



Клинические особенности псориазического артрита в детском возрасте

С.Н. Чебышева, Н.А. Геппе, Е.С. Жолобова, К.В. Алексанян, А.В. Мелешкина, Д.В. Дагбаева

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

РЕЗЮМЕ

Цель исследования: представить обзор литературных данных по клинике и течению псориазического артрита (ПсА) у детей и сведения, полученные при обследовании пациентов с ПсА в Университетской клинической детской больнице Первого МГМУ им. И.М. Сеченова.

Дизайн: открытое проспективное исследование.

Материалы и методы. Проанализированы истории болезней 83 детей с ПсА в возрасте от 3 до 17 лет, находившиеся на обследовании и лечении в Университетской клинической детской больнице Первого МГМУ им. И.М. Сеченова с 1989 по 2019 г.

Результаты. Диагноз определенного ПсА был выставлен 59 (71%) детям, вероятного ПсА — 24 (29%); 44 (53%) ребенка заболели в возрасте до 6,5 года. У 24 (29%) больных заболевание началось с поражения кожи, а у 59 (71%) в дебюте наблюдался суставной синдром. Наиболее часто у пациентов из группы с определенным псориазом отмечался бляшечный псориаз, он выявлен у 45 детей (76,3%) из 59, каплевидный псориаз был у 8 (13,5%), изолированный псориаз ногтей — у 3 (5,1%), псориаз ладоней и стоп — у 3 (5,1%). Псориаз волосистой части головы имел место у 23 (39%) участников. У 8 (13,5%) пациентов кожный синдром характеризовался незначительной инфильтрацией и скудным шелушением.

У 18 (21,7%) детей из 83 наблюдалось сочетание поражения кожи с поражением ногтевых пластин. Псориазическая ониходистрофия выявлена у 19 (23%) человек (представлена онихолизисом, «масляным пятном» в области пальцев кистей и стоп), у 15 (18,1%) больных был симптом «наперстка».

В дебюте заболевания у 68,7% детей отмечался олигоартрикулярный, иногда асимметричный суставной синдром, у 18,1% — симметричный ревматоидоподобный вариант, у 13,2% — псориазический спондилит. Через 5 лет от начала наблюдения произошла трансформация суставного синдрома: у 41,2% пациентов диагностировался симметричный ревматоидоподобный артрит, у 24,1% — асимметричный олигоартрит, у 24,1% — спондилоартрит с поражением периферических суставов, у 10,8% — мутилирующий артрит.

Наиболее часто при ПсА поразились коленные, голеностопные, мелкие суставы кистей — 41%, 31,3%, 29% соответственно.

Заключение. Клиническая картина ПсА оказалась крайне вариабельной. У наших пациентов отсутствовал второй пик заболеваемости. Практически у трети детей кожные изменения предшествовали развитию артрита. В дебюте заболевания у большинства детей преобладал асимметричный олигоартрит. В дальнейшем наблюдалась трансформация суставного синдрома с превалированием симметричного ревматоидоподобного артрита.

Ключевые слова: дети, псориазический артрит, псориаз, ювенильный идиопатический артрит, Ванкуверовские диагностические критерии.

Вклад авторов: Чебышева С.Н. — разработка дизайна исследования, получение данных для анализа, написание текста рукописи; Геппе Н.А., Жолобова Е.С. — проверка критически важного содержания, утверждение рукописи для публикации; Алексанян К.В. — отбор материала для исследования, написание текста рукописи, обзор публикаций по теме статьи, обработка, анализ и интерпретация данных; Мелешкина А.В. — обработка, анализ и интерпретация данных, написание текста рукописи; Дагбаева Д.В. — отбор материала для исследования, обработка, анализ и интерпретация данных.

Конфликт интересов: авторы заявляют об отсутствии возможных конфликтов интересов.

Для цитирования: Чебышева С.Н., Геппе Н.А., Жолобова Е.С., Алексанян К.В., Мелешкина А.В., Дагбаева Д.В. Клинические особенности псориазического артрита в детском возрасте. Доктор.Ру. 2020; 19(10): 22–26. DOI: 10.31550/1727-2378-2020-19-10-22-26

Clinical Features of Psoriatic Arthritis in Children

S.N. Chebysheva, N.A. Geppe, E.S. Zholobova, K.V. Aleksanyan, A.V. Meleshkina, D.V. Dagbaeva

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

Study Objective: to present literature review of clinical parameters and course of psoriatic arthritis (PsA) in children, and results of PsA patients examination in University Clinical Children Hospital of I.M. Sechenov First Moscow State Medical University.

Study Design: open prospective study.

Чебышева Светлана Николаевна (**автор для переписки**) — 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

Геппе Наталья Анатольевна — д. м. н., профессор, заведующая кафедрой детских болезней Клинического института детского здоровья имени Н.Ф. Филатова ФГАУ ВО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский Университет). 119435, Россия, г. Москва, ул. Большая Пироговская, д. 19, стр. 1. eLIBRARY.RU SPIN: 9916-0204. <http://orcid.org/0000-0003-0547-3686>. E-mail: geppe@mail.ru

Жолобова Елена Спартаковна — профессор кафедры детских болезней Клинического института детского здоровья имени Н.Ф. Филатова ФГАУ ВО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский Университет), д. м. н., профессор. 119435, Россия, г. Москва, ул. Большая Пироговская, д. 19, стр. 1. <https://orcid.org/0000-0002-2835-2839>. E-mail: zholobova_1959@mail.ru

(Окончание на с. 23.)



Materials and Methods. We analysed medical records of 83 children with PsA aged 3 to 17 years who were examined and managed in University Clinical Children Hospital of I.M. Sechenov First Moscow State Medical University in 1989 – 2019.

Study Results. Confirmed PsA was diagnosed in 59 (71%) children, suspected PsA — in 24 (29%) children; 44 (53%) children got ill before they were 6.5 years old. In 24 (29%) patients, disease started with skin involvement; in 59 (71%) patients, articular syndrome was the first manifestation of disease. In the group of patients with confirmed psoriasis, the most common was plaque psoriasis: it was diagnosed in 45 (76.3%) out of 59 children; guttate psoriasis was found in 8 (13.5%) children, isolated nail plaque psoriasis — in 3 (5.1%) patients, and palm and foot psoriasis — in 3 (5.1%) children. Psoriasis of the scalp was diagnosed in 23 (39%) subjects. In 8 (13.5%) patients, skin syndrome was associated with mild infiltration and scant desquamation.

18 (21.7%) out of 83 children had skin involvement together with nail bed involvement. Psoriatic onychodystrophy was diagnosed in 19 (23%) children (onycholysis, “oil patches” on fingers and toes); 15 (18.1%) children had “thimble syndrome”.

On disease onset, 68.7% of children had oligoarticular, sometimes asymmetric articular syndrome; 18.1% had symmetric rheumatoid-like disease, 13.2% — psoriatic spondylitis. After 5 years of follow-up, articular syndrome transformed: 41.2% of patients had symmetric rheumatoid-like disease, 24.1% — asymmetric oligoarthritis, 24.1% — spondylarthritis with peripheral joint involvement, and 10.8% — arthritis mutilans.

Most commonly PsA affected knee, talocrural joints, small hand joints – 41%, 31.3%, 29%, respectively.

Conclusion. Clinical manifestations of PsA varied a lot. Our patients did not have a second peak. Almost one third of children had skin changes prior to arthritis development. Onset of disease was associated with asymmetric oligoarthritis prevalence. Later, articular syndrome changed, and symmetric rheumatoid-like disease prevailed.

Keywords: children, psoriatic arthritis, psoriasis, juvenile idiopathic arthritis, Vancouver diagnostic criteria.

Contributions: Chebysheva, S.N. — study design, collection of data for analysis, text of the manuscript; Geppe, N.A. and Zholobova, E.S. — review of critically important material, approval of the manuscript for publication; Aleksanyan, K.V. — selection of study materials; manuscript preparation; thematic publications reviewing; data processing, analysis and interpretation; Meleshkina, A.V. — data processing, analysis and interpretation; manuscript preparation; Dagbaeva, D.V. — selection of study materials; data processing, analysis and interpretation.

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

For citation: Chebysheva S.N., Geppe N.A., Zholobova E.S., Aleksanyan K.V., Meleshkina A.V., Dagbaeva D.V. Clinical Features of Psoriatic Arthritis in Children. Doctor.Ru. 2020; 19(10): 22–26. (in Russian). DOI: 10.31550/1727-2378-2020-19-10-22-26

ВВЕДЕНИЕ

Псориаз является распространенным хроническим рецидивирующим генетически детерминированным дерматозом мультифакториальной природы, характеризующимся гиперпролиферацией кератиноцитов и нарушением их дифференцировки, воспалительной реакцией в дерме, иммунными нарушениями и поражением кожи, ногтей, суставов и других органов [1].

Среди дерматологических больных 15–20% составляют лица с псориазом. Примерно у трети пациентов он проявляется в течение первых двух десятилетий жизни. Псориаз — один из наиболее распространенных хронических дерматозов детского возраста [2].

Частота встречаемости псориаза у детей составляет 0,5–2%, и по распространенности в детской популяции псориаз занимает второе место среди хронических дерматозов после atopического дерматита. Каждый год диагноз псориаза устанавливается в среднем у 20 тыс. детей младше 10 лет, при этом тенденция к увеличению заболеваемости в последние годы сохраняется [3].

Диагностика псориаза у детей остается трудной задачей из-за особенностей заболевания, так как клинические проявления в детской популяции могут различаться по локализации и морфологии в разных возрастных группах и отличаться от типичного клинического течения у взрослых [3].

Классические проявления псориаза — это эритематозные папулы, покрытые серебристыми чешуйками, которые сливаются в бляшки различной формы. Чаще всего поражается

кожа локтей, коленей, паховой области, пупка, волосистой части головы [2] (рис. 1). При постановке диагноза псориаза огромное значение имеют следующие симптомы: признак «стеарина» (при отторжении одной чешуйки появляется белое пятно из-за сухости и ломкости покрова) и признак Auspits (появление точечного кровотечения после соскабливания чешуйки слой за слоем из-за дермического папилломатоза).

При постановке диагноза также используют феномен Кёбнера — появление псориазических бляшек в местах наибольшей механической травматизации кожи.

Рис. 1. Наиболее частая локализация псориаза — кожа локтей. Здесь и далее в статье фото авторов
Fig. 1. Most common psoriasis location: elbow skin.
All photos in the paper courtesy of the authors



Алексян Карина Владимировна — врач-ревматолог Университетской клинической детской больницы ФГАУ ВО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский Университет). 119435, Россия, г. Москва, ул. Большая Пироговская, д. 19, стр. 1. <https://orcid.org/0000-0002-5339-8169>. E-mail: alex-karina@mail.ru

Мелешкина Ангелина Валерьевна — 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: 3498-9068. <http://orcid.org/0000-0002-4125-0335>. E-mail: meleshkina.angel@mail.ru

Дабгаева Дарима Владимировна — к. м. н., ассистент кафедры детских болезней Клинического института детского здоровья имени Н.Ф. Филатова ФГАУ ВО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский Университет). 119435, Россия, г. Москва, ул. Большая Пироговская, д. 19, стр. 1. eLIBRARY.RU SPIN: 8046-5993. <https://orcid.org/0000-0002-2954-3354>. E-mail: dagbaevadarima@mail.ru (Окончание. Начало см. на с. 22.)

Поражаются при псориазе и ногтевые пластинки. В начальной фазе появляется ряд канавок, обычно небольших, или ямок, захватывающих весь ноготь. В дальнейшем развивается фаза онихолизиса, когда ноготь выпадает из-за подлежащего гиперкератоза, частичного или тотального [2].

У 50–70% детей, заболевших псориазом до 16-летнего возраста, семейный анамнез отягощен по данному заболеванию, в то время как среди пациентов, у которых псориаз был выявлен в более зрелом возрасте, наследственность отягощена по псориазу только в 30% случаев. Отмечаются два пика заболеваемости псориазом у детей: первый — в возрасте 6–7 лет, второй (наибольший) — в 14–17 лет [3].

Считается, что особенностью детского псориаза является более редкое развитие артропатий и склонность к экссудативным проявлениям [3].

Псориатический артрит (ПсА) представляет собой хроническое воспалительное заболевание периферических суставов, суставов позвоночника и энтезисов, которое встречается у трети больных псориазом [4]. Если у взрослых заболевание относится к группе серонегативных спондилоартропатий, то у детей ПсА — к ювенильному идиопатическому артриту (ЮИА) по классификации ILAR (Durban, 1998, 2001). Взрослые заболевают ПсА в 3–4-й декаде жизни, пик заболеваемости у детей падает на пубертатный период и старший дошкольный возраст [4].

Среди взрослых мужчин и женщин это заболевание встречается с одинаковой частотой. Девочки страдают ПсА в 2 раза чаще, чем мальчики. На долю ПсА у детей приходится от 4% до 9% всех ювенильных артритов, впрочем, распространенность его крайне вариабельна.

Ж.М. Gelfand и соавт. указывают, что частота ПсА в общей популяции США составляет 0,25%, а среди больных с псориазом достигает 11% [5], по данным В.Ж. Prakken и соавт. — 3–10% [6]. Согласно объединенному регистру США и Канады Childhood Arthritis and Rheumatology Research Alliance, псориатический вариант ЮИА зарегистрирован у 5%, а по материалам немецкого регистра детей, получающих биологическую терапию, Biologics in Paediatric Rheumatology, среди больных ЮИА доля пациентов с ПсА — 7,4% [7, 8].

По данным многоцентрового регистра Союза педиатров России, в РФ ПсА занимает 0,4% в общей структуре ЮИА [9], а по сведениям Московского регистра, среди пациентов с ЮИА 1,5% имеют псориатический вариант [10]. В Университетской детской клинической больнице Первого МГМУ им. И.М. Сеченова это заболевание встречалось с частотой 6% [4].

Наиболее часто диагноз ювенильного ПсА выставляют, используя Ванкуверовские диагностические критерии ПсА (1989).

Определенный ювенильный ПсА выявляется при наличии:

- 1) артрита и типичной псориатической сыпи;
- 2) артрита и не менее трех из следующих малых признаков:
 - изменений ногтей (синдром «наперстка», онихолизис);
 - псориаза у родственников 1-й или 2-й степени родства;
 - псориазоподобной сыпи;
 - дактилита.

Вероятный ювенильный ПсА определяется при наличии артрита и хотя бы двух из малых признаков [6].

Цель настоящего исследования: представить обзор литературных данных по клинике и течению ПсА у детей и сведения, полученные при обследовании пациентов с ПсА в Университетской детской клинической больнице Первого МГМУ им. И.М. Сеченова (Сеченовского Университета).

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Под нашим наблюдением в ревматологическом отделении Университетской детской клинической больницы Первого МГМУ им. И.М. Сеченова в период с 1989 по 2019 г. находилось 83 пациента ПсА в возрасте от 3 до 17 лет.

Статистическая обработка результатов исследования проводилась с описательными величинами (с использованием программ MS Excel, Statistica 6.0): при соответствии данных нормальному распределению значения количественных признаков представляли в виде $M \pm \delta$, где M — среднее значение количественного признака, δ — среднеквадратичное отклонение. Качественные переменные представлялись в виде числа наблюдений и доли от общего числа пациентов.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Диагноз определенного ПсА был выставлен, согласно Ванкуверовским критериям, 59 (71%) пациентам, вероятного ПсА — 24 (29%). Практически у трети детей — 26 (31,3%) — наследственность отягощена по псориазу у родственников 1–2-й степени родства. Среди участников исследования преобладали пациентки — 50 (60,2%), что соответствует литературным данным, согласно которым данной патологией чаще страдают девочки [4].

Заболели в возрасте до 6,5 года 44 (53%) ребенка, что расходит с данными литературы о дебюте ПсА в пубертатный период [2]. Средний возраст начала заболевания составил $6,2 \pm 0,5$ года (минимальный — 4 месяца, максимальный — 15 лет); средняя длительность — $7,2 \pm 0,3$ года.

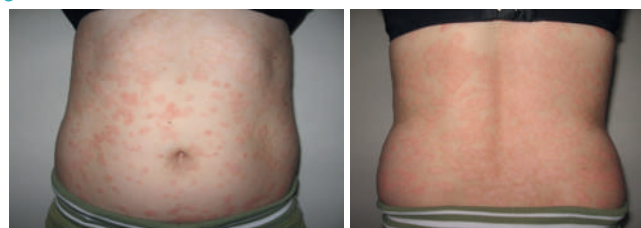
Считается, что у больных ПсА отсутствует четкая хронологическая зависимость между поражением кожи и суставов. Примерно у 75% пациентов поражение кожи предшествует развитию артрита, у 10–15% они возникают одновременно, однако еще в 10–15% случаев артрит развивается раньше псориаза [4, 6].

У 50% больных детей артрит предшествует появлению псориаза. Однако даже при наличии у ребенка симптомов псориаза врачи их нередко пропускают. В силу этого ювенильный ПсА часто расценивается как ЮИА, тем более что в большинстве случаев заболевание начинается с моно-, олигоартрита суставов кистей. У 40–80% детей процесс постепенно распространяется на другие суставы, хотя и в этом случае он может носить асимметричный характер [4, 6].

По нашим данным, у 24 (29%) больных заболевание началось с поражения кожи (поражение суставов у них развивалось в среднем через $2,4 \pm 0,3$ года), а у 59 (71%) в дебюте наблюдался суставной синдром (поражение кожи присоединилось в среднем через $4,5 \pm 0,8$ года), причем в обеих группах наблюдались две пациентки, одна из которых страдала артритом без кожных изменений (псориаз присоединился через 7 лет), а другая — псориазом без артрита в течение 7 лет.

Наиболее часто у пациентов из группы с определенным псориазом отмечался бляшечный псориаз (рис. 2),

Рис. 2. Бляшечный (вульгарный) псориаз
Fig. 2. Plaque (vulgar) psoriasis



он выявлен у 45 детей (76,3%) из 59, каплевидный псориаз был у 8 (13,5%), изолированный псориаз ногтей — у 3 (5,1%), псориаз ладоней и стоп — у 3 (5,1%). Псориаз волосяной части головы имел место у 23 (39%) участников. У 8 (13,5%) пациентов кожный синдром характеризовался незначительной инфильтрацией и скудным шелушением.

У 18 (21,7%) детей из 83 наблюдалось сочетание поражения кожи с поражением ногтевых пластин. Псориагическая ониходистрофия выявлена у 19 (23%) человек (представлена онихолизисом, «масляным пятном» в области пальцев кистей и стоп), у 15 (18,1%) больных был симптом «наперстка».

ПсА может начинаться постепенно, исподволь (первые симптомы: повышенная утомляемость, миалгии, артралгии, энтезопатии, потеря массы тела). Приблизительно у трети детей в дебюте заболевания отмечаются приступообразная резкая болезненность, отек и скованность в суставах, выраженная в утренние часы [4, 6].

У подавляющего большинства (80%) больных ПсА чаще проявляется артритом дистальных, проксимальных межфаланговых суставов пальцев рук, коленных суставов, реже — пястно- и плюснефаланговых, а также плечевых суставов [4, 6].

По нашим данным, в дебюте заболевания у 57 (68,7%) детей имел место олигоартикулярный, иногда асимметричный суставной синдром, причем процесс начинался с поражения голеностопных, коленных, проксимальных межфаланговых кистей и тазобедренных суставов, у 15 (18,1%) пациентов был симметричный ревматоидоподобный вариант и у 11 (13,2%) — псориагический спондилит.

Какие же суставы могут поражаться при ПсА? Считается, что любые, вплоть до височно-нижнечелюстных, но все же наиболее часто в процесс вовлекаются коленные, голеностопные, мелкие суставы кистей — 41%, 31,3%, 29% соответственно (табл.).

Таблица / Table

Частота поражения суставов у детей с псориагическим артритом
Incidence of joint involvement in children with psoriatic arthritis

Пораженные суставы / Affected joints	Количество детей / Children, n (%)
Осевое поражение скелета (шейный, грудной, поясничный отделы позвоночника) / Axial skeleton involvement (cervical, thoracic, lumbar spine)	6 (7,2)
Височно-нижнечелюстной сустав / Temporomandibular joint	1 (1,2)
Плечевые / Shoulder	6 (7,2)
Локтевые / Elbow	9 (10,8)
Лучезапястные / Radiocarpal	10 (12,1)
Мелкие суставы кистей / Small hand joints	24 (29,0)
Тазобедренные / Hip	8 (9,6)
Коленные / Knee	34 (41,0)
Голеностопные / Talocrural	26 (31,3)
Мелкие суставы стоп / Small foot joints	15 (18,1)
Энтезопатии / Enthesopathy	4 (4,8)

Наиболее распространено деление ПсА на пять классических форм:

- 1) асимметричный олигоартрит;
- 2) артрит дистальных межфаланговых суставов;
- 3) симметричный ревматоидоподобный артрит;
- 4) мутилирующий артрит;
- 5) псориагический спондилит [4, 6].

Классификация очень условна, формы заболевания нестабильны и могут со временем переходить одна в другую.

В 70% случаев ПсА проявляется асимметричным моно-, олигоартритом. Для ПсА свойственно также вовлечение в дебюте болезни так называемых суставов-исключений (межфалангового сустава I пальца и проксимального межфалангового — V пальца кисти). Особенностью ПсА является поражение всех суставов одного пальца — аксиальный, или осевой, артрит (рис. 3). Нередко при этом наблюдается тендовагинит сухожилий сгибателей, и палец приобретает характерный сосискообразный вид. Кожа над пораженными суставами может приобретать синюшную или цианотично-багровую окраску [6].

Артрит дистальных межфаланговых суставов — это наиболее типичное проявление ПсА, поэтому оно и выделяется в особую форму (рис. 4). Но такой изолированный процесс встречается крайне редко. В основном он сочетается с поражениями периферических суставов. Считается, что при этой форме заболевания поражаются ногтевые пластины.

У 5% пациентов с ПсА наблюдается симметричное ревматоидоподобное поражение пястно-фаланговых и проксимальных межфаланговых суставов кистей. В дебюте

Рис. 3. Осевой артрит. Сосискообразная деформация второго пальца стопы
Fig. 3. Axial arthritis. Sausage-shaped deformation of second toe



Рис. 4. Артрит дистальных межфаланговых суставов. Псориагическое поражение ногтевых пластин
Fig. 4. Distal digital joints arthritis. Psoriatic involvement of nail beds



заболевания, когда еще отсутствует кожный синдром, этот вариант легко перепутать с серонегативным полиартикулярным вариантом ЮИА [4, 6].

Мутилирующий (обезображивающий) артрит является своеобразной формой ПсА и проявляется тяжелым деструктивным артритом дистальных отделов конечностей, преимущественно пальцев кистей и стоп (рис. 5). В результате остеолиза пальцы укорачиваются, развивается их характерная деформация [6].

У 40% пациентов с ПсА происходит вовлечение в процесс позвоночника (псориатический спондилит), причем чаще сочетающееся с артритом периферических суставов. Если же этот вариант протекает изолированно, то по своей тяжести он может сравниться с ювенильным спондилоартритом.

В разгар заболевания (через 5 лет от начала наблюдения) у 34 (41%) из 83 пациентов диагностировался симметричный ревматоидоподобный артрит, у 20 (24,1%) — асимметричный олигоартрит, у 20 (24,1%) — спондилоартрит с поражением периферических суставов (голеностопных, коленных, межфаланговых), у 9 (10,8%) — мутилирующий артрит.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Подводя итог, мы можем сказать, что клиническая картина псориатического артрита оказалась крайне вариабельной. Среди наших больных превалировали девочки. У обследо-

Рис. 5. Мутилирующий артрит

Fig. 5. Arthritis mutilans



ванных детей отсутствовал второй пик заболеваемости, что отличается от данных других авторов.

Практически у трети детей кожные изменения предшествовали развитию артрита. В то же время, по литературным данным, кожный синдром предшествует суставному у 75% пациентов.

В дебюте заболевания у большинства пациентов преобладал асимметричный олигоартрит. В дальнейшем наблюдалась трансформация суставного синдрома с превалированием симметричного ревматоидоподобного артрита.

ЛИТЕРАТУРА / REFERENCES

1. Katsambas A., Lotti T., Dessinioti C. et al. *European handbook of dermatological treatments*. Springer; 2015. 1523 p.
2. Молочков В.А., Якубовская Е.С., Мылов Н.М. и др. Псориаз и псориатический артрит. Клиника, диагностика, лечение. М.: МОНИКИ; 2015. 26 с. [Molochkov V.A., Yakubovskaya E.S., Mylov N.M. et al. *Psoriasis and psoriatic arthritis. Clinical profile, diagnosis and management*. М.: МОНИКИ; 2015. 26 p. (in Russian)]
3. 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
4. Чебышева С.Н. Псориатический артрит. В кн.: Генне Н.А., Подчерняева Н.С., Лыскина Г.А., ред. *Руководство по детской ревматологии*. М.: ГЭОТАР-МЕДИА; 2011: 285–99. [Chebysheva S.N. *Psoriatic arthritis*. In: *Genpe N.A., Podchernyaeva N.S., Lyskina G.A., eds. A guide in paediatric rheumatology*. М.: GEOTAR-MEDIA; 2011: 285–99. (in Russian)]
5. Gelfand J.M., Gladman D.D., Mease P.J. et al. *Epidemiology of psoriatic arthritis in the population of the United States*. *J. Am. Acad. Dermatol.* 2005; 53(4): 573. DOI: 10.1016/j.jaad.2005.03.046
6. Prakken B.J., Martini A., Malattia C. *Juvenile idiopathic arthritis: pathogenesis and clinical aspects*. *EULAR Textbook on Paediatric Rheumatology*. Amsterdam; 2018: 24.
7. 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
8. 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.
9. 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
10. 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)]

Поступила / Received: 28.07.2020

Принята к публикации / Accepted: 31.08.2020