

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ПСОРИАТИЧЕСКОГО АРТРИТА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СТАДИИ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Х.Т.Мирахмедова

Ташкентская медицинская академия, г.Ташкент, Республика Узбекистан

Изучено в сравнительном аспекте клиническое течение раннего и развернутого псориатического артрита. Обследовано 110 больных, средний возраст – 43,1±1,5 года. Больные с ПсА в зависимости от длительности заболевания разделены на две группы. Первую группу составили больные с ранним ПсА – 45 больных, вторую группу – 65 больных с развернутым ПсА и длительностью болезни более 2 лет. Результаты исследования показали, что клиника псориатического артрита зависит от длительности артрита. Увеличение длительности заболевания приводит к увеличению количества больных с полиартритом, симметричным поражением суставов, деструктивным изменениям.

Ключевые слова: псориатический артрит, суставной синдром, клиника, течение.

Введение. Псориатический артрит (ПсА) имеет важное медицинское и социальное значение, поскольку это хроническое, прогрессирующее заболевание, которое приводит к деструкции и деформации суставов, потере их функции и негативно отражается на качестве жизни, работоспособности и продолжительности жизни больных [3, с.28]. По темпам прогрессирования, инвалидизации и ухудшения качества жизни пациентов ПсА можно сравнить с ревматоидным артритом (РА) [2, с.309], [7, с.1387]. Заболеваемость псориазом (Пс) и ПсА во всем мире ежегодно увеличивается, растет число инвалидизирующих случаев. Поэтому не удивительно, что специалистов беспокоит низкая настороженность среди дерматологов и ревматологов в выявлении ПсА [4, с.36]. Трудности диагностики ПсА в дебюте заболевания обусловлены полиморфизмом его клинических проявлений, специфичность которых недостаточно выражена. Во всех случаях ПсА наибольшее значение имеет своевременная ранняя диагностика, ведь после того как появится деформация, а тем более анкилозирование и разнонаправленные вывихи, поставить диагноз обычно нетрудно, но, к сожалению, с потерей времени болезнь с трудом поддается лечению. Эти данные говорят о необходимости акцентирования внимания на ранней диагностике и более интенсивном лечении пациентов с ПсА. На ранней стадии возможно достижение клинической ремиссии. На поздней стадии достигается сохранение качества жизни, проводится реабилитация, профилактика и лечение осложнений.

Хронологическое определение раннего ПсА было экстраполировано из исследований раннего

РА [6, с.605]. Опыт изучения раннего РА показывает, что ранняя диагностика и лечение воспалительного артрита могут привести к лучшему исходу в отношении деструкции и функции суставов. По мнению I.Olivieri с соавт. [8, с.28], диагноз раннего ПсА следует рассматривать, когда у пациента с псориазом или семейным анамнезом псориаза имеются периферический артрит (особенно олигоартрит и вовлечение ДМФС), периферический энтезит, теносиновит, дактилит и/или воспалительная боль в спине. Диагностика ПсА, особенно на ранней стадии, представляет сложности даже для специалистов в связи с высокой клинической гетерогенностью заболевания, при котором наблюдается не только периферический артрит, но и дактилит, энтезит и спондилит, протекающие иногда субклинически [5, с.29], [9, с.642]. Примерно у 20% пациентов отмечается более позднее, по сравнению с артритом, развитие псориаза [1, с.6]. Несмотря на успехи в диагностике и лечении суставного синдрома при ПсА, конкретная оценка составляющих опорно-двигательного аппарата остается недостаточно разработанной, тем более, что клиническая и лабораторная картина болезни не всегда соответствует собственно патологическому процессу в суставах.

Судя по литературным данным, не изучено клиническое течение ПсА в зависимости от длительности ПсА, что и послужило обоснованием для проведения настоящей работы.

Цель исследования – изучить особенности клинического течения псориатического артрита в зависимости от стадии заболевания.

Материал и методы. Обследовано 110 больных псориатическим артритом. Возраст больных

колебался от 20 до 71 лет, средний $42,5 \pm 11,2$ года. Из 110 больных ПсА было 48 мужчин (45,3%), 62 женщины (54,6%). Больные с ПсА в зависимости от длительности заболевания разделены на две группы. Первую группу составили 45 больных с ранним ПсА, вторую группу – 65 больных с длительностью болезни более 2 лет. Диагноз ПсА устанавливался на основании критериев CASPAR (Classification criteria for psoriatic arthritis, 2006) [10, с.2668]. Пациенты должны иметь признаки воспалительного заболевания суставов (артрит, спондилит или энтезит), наличие псориаза, псориаза в анамнезе или семейный псориаз, дактилит, ремодуляцию кости (периоститы, формирование костных анкилозов), отрицательный ревматоидный фактор, дистрофию ногтевых пластинок. Диагноз ПсА устанавливается при наличии минимум 3 баллов, при этом псориазические высыпания на коже оцениваются в 2 балла, все остальные критерии – в 1 балл. Больным проводились клинические, лабораторные и инструментальные методы исследования. Для подтверждения клинического диагноза псориаза пользовались консультацией дерматовенеролога. Оценка кожных проявлений определяли с помощью индекса PASI. Регистрировалось число болезненных суставов (ЧБС), число воспаленных суставов (ЧВС), оценка пациентом боли в суставах (по визуальной аналоговой шкале, ВАШ), общая оценка активности заболевания пациентом и врачом (ВАШ). Исследовалась динамика лабораторных показателей воспаления (СОЭ, С-реактивный белок, гаптоглобин).

Результаты и их обсуждение. На нашем материале из 110 больных у 90,9% формирование ПсА происходило на фоне уже имеющихся кожных проявлений, у 9,1% высыпания на коже появились спустя длительный период от начала первых симптомов поражения суставов. Анализируя наследственный фактор, было отмечено, что 19 (17,2%) пациентов указывали на наличие данного дерматоза у родственников. Типичное для псориаза поражение ногтевых пластинок, включающее онихолизис, «симптом наперстка», «занозы», «масляного пятна» или гиперкератоз, зарегистри-

рованное при физикальном обследовании наблюдалось у 2/3 больных.

У больных исследуемой группы с наличием ПсА, отмечались все характерные для этого заболевания клинические проявления. Согласно критериям CASPAR: артрит диагностирован у 100% пациентов, затем по частоте энтезит – 52,7%, дактилит – у 46,3% и реже спондилит – 34,5%. Одной из важных задач исследования было изучение особенности клинического течения псориазического артрита в зависимости от длительности заболевания (табл.1).

Как видно из табл.1, артрит встречался у всех больных обеих групп. Более чем у трети больных выявлен дактилит одного или более пальцев, он встречался 1,6 раз чаще у больных 1-й группы в сравнении со 2-й. Проявлялся болью, равномерной припухлостью всего пальца с цианотично-багровым окрашиванием кожных покровов. Энтезит в 1,4 раза чаще встречался у больных 1-й группы по сравнению со 2-й группой. Спондилит встречался в 1,8 раза чаще у больных 2-й группы, чем 1-й группы.

Ведущим в клинической картине заболевания было поражение опорно-двигательного аппарата в виде асимметричного артрита с «лестничным» вовлечением суставов нижних конечностей снизу вверх. Суставы нижних конечностей были поражены в 100% с давностью заболевания больше 2-х лет. Суставы верхних конечностей были поражены более чем у половины больных, в основном при раннем ПсА. Как видно из табл.2, в 84,5% случаев ПсА проявлялся асимметричным артритом (асимметричность – характерная черта этого заболевания), который наблюдался как в ранней стадии ПсА, так и у больных развернутым ПсА, но с увеличением длительности болезни увеличивалось количество больных симметричным поражением, с хаотичным вовлечением отдельных суставов кистей и стоп.

У большинства (51%) больных в процесс вовлекались коленные суставы. Анализ полученных результатов в зависимости от длительности заболевания показал, что суставы стоп, ГСС и КС у

Таблица 1

Клинические признаки ПсА в зависимости от длительности заболевания

Критерии	Ранний ПсА, n=45		Развернутый ПсА, n=65		Всего	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Артрит	45	100,0	65	100,0	110	100
Дактилит	36	80,0	32	49,2***	68	61,8
Энтезит	30	66,7	28	43,1*	58	52,7
Спондилит	13	28,9	25	38,5	38	34,5

Примечание: * – различия относительно данных группы раннего ПсА значимы (* – $P < 0,05$, *** – $P < 0,001$).

Клиническая характеристика поражения суставов у больных ПсА в зависимости от длительности заболевания

Признаки	Ранний, n=45		Поздний, n=65		Всего, n=110	
	Кол-во	%	Кол-во	%	Кол-во	%
Симметричность	2	4,4	16	24,6**	18	16,3
Асимметричность	43	95,6	49	75,4**	92	83,6
ДМФС	42	93,3	38	58,5***	68	61,8
ПМФС	17	37,8	23	35,4	40	36,3
Пястно-ФС	11	24,4	20	30,8	31	28,1
ЛЗС	22	48,9	28	43,1	50	45,4
Локтевые суставы	2	4,4	7	10,8	9	8,1
Плечевые	8	17,8	20	30,8	28	25,4
Плюснефаланговые	26	57,8	35	53,8	61	55,4
Голеностопные	16	35,6	30	46,2	46	41,8
Коленные суставы	25	55,6	31	47,7	56	51
Тазобедренные	1	2,2	4	6,2	5	4,5
Височно-нижнечелюстные	3	6,7	6	9,2	9	8,1
Грудино-ключичные	1	2,2	2	3,1	3	2,7
Грудино-реберные	3	6,7	10	15,4	13	11,8
Шейный отдел позвоночника	9	20,0	29	44,6**	38	34,5
Грудной отдел позвоночника	0	0	3	4,6	3	2,7
Поясничной отдел позвоночника	12	26,7	22	33,8	34	31

Примечание: * - различия относительно данных группы ранней ПсА значимы (** - $P < 0,01$, *** - $P < 0,001$).

больных 1-й и 2-й группы страдали с одинаковой частотой. Плечевые суставы у больных 2-й группы были затронуты в 1,7 раза чаще, чем у больных 1-й группы. У больных 2-й группы наиболее часто поражались локтевые суставы (10,7%), у лиц 1-й группы их поражение выявлялось достоверно реже (4,4%). Достоверных различий ЛЗС в сравниваемых группах не обнаружено. Дебют ПсА чаще проявлялся артритом ДМФС и ПМФС пальцев кистей. Было характерно поражение так называемых «суставов исключения РА» ПФ и МФС I пальца и ПМФС V пальца кисти. Было характерно вне зависимости от длительности артрита разрозненное поражение нескольких межфаланговых и плюснефаланговых суставов: на одном пальце дистального, на другом проксимального или плюснефалангового и т.д.

Ранний ПсА в сравнении с длительно текущим его вариантом характеризуется асимметричным олигоартритом суставов кистей, короткой продолжительностью утренней скованности. У 18 (16,3%) больных 2-й группы наблюдалось разнонаправленные сгибательные и разгибательные контрактуры, подвывихи и анкилоз пальцев рук.

Таким образом, сравнительное изучение частоты поражения суставов у больных ПсА от длительности артрита показало, что для больных с

длительным течением была характерна симметричность с поражением суставов нижних конечностей. У лиц с ранним ПсА чаще отмечался асимметричный артрит дистальных и проксимальных межфаланговых суставов кистей, пястно и плюснефаланговых суставов, коленных суставов, реже локтевых и плечевых суставов. Более чем у трети пациентов был выявлен дактилит одного или более пальцев, он встречался в 1,6 раз чаще у больных 1-й группы в сравнении со 2-й, проявлялся болью, равномерной припухлостью всего пальца с цианотично-багровым окрашиванием кожных покровов («пальцы-сосиски»).

Заключение. Таким образом, на основании полученных данных можно сделать вывод, что ПсА характеризуется клиническим полиморфизмом. Ранний ПсА в сравнении с длительно текущим его вариантом характеризовался асимметричным моноолигоартритом, частым вовлечением энтезисов и развитием классического дактилита.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бадюкин В.В. Псориазический артрит: клиника, диагностика, лечение: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – М., 2003.
2. Коротаева Т.В. Псориазический артрит: клиника, диагностика, патогенез, лечение, маркеры кардиоваскулярного риска / Под ред. Е.Л.Насонова. – М.: Медиа-Графика, 2013. – 309с.

3. Корсакова Ю.Л. Псориаз и псориатический артрит: актуальные вопросы // *Соврем. ревматол.* – 2012. – №3. – С. 28-32.
4. Чамурлиева М.Н. Ранняя диагностика псориатического артрита у больных псориазом. Обзор литературы // *Вестн. последиплом. мед. образования.* – 2012. – №3-4. – С.56-62.
5. Чамурлиева М.Н. Логинова Е.Ю. и др. Трудности дифференциальной диагностики поражения косто-мышечной системы у больной псориазом на ранней стадии заболевания (клиническое наблюдение) // *Вестник последипломного медицинского образования.* – 2013. – № 2. – С.22-26.
6. Hitchon C.F., Peschken C.A., Shaikh S. et al. Early undifferentiated arthritis // *Rheum. Dis. Clin. North Amer.* – 2005. – Vol. 31. – P.605-626.
7. Ritchlin C.T., Kavanaugh A., Gladman D.D. et al. Treatment recommendations for psoriatic arthritis // *Ann. Rheum. Dis.* – 2009. – Vol. 68. – P.1387–1394.
8. Olivieri I., Padula A., D'Angelo S., Cutro M.S. Psoriatic arthritis sine psoriasis // *J. Rheumatol.* – 2009. – Vol.83. – P.28-29.
9. Kane D., Pathare S. Early psoriatic arthritis // *Rheum. Dis. Clin. North. Am.* – 2005, – Vol.31. – P.641-657.
10. Taylor W., Gladman D., Helliwell P. et al. Classification criteria for psoriatic arthritis: development of new criteria from a large international study // *Arthr. Rheum.* – 2006, – Vol. 54. – P.2665-2673.

ПРЕДИКТОРЫ РАЗВИТИЯ ПСОРИАТИЧЕСКОГО АРТРИТА

Х.Т.Мирахмедова, Н.А.Дадабаева, А.Н.Жилонова

Ташкентская медицинская академия, г.Ташкент, Республика Узбекистан

В последние годы псориаз (Пс) и псориатический артрит (ПсА) рассматривают как клинические проявления системного процесса в рамках псориатической болезни. Среди значимых факторов в развитии псориатической болезни выделяют генетическую предрасположенность, факторы внешней среды и иммунные нарушения.

Ключевые слова: псориатический артрит (ПсА), предикторы ПсА.

Цель исследования: изучить предикторы развития ПсА.

Материал и методы. Обследовано 150 больных ПсА. Возраст больных колебался от 20 до 71 лет, средний $42,5 \pm 11,2$ года. Из 150 больных ПсА, мужчин было 68 (45,3%) женщин – 82 (54,6%). Диагноз ПсА устанавливался на основании критериев CASPAR. Для подтверждения клинического диагноза псориаза пользовались консультацией дерматовенеролога. Проводилось клиничко-лабораторное и инструментальное обследование больных.

Результаты исследования. Мы постарались выявить причины, предшествующие появлению кожных симптомов и артрита у наших больных. Возникновение и обострение кожного процесса больные связывали с перенесенными простудными заболеваниями – 14,6% больных, психо-эмоциональным стрессом – 42%, аллергическими реакциями 12%, механической травмой кожи – 5,3%, не смогли указать возможную причину своего заболевания 5,3% больных. Анализируя наследственный фактор, было отмечено, что 17,3% пациентов указывали на наличие данного дерма-

тоза у родственников. Причем указанный дерматоз отмечался у отца пробанда – у 6 больных, матери – у 5, отца и матери – у 2, брата – у 6, сестры у – 5, и детей – у 2. Наиболее часто диагностировали обычный псориаз, редко пустулезный и эритродермический. Преобладали пациенты с распространенными формами псориаза. Чаще отмечался осенне-зимний тип сезонности обострения и прогрессивная стадия псориаза. Типичное для псориаза поражение ногтевых пластинок, включающее онихолизис, «симптом наперстка», «занызы», «масляного пятна» или гиперкератоз, зарегистрированное при физикальном обследовании, наблюдалось у 2/3 больных. Ранним симптомом ПсА явилось псориатическое поражение ногтей. При анализе периода манифестации Пс ногтей, было отмечено, что в большинстве случаев (44,6%) поражение ногтей выявлялось после кожных проявлений Пс, но до ПсА. Эта взаимосвязь может иметь прогностическое значение и являться фактором риска развития ПсА. Иногда поражение дистальных межфаланговых суставов (ДМФС) появлялось лишь на тех пальцах, где имеется дистрофия ногтевых пластинок. Нередко