на лице, за ушными раковинами (рис. 1), вокруг и внутри пупочной ямки, на ягодицах и области прилегания подгузника.

Поражение волосистой части головы отмечается почти у 79% детей с псориазом, наиболее часто у девочек [4]. Указанная форма заболевания отличается появлением бляшек с толстыми адгезивными белыми чешуйками на волосистой коже головы, что может привести к временной потере волос, не оставляет рубцов. Как правило, псориаз у детей

дебютирует именно в этой области с развития ограниченных участков шелушения, что нередко может приводить к ошибкам в диагностике.

Псориатическая ониходистрофия (рис. 2) у детей развивается несколько реже, чем у взрослых, — в 39,2% случаев [1], наиболее часто у мальчиков. Псориатическое поражение ногтей у детей характеризуется возникновением бугристости на поверхности ногтевых пластин, изменением их цвета, появлением желтых и буроватых пятен, онихолизом, подногтевым гиперкератозом и продольными подногтевыми кровоизлияниями.

Каплевидный псориаз у детей наблюдается в 30% случаев [4, 5, 8]. Эта форма проявляется в виде возникновения мелких, диаметром менее 1 см, округлых или овальных папул лососевого цвета с шелушением на поверхности (рис. 3), преимущественно на коже груди, живота и спины. Как указывалось выше, развитию каплевидного псориаза у детей предшествует стрептококковая инфекция верхних дыхательных путей или перианальной области. Как правило, данная форма заболевания имеет достаточно тяжелое течение и ассоциируется с положительным семейным анамнезом.

Инверсный псориаз у детей наблюдается чаще, чем у взрослых, и характеризуется развитием эритематозных мацерированных толстых бляшек, обычно без шелушения на поверхности, на сгибательных и интертригинальных областях кожного покрова. Наиболее часто проявления заболевания локализируются в подмышечных впадинах

Рис. 1. Псориаз волосистой части головы.

Здесь и далее в статье фото авторов

Fig. 1. Psoriasis of the scalp. All photos in the paper courtesy of the authors



Рис. 2. Псориатическая ониходистрофия

Fig. 2. Psoriatic onychodystrophy

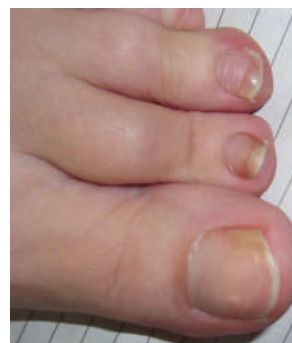


Рис. 3. Каплевидный псориаз
Fig. 3. Guttate psoriasis



и в паху. Нередко псориазные бляшки при инверсной форме осложняются вторичной инфекцией — кандидозной или стрептококковой, что может потребовать применения соответствующего дополнительного местного лечения.

Псориазная эритродермия у детей развивается редко, однако является серьезной и даже опасной для жизни формой заболевания. Псориазная эритродермия характеризуется поражением более 90% площади кожного покрова, генерализованной эритемой и инфильтрацией. Поражение кожи может сопровождаться лихорадкой, ознобом, недомоганием.

Диагностика псориаза у детей основывается на результатах клинического и физикального обследования. Особое внимание следует уделять семейному анамнезу и наличию потенциальных триггерных факторов, таких как недавнее перенесение инфекций, травм, прием лекарственных препаратов. При этом важно провести полный осмотр кожи, ногтевых пластин и видимых слизистых. При подозрении на вторичные бактериальные и грибковые инфекции также следует провести микроскопическое исследование соскобов с пораженных участков кожи.

Диагностически значимыми, помогающими установить верный диагноз симптомами являются феномен Кебнера (изоморфная реакция кожи), знак Ауспитца (возникновение точечного кровотечения после удаления чешуек кожи), появление вторичной пигментации после разрешения высыпаний на коже и изменения ногтевых пластин.

В связи с наличием высокой коморбидности псориаза, особенно с кардиометаболическими заболеваниями, дополнительно внимание следует уделять скринингу и мониторингу состояния внутренних органов и систем. У всех детей, страдающих псориазом, целесообразно контролировать вес и рост с расчетом ИМТ, а также липидный профиль, уровень глюкозы в крови натощак и показатели АД. При подозрении на стрептококковую инфекцию, особенно в случаях каплевидного псориаза, следует провести микроскопическое и/или культуральное исследование мазка со слизистой глотки и/или перианальной области.

Дифференциальная диагностика псориаза у детей в некоторых случаях представляет определенные сложности.

При постановке диагноза следует учитывать ряд воспалительных и/или инфекционных заболеваний кожи (табл.). Кроме этого, в последние годы сообщалось, что метилхлоризотиазолинон и метилизотиазолинон, входящие в состав влажных очищающих салфеток, могут вызывать псориазоподобный аллергический контактный дерматит у детей в околоротовой области или в области промежности [4, 8].

Таблица / Table

Дифференциальная диагностика детского псориаза
Differential diagnosis of paediatric psoriasis

Типы псориаза / Types of psoriasis	Дифференциальный диагноз / Differential diagnosis
Бляшечный псориаз / Plaque psoriasis	<ul style="list-style-type: none"> • Атопический дерматит / Atopic dermatitis; • нуммулярная экзема / nummular eczema; • отрубевидный лишай / tinea versicolor; • красный плоский лишай / lichen acuminatus; • болезнь Девержи / lichen ruber acuminatus; • микоз гладкой кожи / dermatomycosis
Псориаз волосистой части головы / Psoriasis of the scalp	<ul style="list-style-type: none"> • Атопический дерматит / Atopic dermatitis; • себорейный дерматит / seborrhoeic dermatitis; • микоз волосистой части головы / mycosis of the scalp
Псориаз ногтей / Nail psoriasis	<ul style="list-style-type: none"> • Онихомикоз / Onychomycosis; • красный плоский лишай / lichen acuminatus
Каплевидный псориаз / Guttate psoriasis	<ul style="list-style-type: none"> • Нуммулярная экзема / Nummular eczema; • розовый лишай / pityriasis rosea; • красный плоский лишай / lichen acuminatus; • болезнь Девержи / lichen ruber acuminatus; • микоз гладкой кожи / dermatomycosis; • вторичный сифилис / secondary syphilis
Инверсный псориаз / Inverse psoriasis	<ul style="list-style-type: none"> • Аллергический контактный дерматит / Allergic contact dermatitis; • себорейный дерматит / seborrhoeic dermatitis; • микоз гладкой кожи / dermatomycosis; • кандидоз / candidiasis; • импетиго / crusted tetter
Пустулезный псориаз / Pustular psoriasis	<ul style="list-style-type: none"> • Пиодермия / Pyodermatitis; • дисгидроз / dyshidrosis; • микоз гладкой кожи / dermatomycosis
Псориаз в аногенитальной области и на ягодицах / Anogenital and buttock psoriasis	<ul style="list-style-type: none"> • Аллергический контактный дерматит / Allergic contact dermatitis; • кандидоз / candidiasis

СОПУТСТВУЮЩИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Как известно, псориаз обладает высокой коморбидностью с заболеваниями внутренних органов. Заболевания сердечно-сосудистой системы и метаболический синдром — самые распространенные сопутствующие патологические состояния у больных псориазом. Более изучена указанная коморбидная патология у взрослых больных, однако имеются убедительные данные относительно развития гиперлипидемии, СД, АГ и ожирения у детей, причем частота их в 2 раза выше, чем среди относительно здоровых лиц той же возрастной категории [7].

Псориаз признан независимым фактором риска развития метаболического синдрома. В ходе небольшого исследования, проведенного S.C. Au и соавт. (2012) [9], продемонстрирована большая распространенность метаболического синдрома у детей с псориазом по сравнению с таковой в группе контроля (30% против 7,4% соответственно), однако статистически значимых различий в ИМТ у пациентов обеих групп не было. Таким образом, выявлено, что даже при наличии контроля веса и ИМТ у детей, страдающих псориазом, сохраняется тенденция к повышению уровней липидов крови и метаболическому синдрому.

Ожирение и центральное распределение подкожного жира также чаще встречаются у детей с псориазом, чем в общей популяции [4]. Кроме этого, наличие ожирения связано с большей активностью заболевания и тяжестью его течения [8].

Детский псориаз также может быть связан с различными аутоиммунными заболеваниями, такими как ювенильный идиопатический артрит (ЮИА) и болезнь Крона, которые имеются у детей с псориазом соответственно в 2 и 4 раза чаще, чем в общей популяции [6]. По данным объединенного регистра США и Канады Childhood Arthritis and Rheumatology Research Alliance, псориазический вариант ЮИА зарегистрирован у 5%, а по материалам немецкого регистра детей, получающих биологическую терапию, Biologics in Paediatric Rheumatology, в структуре ЮИА псориазический артрит составляет 7,4% [10, 11]. По сведениям многоцентрового регистра Союза педиатров России, в РФ доля псориазического артрита в общей структуре ЮИА — 0,4% [12]. По данным Московского регистра, среди пациентов с ЮИА у 1,5% наблюдается его псориазический вариант [13, 14].

ТЕРАПИЯ ПСОРИАЗА

В настоящее время отсутствуют международные стандарты лечения детского псориаза. Подходы к терапии схожи с таковыми у взрослых, однако остается недостаточным количество клинических наблюдений по эффективности и безопасности ряда препаратов, применяемых у детей. Лечение в первую очередь основывается на рекомендациях для взрослых, на публикациях с описанием клинических случаев, опыте применения препаратов при других заболеваниях в детском возрасте. Проводятся клинические исследования безопасности и эффективности биологических препаратов у детей с псориазом. Для выработки общих международных стандартов лечения требуется проведение многоцентровых проспективных международных исследований с целью оценки эффективности и профиля безопасности системной терапии у детей с псориазом [4].

При принятии решений о тактике лечения следует учитывать несколько аспектов, в том числе возраст пациента, тяжесть заболевания и его влияние на качество жизни, морфологию очагов поражения и их локализацию, предпочте-

ния больного и его семьи. Поскольку в большинстве случаев у детей наблюдается псориаз легкой и средней степени тяжести, наиболее широко используется местная терапия [15].

В своей практике мы отдаем предпочтение следующему алгоритму топической терапии. При локализации высыпаний на волосистой части головы у детей с 2 лет точно на очаги наносится лосьон или спрей, содержащий бетаметазон и 2%-ную салициловую кислоту (Белосалик). Для очагов на гладкой коже лучше использовать мазь с бетаметазоном и 3%-ной салициловой кислотой.

У детей младше 2 лет возможно применение только мазей, содержащих 0,05% алклометазона дипропионата или 0,05% бетаметазона дипропионата, в зависимости от локализации псориазического процесса. Если высыпания локализируются на коже лица и шеи, рекомендовано применение мази с нефторированным ГКС алклометазона дипропионатом (Афлодерм) в целях минимизации побочных эффектов в случае необходимости долгосрочной терапии. Перечисленные топические ГКС наносят 1 раз в сутки утром (или 2 раза в сутки в случае средней степени тяжести), а перед сном применяется смягчающее и увлажняющее средство Белобаза крем.

Бетаметазон оказывает влияние на все фазы воспаления. Противовоспалительное действие возможно за счет многих факторов. Главный из них — это ингибирование фосфолипазы А2 с дальнейшим угнетением синтеза таких провоспалительных медиаторов, как лейкотриены и простагландины. Кроме того, бетаметазон оказывает антипролиферативное действие и иммунодепрессивное, связанное со снижением активности В- и Т-лимфоцитов, а также с угнетением высвобождения цитокинов (ИФН- γ , ИЛ-2, ИЛ-1).

Салициловая кислота является актуальным кератолитическим средством, которое много лет используется для местного лечения псориаза. Салициловая кислота приводит к десквамации корнеоцитов двумя способами. При высоких концентрациях она снижает межклеточную сплоченность роговых клеток, растворяя межклеточный цементный материал, при низких — уменьшает pH рогового слоя, тем самым способствуя увлажнению и смягчению дермы.

Алклометазон дипропионат представляет собой нефторированный кортикостероид с умеренной активностью и высокой безопасностью. Проникая в дерму, активные метаболиты быстро подавляют воспалительную реакцию, при этом препарат обладает минимальной абсорбцией и лишен способности оказывать атрофогенное действие, в связи чем обычно назначается при локализации высыпаний на нежных участках кожи, таких как лицо, шея, и может применяться у детей с 6 месяцев.

Однако от применения ГКС в складках кожи по возможности лучше отказаться, учитывая повышенную абсорбцию кожи и высокий риск присоединения вторичной инфекции. Предпочтение стоит отдать увлажняющему средству с оксидом цинка. Он оказывает противовоспалительное, подсушивающее и антисептическое действие. Цинк участвует в синтезе коллагена, что, несомненно, влияет на скорость восстановления кожного барьера.

Эффективность монотерапии псориаза топическими ГКС не вызывает сомнений, однако нередко после отмены ГКС у пациентов может произойти рецидив. В связи с этим больным дополнительно назначаются увлажняющие средства (эмоленты) и во время основной терапии, и после ее окончания. Современные увлажняющие средства способны снизить количество рецидивов после окончания терапии ГКС и поддерживать полученные клинические результаты

лечения за счет восстановления и поддержания барьерной функции кожи, нарушенной при псориазе, и нормального уровня гидратации рогового слоя дермы [15].

Топические ГКС назначаются короткими курсами (до 3 недель), поскольку у детей сильнее абсорбция местных препаратов из-за более высокой способности проникать в кожу к массе тела, что делает их более уязвимыми, чем взрослые, для побочных эффектов. В среднем за 10–14 дней лечения ГКС удается достигнуть положительных результатов (рис. 4), позволяющих перейти на поддерживающую терапию увлажняющими средствами.

Системная терапия назначается детям только при тяжелом течении псориаза, сопровождающемся поражением суставов. Предпочтение отдается метотрексату в сочетании с гепатопротекторным средством. Препараты моноклональных антител редко назначаются в детском возрасте, в случаях неэффективности метотрексата. Системная терапия всегда сочетается с топическими препаратами или физиотерапией.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Псориаз — нечто большее, чем просто кожная болезнь. Это хроническое системное воспалительное неинфекционное заболевание, связанное с широким спектром сопутствующей патологии, которая должна учитываться при выборе тактики ведения пациента. Поскольку дети — не просто «маленькие взрослые», особую роль играют конкретные рекомендации по диагностике, ведению и лечению. Обучение самого пациента и его близких родственников уходу за кожей, правильному питанию и организации досу-

Рис. 4. До и через 14 дней терапии
Fig. 4. Prior and 14 days after therapy



га и учебы имеет большое значение для обеспечения более высокого качества жизни ребенка. Так как псориаз связан со многими недерматологическими заболеваниями (нарушениями работы гепатобилиарной системы, болезнью Крона, сердечно-сосудистыми заболеваниями и др.), ранняя постановка верного диагноза способствует более тщательному обследованию пациентов на коморбидные состояния и их ранней диагностике.

Несмотря на то что о детском псориазе известно уже многое, стандартизированные рекомендации по его лечению в данной возрастной группе отсутствуют. Поэтому таким детям требуется дополнительное внимание не только дерматологов, но и педиатров, а также врачей смежных специальностей, работающих с детьми.

ЛИТЕРАТУРА / REFERENCES

- Megna M., Napolitano M., Balato A. et al. Psoriasis in children: a review. *Curr. Pediatr. Rev.* 2015; 11(1): 10–26. DOI: 10.2174/1573400511666150504125456
- Boehncke W.-H., Schön M.P. Psoriasis. *Lancet.* 2015; 386(9997): 983–94. DOI: 10.1016/S0140-6736(14)61909-7
- Habashy J.; James W.D., ed. Psoriasis. URL: <http://emedicine.medscape.com/article/1943419-overview#a0101> (дата обращения — 15.10.2020).
- Адашкевич В.П., Катина М.А. Клинические особенности псориаза у детей и подростков. *Педиатрия (Приложение к журналу Consilium Medicum)*. 2018; 2: 83–8. [Adaskevich V.P., Katina M.A. Clinical peculiarities of psoriasis in children and adolescents. *Pediatrics (Supple Consilium Medicum)*. 2018; 2: 83–8. (in Russian)]. DOI: 10.26442/2413-8460_2018.2.83-88
- Silverberg N.B. Update on pediatric psoriasis. *Cutis.* 2015; 95(3): 147–52.
- James W.D., Berger T., Elston D. *Andrews' diseases of the skin: clinical dermatology.* Elsevier; 2015.
- Олисова О.Ю., Гаранян Л.Г. Коморбидности при псориазе. *Российский журнал кожных и венерических болезней.* 2016; 19(6): 346–8. [Olisova O.Yu., Garanyan L.G. Comorbidities in psoriasis. *Russian Journal of Skin and Venereal Diseases.* 2016; 19(6): 346–8. (in Russian)]. DOI: 10.18821/1560-9588-2016-19-6-346-3486.
- Bronckers I.M.G.J., Paller A.S., van Geel M.J. et al. Psoriasis in children and adolescents: diagnosis, management and comorbidities. *Pediatr. Drugs.* 2015; 17(5): 373–84. DOI: 10.1007/s40272-015-0137-18.

- Au S.C., Goldminz A.M., Loo D.S. et al. Association between pediatric psoriasis and the metabolic syndrome. *J. Am. Acad. Dermatol.* 2012; 66(6): 1012–3. OI: 10.1016/j.jaad.2011.11.935
- Beukelman T., Kimura Y., Ilowite N.T. et al. The new Childhood Arthritis and Rheumatology Research Alliance (CARRA) registry: design, rationale, and characteristics of patients enrolled in the first 12 months. *Pediatr. Rheumatol. Online J.* 2017; 15(1): 30. DOI: 10.1186/s12969-017-0160-6
- Horneff G., Klein A., Oommen P.T. et al. Update on malignancies in children with juvenile idiopathic arthritis in the German BIKER Registry. *Clin. Exp. Rheumatol.* 2016; 34(6): 1113–20.
- Алексеева Е.И. Ювенильный идиопатический артрит: клиническая картина, диагностика, лечение. *Вопросы современной педиатрии.* 2015; 14(1): 78–94. [Alexeeva E.I. Juvenile idiopathic arthritis: clinical picture, diagnosis, treatment. *Current Pediatrics.* 2015; 14(1): 78–94. (in Russian)]. DOI: 10.15690/vsp.v14i1.1266
- Севостьянов В.К., Жолобова Е.С., Мелик-Гусейнов Д.В. Структура ювенильного идиопатического артрита по данным регистра детей с ревматическими заболеваниями в Москве. *Рус. мед. журн. Медицинское обозрение.* 2017; 1: 6–10. [Sevostyanov V.K., Zholobova E.S., Melik-Huseynov D.V. Structure of juvenile idiopathic arthritis according to the register of children with rheumatic diseases in Moscow. *Rus. Med. J. Medical Review.* 2017; 1: 6–10. (in Russian)]
- Chebysheva S.N., Zholobova E.S., Aleksanyan K. et al. Psoriatic arthritis in children: characteristics of the clinical picture. *Georgian Medical News.* 2019; 289: 73–7.
- Napolitano M., Megna M., Balato A. et al. Systemic treatment of pediatric psoriasis: a review. *Dermatol. Ther. (Heidelb).* 2016; 6(2): 125–42. DOI: 10.1007/s13555-016-0117-6

Поступила / Received: 14.04.2020

Принята к публикации / Accepted: 15.10.2020