

Особенности псориаза у детей

В.Н. Красникова¹, <https://orcid.org/0000-0003-1876-0713>

С.Н. Чебышева², <https://orcid.org/0000-0001-5669-4214>, svetamma@gmail.com

Л.Р. Сакания^{1,3}, <https://orcid.org/0000-0003-2027-5987>

И.М. Корсунская^{3✉}, <https://orcid.org/0000-0002-6583-0318>, marykor@bk.ru

¹ Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии; 127473, Россия, Москва, ул. Селезневская, д. 20

² Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова (Сеченовский Университет); 119435, Россия, Москва, ул. Большая Пироговская, д. 19

³ Центр теоретических проблем физико-химической фармакологии РАН; 109029, Россия, Москва, ул. Средняя Калитниковская, д. 30

Резюме

Распространенность псориаза в мире среди взрослого населения достигает порядка 3% и в 2 раза ниже в детской популяции. У детей, так же как и у взрослых, псориаз ассоциирован с рядом различных сопутствующих патологий: метаболическим синдромом, депрессией, тревогой, артритом и другими. Однако диагностика псориаза у детей и последующее лечение представляют собой достаточно сложную задачу. Клиническая картина у педиатрического пациента отличается от проявления заболевания у взрослого. Псориазные бляшки обычно более тонкие и с менее выраженным шелушением и нередко сопровождаются зудом, также для детей характерны необычные области локализации высыпаний, например, преаурикулярная или околопупочная области. Псориазные высыпания в области подгузника зачастую неверно диагностируют как пеленочный дерматит. Однако пеленочный псориаз является наиболее распространенным проявлением, наблюдаемым примерно в 45% случаев у детей в возрасте до 2 лет. У детей наличие псориаза связано с повышенным риском метаболического синдрома и его компонентов и с более высокими показателями гиперлипидемии, даже после контроля веса, в дополнение к наблюдаемому повышенному риску депрессии и тревоги и возможному повышенному риску артрита и болезни Крона. Клиническая картина детского псориаза разнообразна, и диагноз чаще всего ставится клинически. Симптом Ауспитца, феномен Кебнера и кольцо Воронова могут помочь в клинической диагностике. Терапия псориаза у детей во многом основана на тех же принципах, что и у взрослых. Однако лишь немногие из существующих вариантов лечения одобрены для использования у детей и подростков.

Ключевые слова: детский псориаз, диагностика, псориазные бляшки, вульгарный псориаз, пеленочный псориаз, ладонно-подошвенный псориаз, псориаз ногтей

Для цитирования: Красникова В.Н., Чебышева С.Н., Сакания Л.Р., Корсунская И.М. Особенности псориаза у детей. *Медицинский совет*. 2022;16(19):110–113. <https://doi.org/10.21518/2079-701X-2022-16-19-110-113>.

Конфликт интересов: авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Features of psoriasis in children

Viktoriia N. Krasnikova¹, <https://orcid.org/0000-0003-1876-0713>

Svetlana N. Chebysheva², <https://orcid.org/0000-0001-5669-4214>, svetamma@gmail.com

Luiza R. Sakaniya^{1,3}, <https://orcid.org/0000-0003-2027-5987>

Irina M. Korsunskaya^{3✉}, <https://orcid.org/0000-0002-6583-0318>, marykor@bk.ru

¹ Moscow Scientific and Practical Center of Dermatovenereology and Cosmetology; 20, Seleznevskaya St., Moscow, 127473, Russia

² Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University); 6, Bldg. 1, Bolshaya Pirogovskaya St., Moscow, 119991, Russia

³ Center for Theoretical Problems of Physical and Chemical Pharmacology of Russian Academy of Sciences; 30, Srednyaya Kalitnikovskaya St., Moscow, 109029, Russia

Abstract

The prevalence of psoriasis reaches about 3% of the global adult population and is twice as lower in the paediatric population. In children, as well as in adults, psoriasis is associated with several different concomitant pathologies: metabolic syndrome, depression, anxiety, arthritis, etc. However, the diagnosis of psoriasis in children and subsequent treatment is quite a difficult task. The clinical presentation in a pediatric patient differs from the symptoms of the disease in an adult. Psoriatic patches are usually thinner and with less severe desquamation, which is often accompanied by itching, and children are also characterized with unusual regions of rash localization, such as the periauricular or umbilical region. Psoriatic diaper rash is often misdiagnosed as diaper dermatitis. However, diaper psoriasis is the most common manifestation, seen in about 45% of cases in children under two years of age. In children, the presence of psoriasis is associated with an increased risk of metabolic syndrome and its components, and with higher rates of hyperlipidemia, even after weight management, in addition to an observed increased risk of depression and anxiety and a possible increased risk of arthritis and Crohn's disease. The clinical presentation of pediatric

psoriasis is diverse, and the diagnosis is most often made clinically. Auspitz's sign, Koebner's phenomenon, and Voronov's ring might be of some help in clinical diagnosis. The treatment of psoriasis in children is based primarily on the same principles as in adults. However, few of the existing treatment options are approved for use in children and adolescents.

Keywords: pediatric psoriasis, diagnostics, psoriatic patches, psoriasis vulgaris, diaper psoriasis, palmoplantar psoriasis, nail psoriasis

For citation: Krasnikova V.N., Chebysheva S.N., Sakaniya L.R., Korsunskaya I.M. Особенности псориаза у детей. *Meditsinskiy Sovet.* 2022;16(19):110–113. (In Russ.) <https://doi.org/10.21518/2079-701X-2022-16-19-110-113>.

Conflict of interest: the authors declare no conflict of interest.

ВВЕДЕНИЕ

Псориаз представляет собой хроническое воспалительное заболевание с аутоиммунным патогенетическим компонентом и выраженным, но сложным генетическим наследованием [1, 2]. Псориаз поражает от 1 до 3% населения мира с одинаковым распределением среди мужчин и женщин [3]. Хотя у детей он встречается реже, чем у взрослых: псориаз поражает приблизительно от 0,5 до 1,2% детей и подростков, а распространенность линейно возрастает с 0,1% в возрасте 1 года до 1,2% в возрасте 18 лет [4–9]. Кроме того, несколько исследований распространенности данного заболевания продемонстрировали, что примерно у трети пациентов с псориазом симптомы проявляются хотя бы один раз в детстве, хотя псориаз может быть диагностирован только во взрослом возрасте [10]. Заболеваемость псориазом носит бимодальный характер, с большим пиком в возрасте 16–22 лет и меньшим пиком в возрасте 57–60 лет, что, вероятно, отражает различные формы заболевания [11].

ДИАГНОСТИКА

Псориаз в первую очередь поражает кожу, ногти и суставы. Было установлено, что взрослые пациенты с псориазом входят в группу риска по развитию сопутствующих заболеваний, таких как ожирение, сердечно-сосудистые заболевания, метаболический синдром, неалкогольная жировая болезнь печени, депрессия, тревога. У детей наличие псориаза связано с повышенным риском метаболического синдрома и его компонентов и с более высокими показателями гиперлипидемии, даже после контроля веса, в дополнение к наблюдаемому повышенному риску депрессии и тревоги и возможному повышенному риску артрита и болезни Крона. Однако большая часть доказательств этих ассоциаций основана на небольших сериях случаев или небольших популяционных исследованиях.

Обеспечение диагностики псориаза у детей младшего возраста с ограниченным распространением может быть клинически затруднено, а биомаркеры псориаза в настоящее время плохо изучены.

Клиническая картина детского псориаза разнообразна, и диагноз чаще всего ставится клинически. Симптом Ауспитца, феномен Кебнера и кольцо Воронова могут помочь в клинической диагностике. Хотя клинические проявления псориаза у детей аналогичны таковым у взрослых,

есть некоторые отличительные черты. По сравнению со взрослыми, псориазные бляшки у детей тоньше, мягче и с менее выраженным шелушением, часто поражаются необычные области (рис. 1), такие как лицо, включая периорбитальную, периоральную и носовую области и изгибы. Вульгарный псориаз, наблюдаемый примерно в 60% случаев, является наиболее распространенным морфологическим типом, сходным с болезнью взрослых. Тем не менее отличительные черты в детском возрасте включают фолликулярное поражение преимущественно конечностей и выраженный зуд, присутствующий в 80% случаев [12]. У детей чаще всего поражается кожа головы, затем следуют разгибательные поверхности конечностей, туловище, ногти, лицо и уши [13]. Вовлечение рук, ног, гениталий и областей сгибания, включая околупупочную область, также распространено среди детей. Общие дифференциальные диагнозы включают экзему, дерматомикоз и розовый лишай.

Большое исследование в Австралии, включающее 1262 случая псориаза (пациенты в возрасте до 16 лет), обнаружило большую группу пациентов в возрасте до 2 лет с покраснением в области подгузника, которое было классифицировано как «псориазная пеленочная сыпь» [14]. Однако дифференцировать псориаз от других дерматитов в области подгузника очень сложно, и большинство исследований детей с псориазом не включают эту группу. Несколько исследований, в которых наблюдали за этой возрастной группой, проясняют трудности в обеспечении диагноза псориаза с такой клинической картиной и показывают низкие показатели диагностирования персистирующего псориаза в подростковом возрасте [15].

Пеленочный, каплевидный и ладонно-подошвенный псориаз обычно наблюдаются у детей часто со специфиче-

● **Рисунок 1.** Вульгарный псориаз

● **Figure 1.** Psoriasis vulgaris



скими характеристиками. Пеленочный псориаз является наиболее распространенным проявлением, наблюдаемым примерно в 45% случаев у детей в возрасте до 2 лет [14]. Наличие четко очерченных эритематозных бляшек с вовлечением складок (рис. 2), наличие псориаза на других участках, включая волосистую часть головы, пупок, слуховой проход, преаурикулярную область и перианальную область, а также семейный анамнез псориаза помогают дифференцировать это от пеленочного дерматита [16].

Ладонно-подошвенный псориаз, возникающий в сочетании с хроническим бляшечным псориазом, встречается чаще, чем изолированное ладонно-подошвенное поражение (рис. 3) [17]. Каплевидный псориаз чаще встречается у детей, чем у взрослых, и наблюдается примерно у 28% из них. Он представляет собой небольшие монотипные круглые или овальные папулы и бляшки диаметром от 2–3 мм до 1 см [18]. У 60% пациентов, особенно с более молодым возрастом начала заболевания и псориазом, ассоциированным со стрептококковой инфекцией, наблюдается разрешение высыпаний в течение нескольких месяцев с последующей длительной ремиссией. У оставшихся 40% каплевидный псориаз имеет тенденцию прогрессировать до хронического бляшечного варианта, особенно у лиц с положительным семейным анамнезом псориаза и без стрептококковой инфекции [18]. Распространенными дифференциальными диагнозами каплевидного псориаза являются лихеноидный отрубевидный лишай и красный плоский лишай.

Пустулезный псориаз очень редко встречается у детей, составляя около 1% случаев детского псориаза. Он может поражать младенцев уже в возрасте 1 мес. Хотя данных недостаточно, кольцевидный пустулезный псориаз считается наиболее распространенным морфологическим типом [19, 20]. Псориаз ногтей у детей встречается очень редко.

Поражение ногтей наблюдается примерно у 40% детей с псориазом (рис. 4), при этом наиболее частым

● **Рисунок 2.** Пеленочный псориаз

● **Figure 2.** Diaper psoriasis



признаком является образование ямок. Поражение ногтей чаще встречается у мужчин, при тяжелом псориазе, ладонно-подошвенном псориазе и псориазическом артрите [21, 22].

Псориаз ногтей редко встречается в детском возрасте, поражая 2–10% детей с псориазом в возрасте от 9 до 12 лет. Обычно поражаются мелкие суставы рук и ног. Регистр детского артрита и ревматологического исследовательского альянса (CARRA) для ювенильного псориазического артрита сообщает о преобладании мужчин с высокой частотой энтезита [23].

ВЫБОР ТЕРАПИИ

При выборе лечения для ребенка или подростка с псориазом необходимо учитывать несколько факторов: возраст, тяжесть псориаза, локализацию псориаза, тип псориаза, качество жизни, переносимость, безопасность, стоимость, доступность и предпочтения пациента [24, 25].

● **Рисунок 3.** Ладонно-подошвенный псориаз

● **Figure 3.** Palmoplantar psoriasis



● **Рисунок 4.** Псориаз ногтей

● **Figure 4.** Nail psoriasis



Терапия псориаза у детей во многом основана на тех же принципах, что и у взрослых. Однако лишь немногие из существующих вариантов лечения одобрены для использования у детей и подростков. Лечение ограничено отсутствием рандомизированных клинических испытаний, оценивающих результаты терапии, поэтому решения клиницистов о лечении обычно основываются на клинических рекомендациях для взрослых, описании клинических случаев, мнениях экспертов или

опыте в области безопасности и эффективности лекарственных средств, полученном в ходе исследований и клинических испытаний, посвященных другим педиатрическим заболеваниям. Поэтому широко используются нестандартные методы терапии, и лечение псориаза у детей и подростков остается сложной задачей.



Поступила / Received 21.09.2022

Поступила после рецензирования / Revised 05.10.2022

Принята в печать / Accepted 07.10.2022

Список литературы / References

- Nestle F.O., Kaplan D.H., Barker J. Psoriasis. *N Engl J Med*. 2009;(361):496–509. <https://doi.org/10.1056/NEJMra0804595>.
- Arakawa A., Siewert K., Stohr J., Besgen P., Kim S.M., Ruhl G. et al. Melanocyte antigen triggers autoimmunity in human psoriasis. *J Exp Med*. 2015;212(13):2203–2212. <https://doi.org/10.1084/jem.20151093>.
- Christophers E. Psoriasis-epidemiology and clinical spectrum. *Clin Exp Dermatol*. 2001;26(4):314–320. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2230.2001.00832.x>.
- Michalek I.M., Loring B., John S.M. A systematic review of worldwide epidemiology of psoriasis. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2017;31(2):205–212. <https://doi.org/10.1111/jdv.13854>.
- Augustin M., Glaeske G., Radtke M.A., Christophers E., Reich K., Schäfer I. Epidemiology and comorbidity of psoriasis in children. *Br J Dermatol*. 2010;162(3):633–636. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2133.2009.09593.x>.
- Parisi R., Symmons D.P., Griffiths C.E., Ashcroft D.M. Identification and Management of Psoriasis and Associated Comorbidity (IMPACT) project team. Global epidemiology of psoriasis: a systematic review of incidence and prevalence. *J Invest Dermatol*. 2013;133(2):377–385. <https://doi.org/10.1038/jid.2012.339>.
- Harder E., Andersen A.M., Kamper-Jorgensen M., Skov L. No increased risk of fetal death or prolonged time to pregnancy in women with psoriasis. *J Invest Dermatol*. 2014;134(6):1747–1749. <https://doi.org/10.1038/jid.2014.35>.
- Lonnberg A.S., Skov L., Skytthe A., Kyvik K.O., Pedersen O.B., Thomsen S.F. Heritability of psoriasis in a large twin sample. *Br J Dermatol*. 2013;169(2):412–416. <https://doi.org/10.1111/bjd.12375>.
- Matusiewicz D., Koerber A., Schadendorf D., Wasem J., Neu-mann A. Childhood psoriasis – an analysis of German health insurance data. *Pediatr Dermatol*. 2014;31(1):8–13. <https://doi.org/10.1111/pde.12205>.
- Raychaudhuri S.P., Gross J. A comparative study of pediatric onset psoriasis with adult onset psoriasis. *Pediatr Dermatol*. 2000;17(3):174–178. <https://doi.org/10.1046/j.1525-1470.2000.01746.x>.
- Henseler T., Christophers E. Psoriasis of early and late onset: characterization of two types of psoriasis vulgaris. *J Am Acad Dermatol*. 1985;13(3):450–456. [https://doi.org/10.1016/S0190-9622\(85\)70188-0](https://doi.org/10.1016/S0190-9622(85)70188-0).
- Romiti R., Maragno L., Arnone M., Takahashi M.D. Psoriasis in childhood and adolescence. *An Bras Dermatol*. 2009;84(1):9–20. <https://doi.org/10.1590/S0365-05962009000100002>.
- Benoit S., Hamm H. Childhood psoriasis. *Clin Dermatol*. 2007;25(6):555–562. <https://doi.org/10.1016/j.clindermatol.2007.08.009>.
- Morris A., Rogers M., Fischer G., Williams K. Childhood psoriasis: a clinical review of 1262 cases. *Pediatr Dermatol*. 2001;18(3):188–198. <https://doi.org/10.1046/j.1525-1470.2001.018003188.x>.
- Lysell J. Psoriasis in childhood and adolescence. *Lakartidningen*. 2017;114:EUWA. Available at: <https://lakartidningen.se/wp-content/uploads/EditorialFiles/WA/%5BEUWA%5D/EUWA.pdf>.
- Fan X., Xiao F.L., Yang S., Liu J.B., Yan K.L., Liang Y.H. et al. Childhood psoriasis: A study of 277 patients from China. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2007;21(6):762–765. <https://doi.org/10.1111/j.1468-3083.2007.02014.x>.
- Kumar B., Jain R., Sandhu K., Kaur I., Handa S. Epidemiology of childhood psoriasis: A study of 419 patients from northern India. *Int J Dermatol*. 2004;43(9):654–658. <https://doi.org/10.1111/j.1365-4632.2004.02182.x>.
- Ko H.C., Jwa S.W., Song M., Kim M.B., Kwon K.S. Clinical course of guttate psoriasis: Long-term follow-up study. *J Dermatol*. 2010;37(10):894–899. <https://doi.org/10.1111/j.1346-8138.2010.00871.x>.
- Popadic S., Nikolic M. Pustular psoriasis in childhood and adolescence: A 20-year single-center experience. *Pediatr Dermatol*. 2014;31(5):575–579. <https://doi.org/10.1111/pde.12296>.
- Liao P.B., Robinson R., Howard R., Sanchez G., Frieden I.J. Annular pustular psoriasis-most common form of pustular psoriasis in children: Report of three cases and review of the literature. *Pediatr Dermatol*. 2002;19(1):19–25. <https://doi.org/10.1046/j.1525-1470.2002.00026.x>.
- Piraccini B.M., Triantafyllou I., Prevezas C., Starace M., Neri I., Patrizi A. et al. Nail psoriasis in children: Common or uncommon. Results from a 10-year double-center study? *Skin Appendage Disord*. 2015;(1):43–48. <https://doi.org/10.1159/000377709>.
- Pourchot D., Bodemer C., Phan A., Bursztejn A.C., Hadj-Rabia S., Boralevi F. et al. Nail psoriasis: A systematic evaluation in 313 children with psoriasis. *Pediatr Dermatol*. 2017;34(1):58–63. <https://doi.org/10.1111/pde.13028>.
- Zisman D., Gladman D.D., Stoll M.L., Strand V., Lavi I., Hsu J.J. et al. The juvenile psoriatic arthritis cohort in the CARRA registry: Clinical characteristics, classification, and outcomes. *J Rheumatol*. 2017;44(3):342–351. <https://doi.org/10.3899/jrheum.160717>.
- Lara-Corralles I., Xi N., Pope E. Childhood psoriasis treatment: evidence published over the last 5 years. *Rev Recent Clin Trials*. 2011;6(1):36–43. <https://doi.org/10.2174/157488711793980174>.
- Sticherling M., Augustin M., Boehncke W.H., Christophers E., Domm S., Gollnick H. et al. Therapy of psoriasis in childhood and adolescence – a German expert consensus. *J Dtsch Dermatol Ges*. 2011;9(10):815–823. <https://doi.org/10.1111/j.1610-0387.2011.07668.x>.

Информация об авторах:

Красникова Виктория Николаевна, детский врач-дерматолог, Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии; 127473, Россия, Москва, ул. Селезневская, д. 20

Чебышева Светлана Николаевна, к.м.н., доцент, доцент кафедры детских болезней Клинического института детского здоровья имени Н.Ф. Филатова, Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова (Сеченовский Университет); 119435, Россия, Москва, ул. Большая Пироговская, д. 19; svetamma@gmail.com

Сакания Луиза Руслановна, врач-дерматовенеролог, младший научный сотрудник, Центр теоретических проблем физико-химической фармакологии РАН; 109029, Россия, Москва, ул. Средняя Калитниковская, д. 30; врач-дерматовенеролог, косметолог, трихолог, Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии; 127473, Россия, Москва, ул. Селезневская, д. 20

Корсунская Ирина Марковна, д.м.н., профессор, заведующая лабораторией, Центр теоретических проблем физико-химической фармакологии Российской академии наук; 109029, Россия, Москва, ул. Средняя Калитниковская, д. 30; marykor@bk.ru

Information about the authors:

Viktoriia N. Krasnikova, Pediatric Dermatologist, Moscow Scientific and Practical Center of Dermatovenereology and Cosmetology; 20, Seleznevskaya St., Moscow, 127473, Russia

Svetlana N. Chebysheva, Cand. Sci. (Med.), Associate Professor, Associate Professor of the Department of Childhood Diseases, N.F. Filatov Clinical Institute of Children's Health, Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University); 19, Bolshaya Pirogovskaya St., Moscow, 119991, Russia; svetamma@gmail.com

Luiza R. Sakaniya, Dermatovenereologist, Junior Researcher, Center for Theoretical Problems of Physical and Chemical Pharmacology of Russian Academy of Sciences; 30, Srednyaya Kalitnikovskaya St., Moscow, 109029, Russia; Dermatologist, Cosmetologist, Trichologist, Moscow Scientific and Practical Center of Dermatovenereology and Cosmetology; 20, Seleznevskaya St, Moscow, 127473, Russia

Irina M. Korsunskaya, Dr. Sci. (Med.), Professor, Head of the Laboratory, Center for Theoretical Problems of Physical and Chemical Pharmacology of Russian Academy of Sciences; 30, Srednyaya Kalitnikovskaya St., Moscow, 109029, Russia; marykor@bk.ru