

Эпидемиология псориаза у детей по данным Чеченской республики

Е. В. Дворянкова, д.м.н., ведущий научный сотрудник¹
М. И. Дениева, доцент кафедры поликлинической терапии^{2,3}
Ф. Г. Балабекова, врач-дерматовенеролог³
И. М. Корсунская, д.м.н., проф., зав. лабораторией¹

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

²ФГБОУ ВО «Чеченский государственный университет» Минобрнауки России, г. Грозный, Чеченская Республика

³ГБУ «Республиканский кожно-венерологический диспансер», г. Грозный, Чеченская Республика

Epidemiology of psoriasis in children according to Chechen Republic

E. V. Dvoryankova, M. I. Denieva, F. G. Balabekova, I. M. Korsunskaya

Centre for Theoretical Problems of Physicochemical Pharmacology, Moscow; Chechen State University Republican dermatovenerologic dispensary, Grozny, Chechen Republic; Russia

Резюме

В работе проводится обзор зарубежных данных по распространенности псориаза у детей. Отмечена тенденция к росту заболеваемости и раннему дебюту патологии. Приводятся результаты собственных эпидемиологических исследований псориаза в Чеченской республике с 2014 по 2016 год, совпадающие с иностранными наблюдениями и демонстрирующие утяжеление клинических проявлений псориаза.

Ключевые слова: псориаз у детей, эпидемиология, сопутствующие патологии.

Summary

The paper reviews foreign data on the prevalence of psoriasis in children. There is a tendency to an increase in the incidence and early debut of pathology. The results of the own epidemiological studies of psoriasis in the Chechen Republic from the years 2014 to 2016, which coincide with foreign observations and demonstrate the weighting of the clinical manifestations of psoriasis, are presented.

Key words: psoriasis in children, epidemiology, comorbidities.

Псориаз является распространенным хроническим иммунно-опосредованным воспалительным заболеванием, при котором поражаются кожа, ногти и суставы как у детей, так и у взрослых. Псориазом страдают около 2,0–3,5% населения Земли [1, 2]. Однако в некоторых регионах, в зависимости от особенностей изучаемой популяции, заболеваемость этим дерматозом достигает 8,5% [3].

Почти в трети случаев псориаз начинается в детстве [1], при этом отмечается тенденция к увеличению заболеваемости у детей. Так, начиная с 1970 года, согласно опубликованным данным заболеваемость псориазом в детском возрасте более чем удвоилась [4].

Показатели распространенности псориаза различаются в зависимости от возраста, пола больных, а также географического места их проживания. Кроме этого, оценка заболеваемости псориазом зависит

от структуры исследований, проводимых в данном направлении, а также особенностей диагностики конкретных случаев. Клинические проявления и выраженность симптомов псориаза могут также могут определенным образом влиять на определение заболеваемости этим дерматозом.

Несмотря на то что псориаз у детей в настоящее время не является редкостью, на сегодняшний день имеются весьма ограниченные эпидемиологические данные. Так, подсчитано, что примерно у 30–50% больных псориазом заболевание дебютировало в возрасте до 20 лет [5]. Распространенность псориаза в Великобритании составила около 0,55% у детей в возрасте 0–9 лет и 1,37% у детей в возрасте 10–19 лет. Причем заболеваемость псориазом у молодых женщин (моложе 20 лет) увеличивалась более быстрыми темпами по сравнению с мужчинами той же возрастной группы [6].

Похожие показатели распространенности псориаза были зарегистрированы в Германии (0,18% в возрасте 0–9 лет; 0,83% — в 10–19 лет) [1] и Голландии (0,4% в 0–10 лет; 1,0% — в 11–19 лет) [7].

В отличие от Европы, эпидемиологические исследования заболеваемости псориазом среди детей в Азии практически не проводились.

Тем не менее, несмотря на довольно скудные опубликованные данные относительно распространенности детского псориаза, отмечается тенденция к неуклонному росту этого показателя в последние годы. Так, было показано, что среднегодовая заболеваемость псориазом у детей с учетом возраста и пола к началу XXI века составила 40,8 на 100 тысяч человек [95% ДИ: 36,6–45,1] [4]. Вероятными причинами этого явления считают возрастающее воздействие таких этиологических факторов псориаза, как психосоциальный стресс, инфекции и ожирение или

избыточный вес. Среди других, триггерных факторов, вызывающих дебют и (или) усугубляющих течение заболевания, выделяют травмирование или продолжительное раздражение кожи и использование некоторых лекарственных средств, таких как препараты лития, блокаторы β -адренергических рецепторов и ингибиторы фактора некроза опухоли альфа (TNF- α) у детей с болезнью Крона или ювенильным идиопатическим артритом [8].

При анализе заболеваемости псориазом среди детского населения обращает на себя внимание некоторое преобладание лиц женского пола: 1,10–1,48 [4, 9]. При этом средний возраст начала заболевания колеблется от 8 до 11 лет [4, 10]. Однако имеет место почти линейное увеличение показателей заболеваемости псориазом в период от 0 до 18 лет, а не «пик наступления» заболевания в 8–11-летнем возрасте [1].

При изучении наследственной предрасположенности к развитию псориаза было выявлено, что около 30% больных этим дерматозом (дети и взрослые) имеют члена семьи первой степени родства с псориазом [11]. Однако показатели наследственной предрасположенности к развитию псориаза существенно различаются в зависимости от исследуемой популяции. Например, при сравнении сингапурской и голландской групп детей с псориазом было выявлено, что у последних чаще обнаруживался больной этим дерматозом член семьи первой или второй степени родства (13,6 против 73,3% соответственно) [12]. Среди австралийского населения около 71% детей с псориазом имели больного родственника первой степени. Также отягощенный семейный анамнез был отмечен у 51,4% детей с псориазом при проведении многоцентрового поперечного исследования в США, причем больные члены семьи были родственниками первой степени в 59,8% из этих случаев [9].

Кроме этого, было показано, что наследственная предрасположенность к развитию псориаза чаще определяется у больных с ранним дебютом заболевания (до 16 лет) [13].

Нами было проведено собственное исследование, направленное на изучение структуры заболеваемости псориазом у детей в Чеченской республике. В ходе настоящего исследования был проведен ретроспективный анализ заболеваемости псориазом и псориазическим артритом среди детей и подростков, проживающих в Чеченской республике в 2014–2016 годах.

Результаты проведенного исследования показали, что в 2014 году среди детей и подростков в возрасте от 0 до 17 лет было зарегистрировано 50 больных с псориазом и 2 больных с псориазическим поражением суставов. В 2015 и 2016 годах этот показатель составил 60 и 121 больной псориазом, 5 и 6 больных псориазическим артритом соответственно.

При уточнении анамнеза детей Чеченской республики, больных псориазом в 2014–2016 годах, установлено, что наследственная предрасположенность к развитию заболевания, определенная на основании наличия псориаза у родственников 1–2 линии, имела в 11–15% случаев. При этом среди особенностей течения заболевания в данной популяции ранний дебют заболевания (в возрасте от 1 года до 5–7 лет) и раннее развитие псориазического артрита (в возрасте от 7 до 12 лет).

Среди сопутствующей патологии у детей, больных псориазом, главным образом отмечались глистные инвазии (токсокароз, аскаридоз и лямблиоз примерно в 50–55% случаев), а также заболевания носоглотки (аденоидит, хронический тонзиллит в 32–36% случаев).

Таким образом, наряду с безусловным сходством клинических проявлений псориаза как у детей, так и у взрослых, существуют ряд особенностей симптоматики детского псориаза. Однако систематизированных данных о течении псориаза у детей явно не достаточно. При этом в последние годы обращает на себя внимание неуклонный рост заболеваемости псориазом среди детей и подростков в разных регионах и этнических группах.

Список литературы

1. Augustin M, Glaeske G, Radtke MA, et al. Epidemiology and comorbidity of psoriasis in children. *Br J Dermatol*. 2010 Mar; 162 (3): 633–6.
2. Christophers E. Psoriasis — epidemiology and clinical spectrum. *Clin Exp Dermatol*. 2001 Jun; 26 (4): 314–20.
3. Parisi R, Symmons DP, Griffiths CE, Ashcroft DM. 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 Feb; 133 (2): 377–85.
4. Tollefson MM, Crowson CS, McEvoy MT, Maradit Kremers H. Incidence of psoriasis in children: a population-based study. *J Am Acad Dermatol*. 2010 Jun; 62 (6): 979–87.
5. Matusiewicz D, Koerber A, Schadendorf D, Wasem J, Neumann A. Childhood psoriasis — an analysis of German health insurance data. *Pediatr Dermatol*. 2014 Jan-Feb; 31 (1): 8–13.
6. Gelfand JM, Weinstein R, Porter SB, Naimann AL, Berlin JA, Margolis DJ. Prevalence and treatment of psoriasis in the United Kingdom: a population-based study. *Arch Dermatol*. 2005 Dec; 141 (12): 1537–41.
7. De Jager ME, Van de Kerkhof PC, De Jong EM, Seyger MM. Epidemiology and prescribed treatments in childhood psoriasis: a survey among medical professionals. *J Dermatolog Treat*. 2009; 20 (5): 254–8.
8. Tsankov N, Angelova I, Kazandjieva J. Drug-induced psoriasis. Recognition and management. *Am J Clin Dermatol*. 2000 May-Jun; 1 (3): 159–65.
9. Mercy K, Kwasny M, Cordero KM, et al. Clinical manifestations of pediatric psoriasis: results of a multicenter study in the United States. *Pediatr Dermatol*. 2013 Jul-Aug; 30 (4): 424–8.
10. Seyhan M, Coşkun BK, Sağlam H, Özcan H, Karıncaoğlu Y. Psoriasis in childhood and adolescence: evaluation of demographic and clinical features. *Pediatr Int*. 2006 Dec; 48 (6): 525–30.
11. Griffiths CE, Barker JN. Pathogenesis and clinical features of psoriasis. *Lancet*. 2007 Jul 21; 370 (9583): 263–71.
12. Chiam LY, de Jager ME, Giam YC, et al. Juvenile psoriasis in European and Asian children: similarities and differences. *Br J Dermatol*. 2011 May; 164 (5): 1101–3.
13. Tollefson MM. Diagnosis and management of psoriasis in children. *Pediatr Clin North Am*. 2014 Apr; 61 (2): 261–77.

