



## Биологическая терапия ювенильного псориатического артрита (ЮПсА) с увеитом у детей

К.В. Алексанян, Е.С. Жолобова, Л.А. Галстян

Клинический институт детского здоровья имени Н.Ф. Филатова (Сеченовский Университет)

### Актуальность:

терапия сопутствующих проявлений ювенильного артрита является не менее важной задачей, чем терапия самого основного заболевания. Из грозных проявлений ювенильного идиопатического артрита (ЮИА) нам наиболее известны, такие как увеит и псориаз.

**Цель:** изучить клиническую эффективность и безопасность лечения детей, страдающих ЮПсА и увеитом, с помощью генно-инженерных биологических препаратов.

### Материалы и методы

Открытое моноцентровое ретроспективное клиническое исследование, включающее 69 пациентов (4 мес-16 лет) с ЮПсА (на основании Ванкуверских критериев), из которых 33 пациентам (2-14 лет) назначалась терапия ГИБП (период наблюдения 2012-2020 гг.): 15 пациентов получали адалимумаб (из расчета 24 мг/м<sup>2</sup> и 18 пациентов - этанерцепт (из расчета 0,8 мг/кг 1 раз в неделю (максимальная доза 50 мг)) в комбинации с метотрексатом (10-15 мг/м<sup>2</sup>/нед).

### Результаты

нами наблюдалось 69 пациентов с ЮПсА в возрасте от 4 мес до 16 лет. В структуре полового распределения преобладали девочки. Клинико-демографическая картина представлена в таблице 1

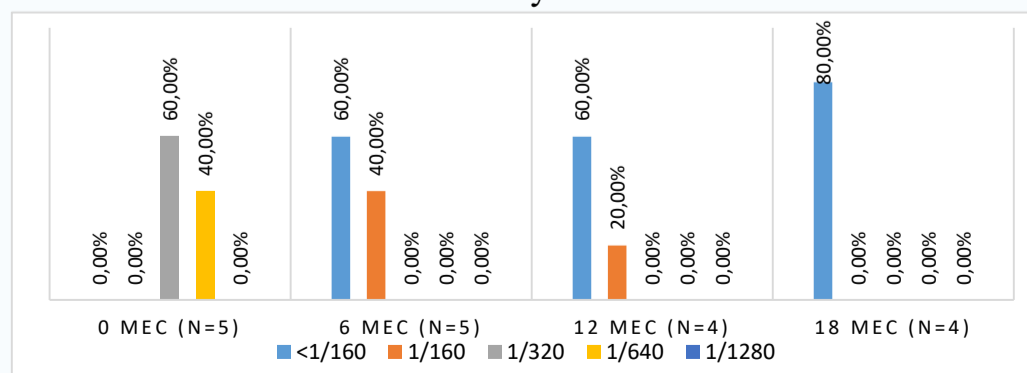
Табл.1 Демографическая характеристика пациентов с ЮПсА (n=69)

Демографические показатели	ЮПсА Me (Q1-Q3)	
Количество больных (n)	69	
Соотношение девочки/мальчики	44:25 (1,76:1)	
Средний возраст начала заболевания (годы)	8 (5-11)	
	Определенный ЮПсА	Вероятный ЮПсА
Количество больных (n, %)	50 (72,5%)	19 (27,5%)
Соотношение девочки/мальчики	33:17 (1,9:1)	12:7 (1,7:1)
Средний возраст начала заболевания (годы)	8,0 (5-11)	5,0 (2-12)

Частота встречаемости ревматоидного увеита в общей группе наблюдаемых детей (n=69) составила 10,1%. В 14,5% случаев отмечались высокие титры АНФ у детей с ЮПсА, из которых у 4,4% детей высокие титры АНФ не были связаны с ревматоидным поражением глаз.

В группе детей, получающих адалимумаб (n=16), у 5 (31,25%) пациентов имел место ревматоидный увеит, у 3 (18,75%) детей - постоянно персистирующий высокий титр АНФ без поражения глаз. На фоне терапии адалимумабом отмечено снижение титров АНФ. Так, к 6 месяцу терапии в группе детей с увеитом (n=5) у 3 (60%) детей АНФ снизился до нормальных показателей (<1:160) и у 2 (40%) детей снизился до пограничных цифр (1:160). К 12 месяцу терапии у 1 (20%) ребенка сохранялся АНФ в низком диагностическом титре (1:160), у остальных 3 (60%) детей был в пределах нормы (<1:160), к 18 месяцу терапии у всех оставшихся детей АНФ снизился до нормальных показателей (рис. 1)

Рис. 1 Динамика АНФ на фоне терапии адалимумабом у детей с ЮПсА и увеитом



В связи с недостаточным эффектом от проводимой стандартной противоревматической терапии 34 детям была усилена терапия биологическими препаратами. Клинико-демографические характеристики пациентов до начала терапии ГИБП представлены в таблице 2.

Табл. 2 Сравнительная клинико-демографическая характеристика пациентов с ЮПсА до инициации ГИБП

Демографические показатели	Этанерцепт M±δ / Me (Q1-Q3)	Адалимумаб M±δ / Me (Q1-Q3)
Количество больных (n)	18	16
Соотношение девочки/мальчики	12:6 (2:1)	10:6 (1,7:1)
Средний возраст (годы)	7,58 ± 3,7	5,8 ± 3
Длительность заболевания (годы)	3,0 (1,4-6,6)	3,5 ± 2
Показатели активности ЮПсА к моменту назначения терапии ГИБП		
<b>Увеит (n, %)</b>	<b>0</b>	<b>5 (31,3%)</b>
<b>АНФ-позитивность (n, %)</b>	<b>2 (11%)</b>	<b>8 (50%)</b>
РФ-позитивность (%)	0	0
Количество активных суставов (n)	8,0 (5-16,5)	5,5 (3-8,5)
Количество суставов с ограничением функции (n)	9 (5,75-18,25)	6 (3,5-10,5)
ВАШ врача (мм)	70 ± 15	65,9 ± 12,7
ВАШ пациента и/или родителя (мм)	71,5 (65-90)	72,5 ± 14
СНАQ	1,34 (1,1-1,68)	1,25 (0,93-1,44)
BSA, %	7,0 (4-13)	8 (3-13)
PASI, баллы	5,7 (3-8,2)	9 (5-19)
СОЭ (мм/ч)	28 (20,75-40)	24,5 (21-32)
СРБ (мг/дл)	0,8 (0,06-2,44)	0,78 (0-1,01)

У детей с высокими титрами АНФ без ревматоидного поражения глаз (n=3) отмечено постепенное снижение титров АНФ с нормализацией показателей к 18 месяцу терапии адалимумабом.

За весь период терапии ГИБП все дети регулярно осматривались офтальмологом, новых случаев увеита зарегистрировано не было.

**Заключение:** при наличии увеита или маркеров риска увеита (высокий АНФ) у детей с ЮПсА в качестве первой линии ГИБП рекомендуется применять адалимумаб

### Библиографический список:

- Алексанян К.В., Жолобова Е.С., Галстян Л.А. и соавт. Оценка эффективности и безопасности терапии адалимумабом у детей с ювенильным псориатическим артритом. Вопросы практической педиатрии. №3 (2020).
- Галстян Л.А., Жолобова Е.С., Чебышева С.Н. и соавт. Увеит, ассоциированный с ювенильным идиопатическим артритом. Российский вестник перинатологии и педиатрии. №2 (2019).