

ПСОРИАТИЧЕСКИЙ АРТРИТ У ДЕТЕЙ: СОВРЕМЕННАЯ ТЕРАПИЯ *(КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ)*

**Чичко А.М., Башлакова А.Н., Крылова-Олефиренко А.В.,
Бостынец А.А., Каптюг А.В., Каплун О.А.**

ПСОРИАЗ АРТРОПАТИЧЕСКИЙ

- Псориатический артрит (псориаз артропатический) ЮПсА – хроническое воспалительное заболевание суставов, позвоночника и энтезисов, которое может наблюдаться у больных с псориазом. При псориатическом артрите главным образом наблюдается воспаление периферических суставов (артрит), пальцев кистей и стоп (дактилит), энтезисов (энтезит), а также может наблюдаться воспаление в аксиальных структурах – телах позвонков (спондилит) и илиосакральных сочленениях (сакроилиит)
- **Классификация заболевания:**

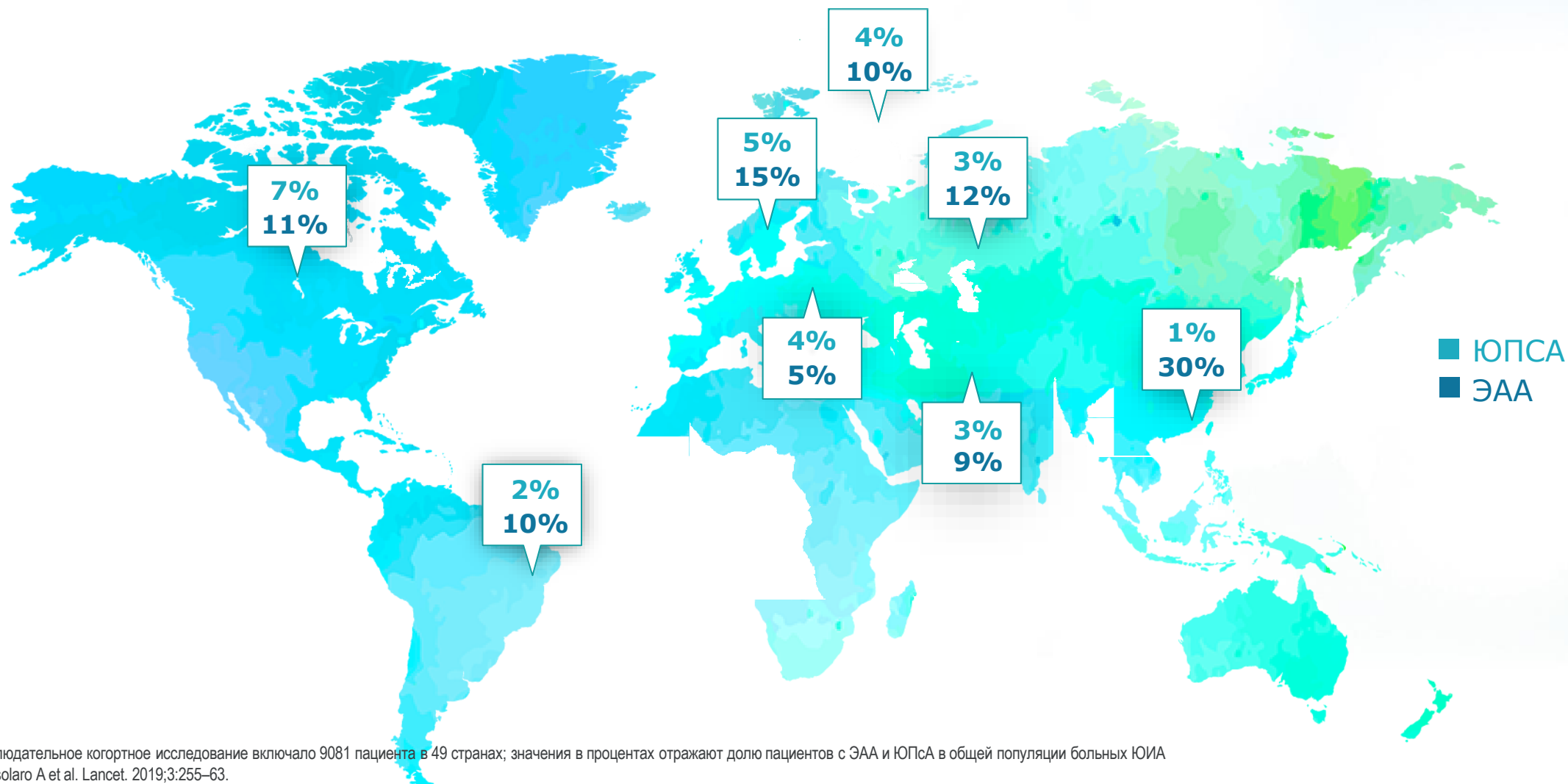
В настоящее время выделяют 5 клинических форм псориатического артрита:

- преимущественное поражение дистальных межфаланговых суставов кистей и стоп, дистальная форма (L40.5, M07.0);
- мутилирующий артрит (L40.5, M07.1);
- псориатический спондилит (L40.5, M07.2);
- асимметричный моно-олигоартрит (L40.5, M07.3);
- симметричный полиартрит, ревматоидоподобная форма (L40.5, M07.3)

ДОЛЯ ЭАА И ЮПСА В ОБЩЕЙ ПОПУЛЯЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ЮИА



Наблюдательное когортное исследование EPOCAота различается в зависимости от региона



Наблюдательное когортное исследование включало 9081 пациента в 49 странах; значения в процентах отражают долю пациентов с ЭАА и ЮПСА в общей популяции больных ЮИА
Consolaro A et al. Lancet. 2019;3:255–63.

ЭАА БОЛЕЕ РАСПРОСТРАНЕН, ЧЕМ ЮПсА

США И КАНАДА

★ **ЭАА и ЮПсА в совокупности:**¹

Распространенность:

6,71–8,9/100 000*

ЕВРОПА

★ **ЭАА и ЮПсА в совокупности:**¹

Распространенность: 4,89–6,5/
100 000*

★ **ЭАА:**²⁺

Распространенность: 4,9/100 000
Заболеваемость: 2,0/100 000

★ **ЮПсА:**²⁺

Распространенность: 1,3/100 000
Заболеваемость: 0,5/100 000

Показатели по ЭАА или ЮПсА могут быть занижены, поскольку по критериям 2001 ILAR они классифицируются как недифференцированный ЮИА.

*прогнозируемая популяция за 2025 г.: США — 66 829 693; Канада — 6 638 473. ЕС — 96 203 359. Предположительный нижний предел составляет 15 %, верхний — 20 % Распространенность ЮИА связана с подтипами ЭАА и ЮПсА.

†Для оценки распространенности в 2010 г. был выполнен поиск по заболеваемости или распространенности ювенильного идиопатического артрита в базе данных Medline

1. Schanberg LE et al. Arthritis Rheumatol. 2019;71:1976–84; 2. Thierry S et al. Joint Bone Spine. 2014;81:112–7

НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ЮПСА

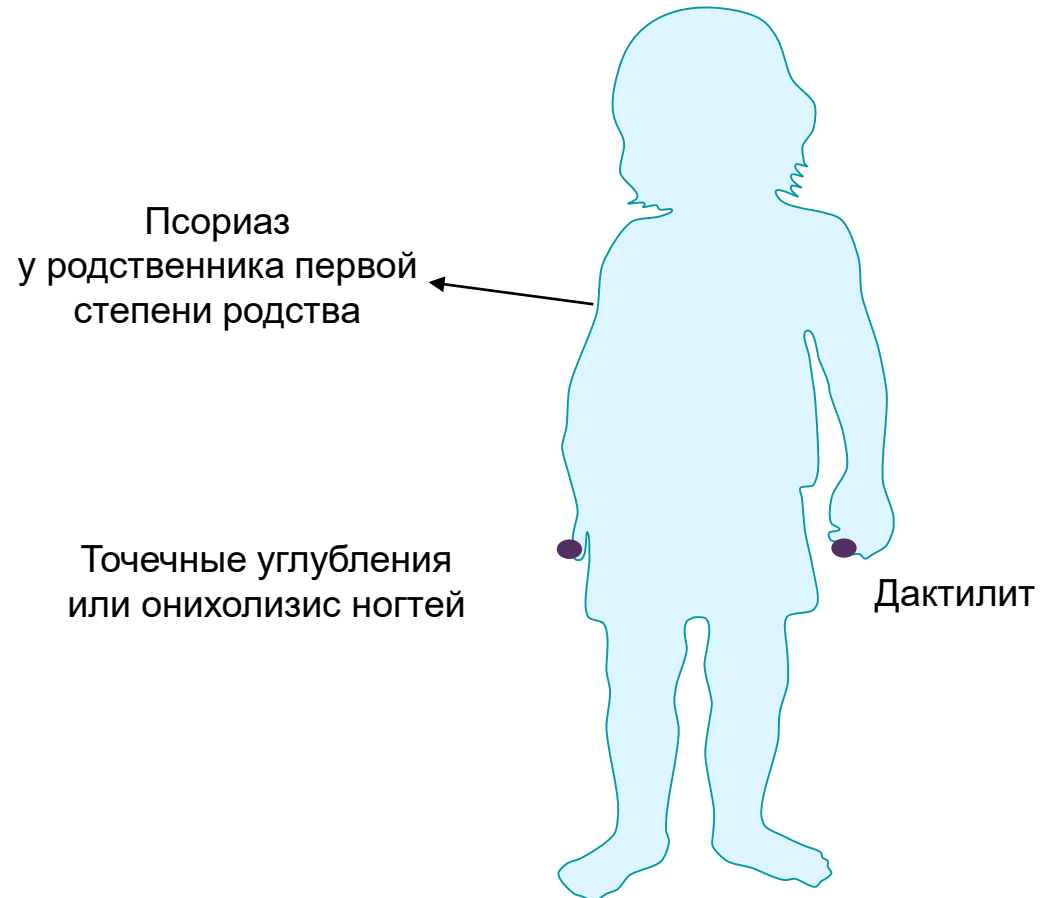
Согласно данным регистра CARRA

Мальчики (%)	35,3%
Возраст манифестации/постановки диагноза, лет	8.29 ± 4.65
Семейный анамнез псориаза	32,3%
Псориаз	68,5%
HLA B-27	10%
Активное воспаление илиосакральных сочленений	28,6%
Энтезиты (%)	30,1%
Увеиты (%)	11,4%
Изменение ногтя	34,1%
Дактилиты (%)	29,4%



КЛАССИФИКАЦИОННЫЕ КРИТЕРИИ ЮПСА ILAR 2004

Артрит* и псориаз ИЛИ артрит и по меньшей мере 2 фактора из следующих:¹



1. Petty RE et al. J Rheumatol. 2004;31:390–2; 2. Aggarwal R et al. Arthritis Care Res. 2015;67:891–7.

ОЦЕНКА КЛИНИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ ПСОРИАТИЧЕСКОГО АРТРИТА

- **Оценка поражения кожи** индексами - PASI, BSA(Body Surface Area), и дерматологическим индексом качества жизни(DLQI, Dermatology Life Quality Index)
 - **Поражение ногтей** - NAPSI(Nail Psoriasis Severity Index)
 - **Периферические артриты** - ЧБС(число болезненных суставов)
ЧПС(число припухших суставов)
DAS 28(Disease Activity Score)
DAPSA(Disease Activity for Psoriatic Arthritis)
LEI(Leeds Dactylitis Index)
- Энтезит**
- Поражение позвоночника** BASDAI (the BathAS Disease Activity)

ОПРОСНИК ПО ОЦЕНКЕ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ

- Псориаз и ПсА негативно влияют на качество жизни, не только в физическом, но и в психоэмоциональном.
- Европейским альянсом ассоциации ревматологов был разработан опросник PsAID (Psoriatic Arthritis Impact of Disease), который включает 9 или 12 вопросов, касающихся выраженности боли, тревоги, усталости, трудоспособности, нарушения сна, социальной активности.
- Эксперты группы GRAPPA (Group for Research and Assessment of Psoriasis and Psoriatic Arthritis) рекомендуют подсчет SF - 36 для отражения общего уровня функционирования. Позволяет оценить несколько аспектов качества жизни человека: физическое, ролевое, социальное функционирование, телесную боль, общее состояние здоровья, жизненную активность и психическое здоровье. SF - 36 можно использовать при коморбидных заболеваниях.

ГРАДАЦИИ КЛИНИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ ПСОРИАТИЧЕСКОГО АРТРИТА

Клинические категории	низкая	умеренная	высокая
Периферический артрит	Число болезненных суставов или число припухших суставов < 5 Отсутствуют рентгенологические деструкции и функциональные нарушения. Минимальные нарушения качества жизни	Число болезненных суставов или число припухших суставов ≥ 5 Единичные рентгенологические деструкции, умеренные функциональные нарушения. Умеренное нарушение качества жизни	Число болезненных суставов или число припухших суставов ≥ 5 Распространенные рентгенологические деструкции и выраженные функциональные нарушения Выраженное нарушение качества жизни Отсутствие ответа на стандартную терапию
Поражение позвоночника	Слабая боль в позвоночнике. Отсутствуют функциональные нарушения	Выраженная боль в позвоночнике BASDAI > 4, функциональные нарушения	Выраженная боль в позвоночнике BASDAI > 4, Отсутствие ответа на стандартную терапию.
Энтезит	Вовлечены 1–2 точки энтезов. Нет ухудшения функции	Вовлечены > 2 точек энтезов или ухудшение функции	Вовлечены > 2 точек энтезов или ухудшение функции и отсутствие ответа на стандартную терапию
Дактилит	Незначительная боль или отсутствие боли. Нормальная функция	Эрозии суставов или ухудшение функции	Эрозии суставов, отсутствие ответа на стандартную терапию

Для того чтобы улучшить исходы у пациентов ЮПсА, необходимо решить ключевые проблемы



Необходимо раннее начало эффективного лечения^{1,2}



Нужно устранить задержки в назначении ГИБП³⁻⁵



Требуются новые варианты ГИБП:⁶⁻¹⁰
• Несмотря на лечение, у пациентов наблюдается высокая активность заболевания



Нужны дополнительные данные, доказывающие долгосрочную безопасность и эффективность лечения^{11,12}

ГИБП — генно-инженерные биологические препараты

1. Hinze C et al. *Nat. Rev. Rheumatol.* 2015;11:290–300;
2. Minden K et al. *Arthritis Care Res (Hoboken)*. 2019;71:471–81;
3. Consolaro A et al. *Lancet*. 2019;3:255–63;
4. Davies R et al. *Semin Arthritis Rheum*. 2016;46:190–5;
5. Beukelman T et al. *J Rheumatol*. 2012;39:1867–74;
6. Brunner I et al. *Arthritis Rheum*. 2020; doi:10.1002/art.41390;
7. Glerup M et al. *Arthritis Care Res*. 2020;72:507–16;
8. Donnithorne K et al. *J Rheumatol*. 2011;38:2011;38:2675–81;
9. Otten MH et al. *J Rheumatol*. 2011;38:2258–63;
10. Minden K et al. *Arthritis Care Res (Hoboken)*. 2019;71:471–81;
11. Schanberg LE et al. *Arthritis Rheumatol*. 2019;71:1976–84;
12. Swart J, et al. *Arthritis Res Ther*. 2018;20:285.

ФАРМАКОТЕРАПИЯ ПСОРИАТИЧЕСКОГО АРТРИТА

- **Приоритетная задача терапии ПсА** – достижение ремиссии.
- **Основные цели терапии ПсА:**- снижение активности воспалительного процесса,
- уменьшение степени выраженности основных симптомов болезни;
 - предотвращение прогрессирования заболевания,
 - замедление деструктивных процессов в суставах;
 - улучшение функционального состояния пациентов;
 - купирование системных проявлений;
 - улучшение состояния кожи.

Для лечения больных с псориатическим артритом применяют нестероидные противовоспалительные препараты, глюкокортикоиды, вводимые внутрисуставно либо периартикулярно, системную иммуносупрессивную терапию, которая подразделяется на стандартную болезнь-модифицирующую терапию (так называемые «стандартные базисные средства»). Метотрексат рассматривается как препарат первой линии при ПсА. Рекомендуется начинать прием метотрексата с дозы 10–15 мг/нед. с увеличением по 5 мг каждые 2–4 недели (не более 25 мг/нед.) в зависимости от эффективности и переносимости. Генно-инженерную биологическую терапию. При псориатическом артрите эффективность лечения рекомендуется оценивать каждые 3–6 месяцев, решение об изменении или продолжении лечения принимается в зависимости от достижения ремиссии или минимальной активности псориатического артрита.

ГЕНО-ИНЖЕНЕРНЫЕ БИОЛОГИЧЕСКИЕ ПРЕПАРАТЫ (ГИБП)

- Эксперты группы GRAPPA рекомендуют **опережающую терапию** у больных со среднетяжелым и тяжелым ПсА или при наличии специфических признаков (энтезит). Согласно рекомендациям EULAR, коррекцию лечения следует осуществлять через 3 мес. наблюдения при отсутствии клинического ответа.

Ингибирование биологических каскадов ключевых цитокинов, участвующих в патогенезе псориаза и псориатического артрита (ФНО-альфа, ИЛ-17, ИЛ-23), позволяет достичь значительного эффекта в отношении клинических проявлений ПсА и замедлить прогрессирование эрозивного процесса в суставах.

Ингибитор ФНО-альфа - этанерцепт (полностью димерный белок человека, состоящий из Fc части человеческого IgG1, связанного с внеклеточным лигандсвязывающим доменом рецептора ФНО p75). Доза препарата **0,8 мг/кг** 1 раз в неделю, но не более **50 мг/нед.**

Разработан ряд новых ЛС, ингибирующих ИЛ-12 и ИЛ-23 (устекинумаб), ИЛ-17А (секукинумаб, иксекизумаб), рецептор ИЛ-17А (бродалумаб) и ИЛ-23 (гуселкумаб и тилдракизумаб), которые в контролируемых клинических испытаниях показали высокую эффективность в лечении псориаза и ПсА.

Ингибитора ИЛ-17 секукинумаба (препарат козэнтикс) в дозе **75 мг** для пациентов с ¹² массой тела < 50 кг, и **150 мг** для пациентов с массой тела ≥ 50 кг в виде п/к инъекции на 0, 1, 2 и 3 неделе с последующим ежемесячным введением в качестве

АЛЕКСАНДР Л., 10.07.2009 (16 ЛЕТ) ДЕБЮТ ЗАБОЛЕВАНИЯ:



Из анамнеза:

Наблюдается по поводу псориаза с **2023** г (получал **местное** лечение).

04.04.2025 г обратился в приемное отделение 2-й ГДКБ с жалобами на боль и отечность 1,2 ПФС правой кисти, проксимального МФС 3 пальца правой кисти в течение 2 недель, скованность движений в суставах до 1 часа.

Консультирован в консультативном кардиологическом кабинете.

Объективно: Кожные покровы обычной окраски, на разгибательной поверхности предплечий, волосистой части головы, голнях (больше по передней поверхности) **псориатические элементы, сливные, ярко-красные с массивным пластинчатым шелушением**, видимые слизистые чистые.

АЛЕКСАНДР Л., 10.07.2009 (16 ЛЕТ)

ДЕБЮТ ЗАБОЛЕВАНИЯ:

- Рост 170 см, вес 68 кг, ИМТ 23.5. АД 100/60 мм.рт.ст. Т 36.5 С.
- Тоны сердца ритмичные, ЧСС 76/мин. В легких везикулярное дыхание, ЧД 18/мин. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка у края реберной дуги. Мочеиспускание свободное. Стул регулярный. Отеков нет.
- **St. localis**: отечность 1,2 ПФС правой кисти, проксимального МФС 3 пальца правой кисти, 2 ПФС левой кисти, движения ограничены, болезненны, отечность правого коленного сустава, левого голеностопного сустава, движения сохранены, дактилит 1 и 5 пальцев левой стопы, другие суставы внешне не изменены, движения в полном объеме, безболезненны. Область крестцово-подвздошных сочленений внешне не изменена, при пальпации безболезненна.
- Мышечная сила **снижена** в правой кисти.
- **Походка**: при ходьбе на пятках **прихрамывает** на левую ногу.
- **Семейный анамнез**: у матери саркоидоз, узловатая эритема
- С 07.04.2025 госпитализирован в педиатрическое отделение №2 (для кардиологических больных) УЗ «2-я ГДКБ) с диагнозом: Псориатический артрит?

ДАННЫЕ ЛАБОРАТОРНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ

04.2025 г.

ОАК: СОЭ 12 мм/ч, эр.
4.98, гемоглобин 143
г/л, лейкоц. 8.12,
формула б/о, тромбоц.
295.

БАК: СРБ 7.2 г/л, РФ
4.9, мочевина 2.49,
креатинин 62, АСТ 29,
АЛТ 62.



04.2025 г.

Анализ крови
на ВЭБ, ВПГ,
ЦМВ,
иерсиниоз
11.04.2025:
отриц.

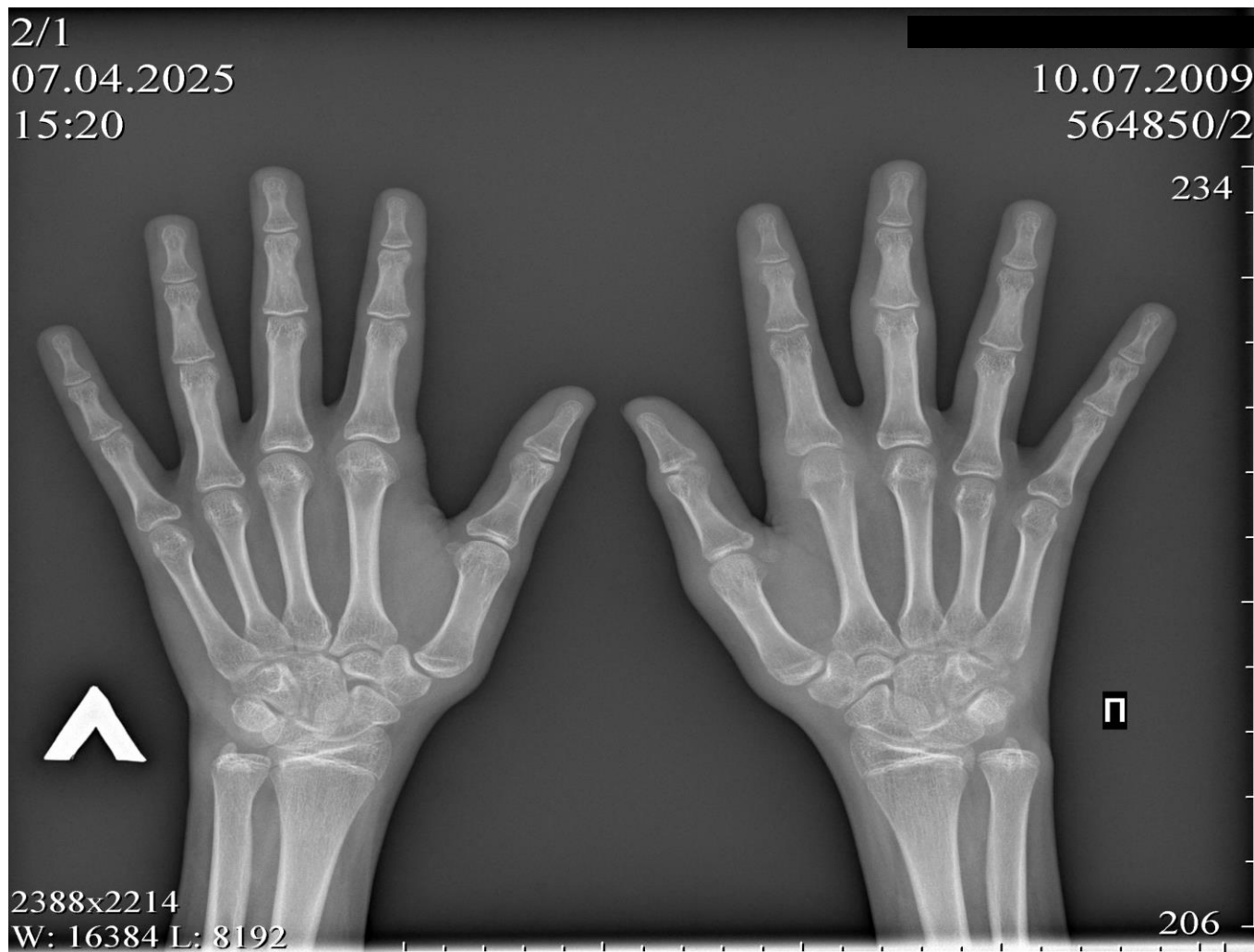
HLA- B27
08.04.25 –
выявлен



ревматоидный
фактор и
антитела к
циклическому
цитрулиновому
пептиду (анти-
ССР) отриц.



РЕНТГЕНОГРАФИЯ КИСТЕЙ



07.04.2025



Заключение:

Р кистей: Слева костно-деструктивных изменений не выявлено. Справа: утолщение мягких тканей в области 1 ПФС, 1МФС, утолщение мягких тканей 2,4 пальцев, значительное утолщение мягких тканей в области ПМФС 3 пальца и ПМФС 2 пальца. Размытость кортикального слоя головки средней фаланги 2 пальца с начальными **явлениями краевой эрозии**. Кортикальный слой головки 2 пястной кости значительно размыт с формированием штрихпунктирного дефекта (ранний признак субкортикальных эрозий), **наличие краевых эрозий**. Признаки слабовыраженной периостальной реакции проксимальной и средней фаланг 2 пальца, средних фаланг 3,4 пальца. Высота суставных щелей в целом не изменена.

Рентгенологически признаки эрозивного артрита 2 ПФС, 2 ПМФС правой кисти.

УЗИ

14.04.2025

- **УЗИ ЩЖ:** Эхоструктурной патологии не выявлено. Эхоскопически общий объем железы соответствует возрастной норме.

14.04.2025

- **УЗИ ОБП,** почек: Эхоскопически гепатоспленомегалия. Желчный пузырь без видимых эхоструктурных изменений. Диффузные изменения паренхимы поджелудочной железы. Эхоструктурной патологии со стороны почек не выявлено. Область надпочечников без особенностей.

14.04.2025

- **УЗИ тазобедренных, голеностопных, лучезапястных суставов:** эхоструктурно без патологии.

MPT

18.04.2025

MR-признаки минимально
выраженного внутрикостного отека
справа в боковой массе крестца (в
сочетании с неравномерностью
ширины суставной полости и
единичными субхондральными
кистами боковой массы крестца
справа).



АЛЕКСАНДР Л., 10.07.2009 (16 ЛЕТ)

ДЕБЮТ ЗАБОЛЕВАНИЯ:



Осмотр дерматолога 11.04.2025:

Распространенный экссудативный псориаз, прогрессирующая стадия, недифференцированная форма.



Осмотр окулиста 14.04.2025: Миопия слабой степени.

ДИАГНОЗ (04.2025)



Основной:

Юношеский артрит при псориазе [M09.0]

Псориатический артрит, полиартикулярный вариант, дактилит 1 и 5 пальца левой стопы, правосторонний сакроилит, серонегативный по РФ, HLAB27 ассоциированный, активность - умеренная по DAS28, рентген стадия II, ФК II. Распространенный экссудативный псориаз, прогрессирующая стадия, недифференцированная форма.



Сопутствующий:

Миопия слабой степени OU. Меланоформный невус

ОБОСНОВАНИЕ ДЛЯ НАЗНАЧЕНИЯ СЕКУКИНУМАБА



Распространенный экссудативный псориаз;



Полиартикулярное поражение;



Высокая активность заболевания.



Препаратом выбора является ингибитор-ИЛ17 Секукинумаб

РЕЖИМ ДОЗИРОВАНИЯ ПРЕПАРАТА СЕКУКИНУМАБ У ДЕТЕЙ С ЮИА

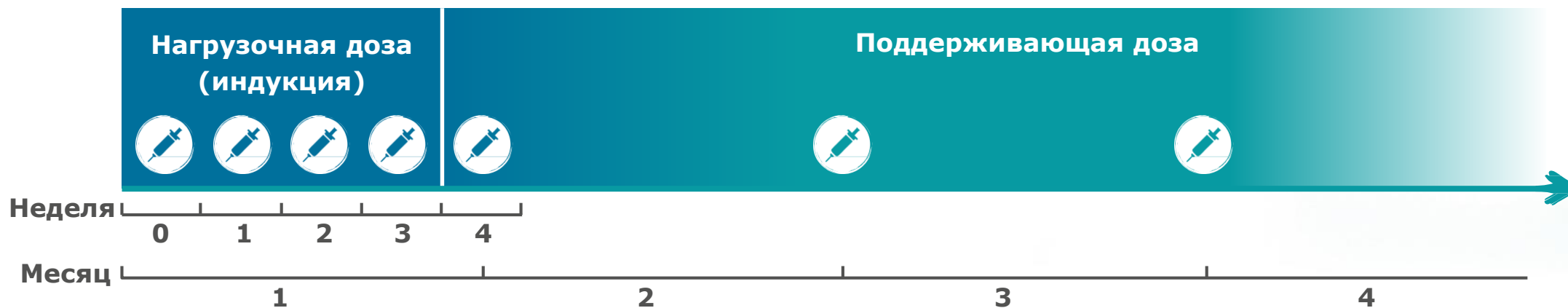
Лечение ЮИА (энтезит-ассоциированный артрит и ювенильный псориатический артрит) у детей старше 6 лет)

Рекомендуемая доза зависит от массы тела и составляет

75 мг для пациентов с массой тела < 50 кг, и **150 мг** для пациентов с массой тела ≥ 50 кг в виде п/к инъекции на 0, 1, 2 и 3 неделе с последующим ежемесячным введением в качестве поддерживающей дозы, начиная с 4 недели.

Каждую дозу **75мг** вводят в виде одной п/к инъекции.

Каждую дозу **150 мг** вводят в виде одной п/к инъекции.



АЛЕКСАНДР Л., 10.07.2009 (16 ЛЕТ) ДЕБЮТ ЗАБОЛЕВАНИЯ:



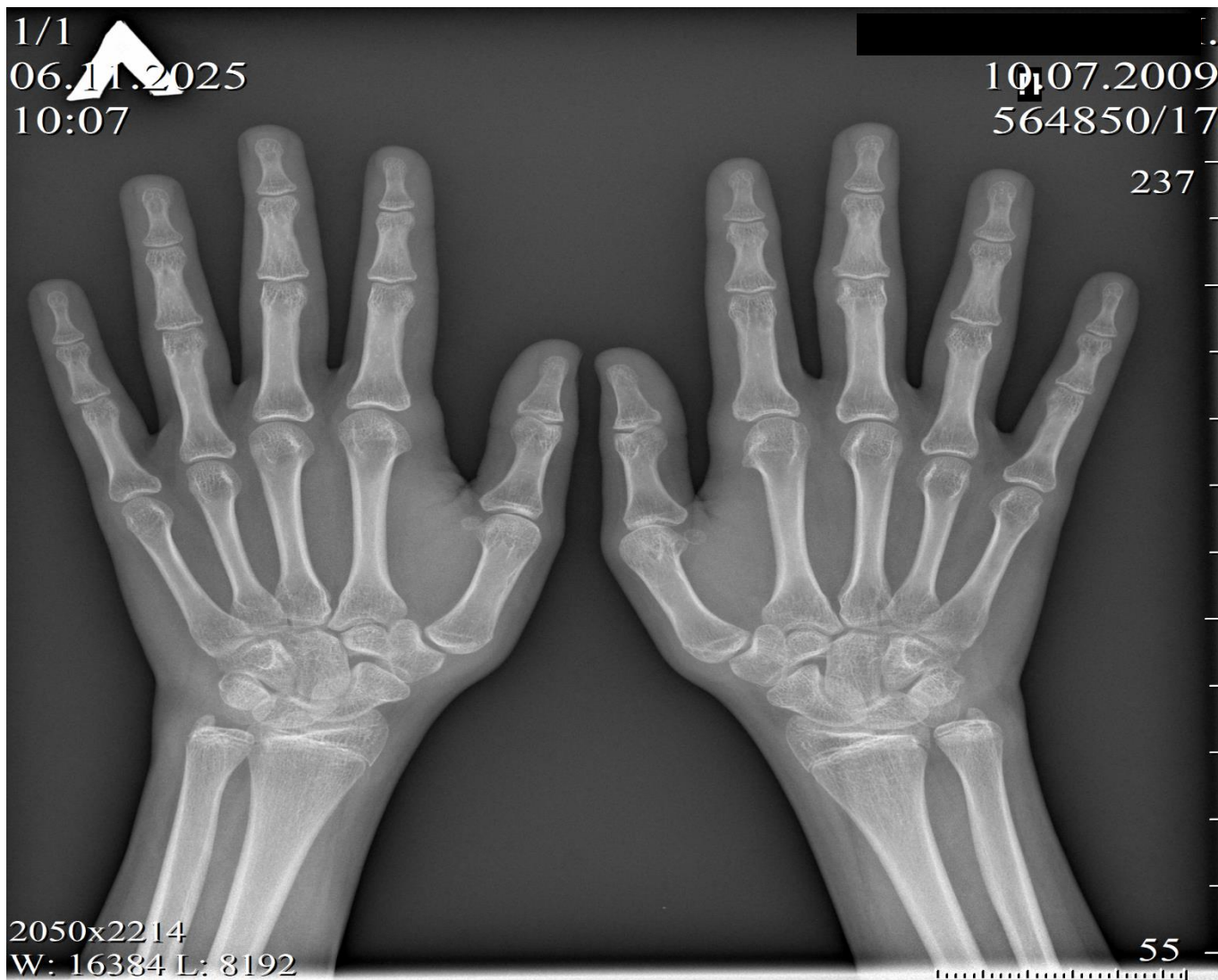
Кожные покровы обычной окраски, на разгибательной поверхности предплечий, голенях (больше по передней поверхности) участки незначительной гиперпигментации, видимые слизистые чистые.

АЛЕКСАНДР Л., 10.07.2009 (16 ЛЕТ)

ДЕБЮТ ЗАБОЛЕВАНИЯ:

- **St. localis:**
- дефигурация проксимального МФС 3 пальца правой кисти, движения сохранены,
- дефигурация левого г/стопного сустава, движения в полном объеме, безболезненны
- другие суставы внешне не изменены, движения в полном объеме, безболезненны.
- Мышечная сила достаточная.
- Походка не изменена.

РЕНТГЕНОГРАФИЯ КИСТЕЙ



06.11.25



Заключение:

Зоны роста открыты в костях предплечий. Выраженных изменений в суставах левой кисти не выявлено. В правой кисти определяется изъеденность контуров суставных поверхностей: основания 1 пястной кости, 1 пястно-фалангового сустава, головке 2 пястной кости, краевые эрозии основания 2 проксимальной фаланги и головки 2 средней фаланги, краевая эрозия в латеральной части основания 3 проксимальной фаланги. В проекции 3 проксимального межфалангового сустава справа определяется: снижение плотности костной ткани в медиальной части головки проксимальной фаланги, неровность контура в медиальной части основания средней фаланги, неравномерное уплотнение мягких тканей вокруг сустава. Суставные щели сужены: в 1 ПФС, 2 дистальном МФС.

ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ АКТИВНОСТИ И ФУНКЦИИ СОСТОЯНИЯ НА ФОНЕ ТЕРАПИИ ПРЕПАРАТОМ СЕКУКИНУМАБ

04.2025 г.

СОЭ **12** мм/ч
СРБ **7.2** г/л
Боль (ВАШ) 7
Кол-во суставов с активным воспалением- 9



11.2025 г.

СОЭ **2** мм/час
СРБ **0.4** г/л
Боль (ВАШ) 0
Кол-во суставов с активным воспалением- 0



ТАКИМ ОБРАЗОМ

- ✓ **Выбор терапии основывался с учетом баланса эффективности препарата секукинумаб в отношении данных проявлений заболевания и профиля безопасности.**
- ✓ **На фоне терапии у пациента было достигнуто купирование болевого синдрома, улучшение функциональных возможностей пациента, снижение лабораторной активности болезни.**