



ФГБОУ ВО СОГМА Минздрава России
Кафедра организации здравоохранения с психологией и педагогикой

«ПСОРИАТИЧЕСКИЙ АРТРИТ»

Научный руководитель: д.м.н. Базаев В.Т.
Исполнитель: аспирант 1-го года обучения Дзиццоева А.А.

Преподаватель: доцент кафедры организации здравоохранения
с психологией и педагогикой ФГБОУ СОГМА,
к.м.н., врач-психотерапевт, профессор РАЕ Татров А.С.



Владикавказ, 2022

Псориаз артропатический (псориаз артропатический)

Хроническое воспалительное заболевание суставов, позвоночника и энтезисов, которое может наблюдаться у больных с псориазом.

При псориазическом 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).

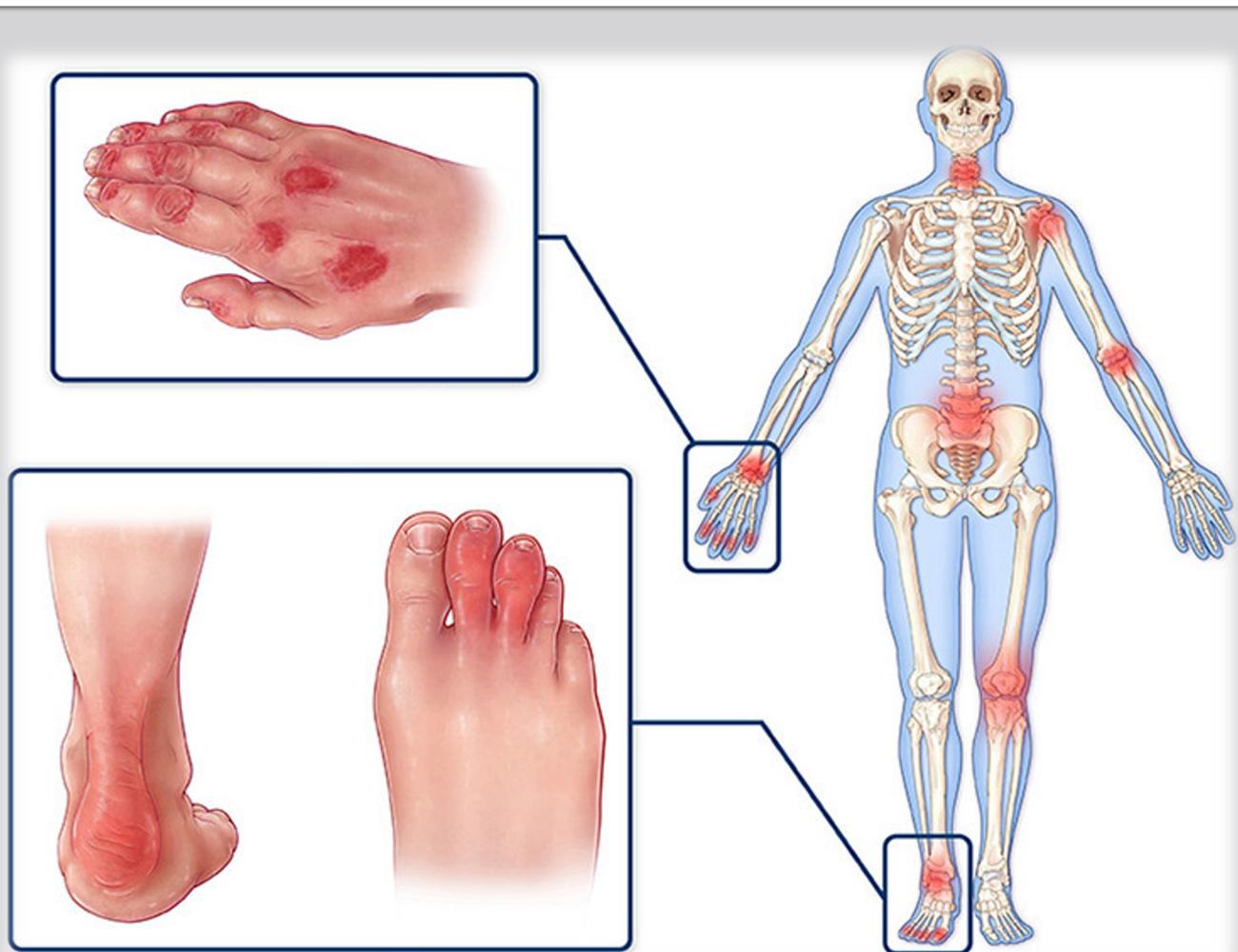
Все варианты заболевания могут быть закодированы как L40.5 *Псориаз артропатический*. В тоже время кодировки в разделе M07* Псориазические и энтеропатические артропатии, уточняют формы заболевания:

M07.0 – *Дистальная межфаланговая псориазическая артропатия;*

M07.1 – *Мутилирующий артрит;*

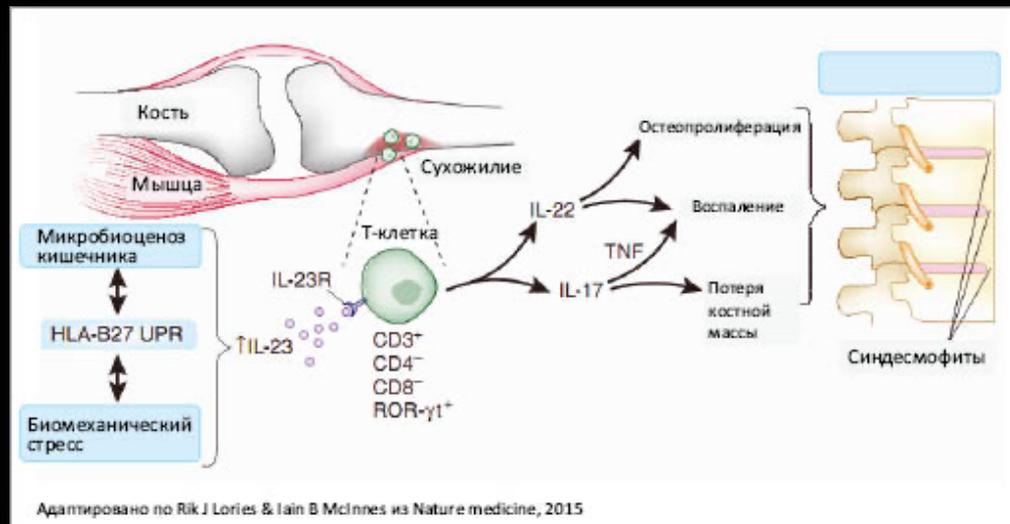
M07.2 – *Псориазический спондилит;*

M07.3 – *Другие псориазические артропатии.*



ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ

- Этиология псориатического артрита неизвестна.
- Имеются данные о наследственной предрасположенности к развитию псориаза и псориатического артрита: более 40% больных псориатическим артритом имеют родственников первой степени родства, страдающих этими заболеваниями.
- Псориаз и псориатический артрит считают Т-клеточно-опосредованными заболеваниями, при которых происходит активация клеточного иммунитета в коже и синовии с последующими гиперпродукцией и дисбалансом ключевых про- и противовоспалительных цитокинов таких как фактор некроза опухоли альфа (ФНО- α), интерлейкины (ИЛ)-12, ИЛ-23, ИЛ-17, ИЛ-1, ИЛ-1 β , ИЛ-6 и хемокинов .

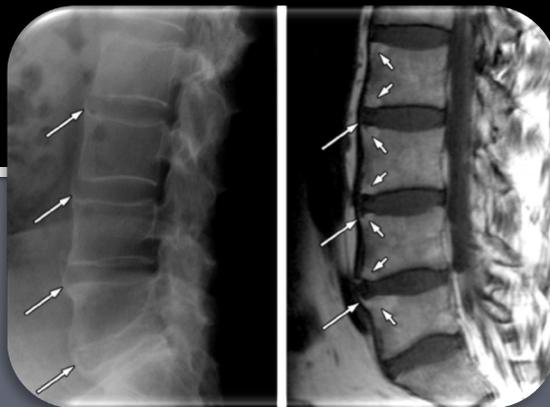


Псориатический артрит может развиваться в любом возрасте. У 70% больных псориаз появляется раньше поражения опорно-двигательного аппарата, у 20% – одновременно, у 15–20% больных – псориатический артрит возникает до первых клинических проявлений псориаза

КЛАССИФИКАЦИЯ

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)



КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

- Клинические симптомы псориатического артрита с преимущественным поражением дистальных межфаланговых суставов кистей и стоп, дистальная форма, характеризуются классическим изолированным поражением дистальных межфаланговых суставов кистей и/или стоп.
- Данная форма наблюдается у 5% больных псориатическим артритом. Вовлечение дистальных межфаланговых суставов кистей и стоп наряду с другими суставами часто наблюдают при других клинических вариантах псориатического артрита.



КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

- Асимметричный моно-олигоартрит встречается у большинства больных с псориатическим артритом (до 70%).
- Обычно вовлекаются коленные, лучезапястные, голеностопные, локтевые, а также межфаланговые суставы кистей и стоп, при этом общее число воспаленных суставов не превышает 4.



КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

- Симметричный полиартрит, ревматоидоподобная форма, наблюдается примерно у 15–20% пациентов с псориатическим артритом.
- Характеризуется вовлечением парных суставных областей как при ревматоидном артрите. Часто наблюдают асимметричный полиартрит пяти или более суставов.



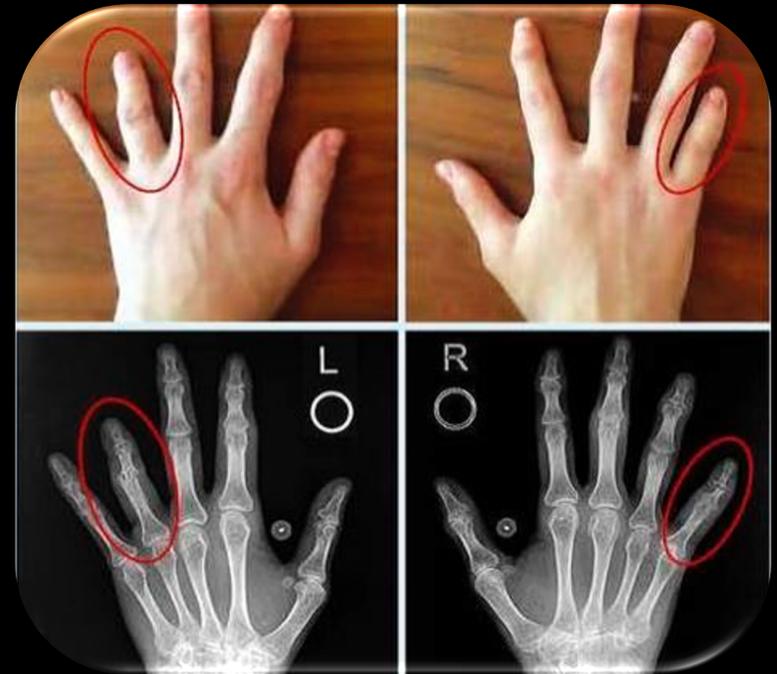
КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

➤ Псориатический спондилит характеризуется воспалительным поражением позвоночника как при анкилозирующем спондилите, часто (примерно у 50%) сочетается с периферическим артритом, редко (2–4%) – наблюдают изолированный спондилит.



КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

- Мутилирующий артрит представляет собой редкую клиническую форму псориатического артрита.
- Наблюдается у 5% больных псориатическим артритом.
- Характеризуется распространенной резорбцией суставных поверхностей (остеолиз) с укорочением пальцев кистей и/или стоп с формированием «телескопической деформации», укорочения, разнонаправленных подвывихов пальцев конечностей. В тоже время локальный (ограниченный) остеолиз суставных поверхностей может развиваться при всех клинических вариантах псориатического артрита.



ДИАГНОСТИКА

- Жалобы и анамнез;
- Физикальное обследование;
- Лабораторные диагностические исследования;
- Инструментальные диагностические исследования;
- Иные диагностические исследования.



➤ Жалобы и анамнез

- Пациенты предъявляют жалобы на боль, припухлость суставах кистей и стоп, коленных, голеностопных, реже плечевых, локтевых и тазобедренных, или равномерную припухлость всего пальца кистей и стоп.
- Одновременно могут наблюдаться боли в области пяток при ходьбе, в месте прикрепления ахилловых сухожилий, а также боль в любом отделе позвоночника, преимущественно в шейном или пояснично-крестцовом, которая возникает в ночное время, уменьшается после физических упражнений или приема нестероидных противовоспалительных препаратов, боль в грудной клетке при дыхании.



У большинства пациентов, которые предъявляют данные жалобы, имеется псориаз кожи и/или ногтей на момент осмотра либо семейный анамнез по псориазу. У части больных перечисленные жалобы возникли спонтанно, примерно у трети – после травмы, значительной физической или эмоциональной перегрузки. Необходимо отметить, что боль в позвоночнике у большинства больных может быть незамеченной в течение длительного времени.

➤ Физикальное обследование

При физикальном обследовании обращают внимание на следующие признаки:

- *при периферическом артрите* – боль, припухлость, ограничение подвижности суставов, артрит дистальных межфаланговых суставов кистей/стоп и «редискообразная» деформация, осевой артрит (одновременное поражение трех суставов одного пальца), дактилит и «сосискообразная» деформация пальцев кистей и стоп.
- *при дактилите* (син. – воспаление пальца) - боль, равномерная припухлость всего пальца с цианотично-багровым окрашиванием кожных покровов, плотным отеком всего пальца, болевым ограничением сгибания, характерная для псориатического артрита «сосискообразная» деформация пальца.
- *при энтезите* – боль, иногда припухлостью в точках энтезов: верхний край надколенника, края (крылья) подвздошных костей, трохантеры, место прикрепления ахиллова сухожилия и подошвенного апоневроза к пяточной кости, латеральный надмыщелок плечевой кости, медиальный мыщелок бедренной кости.
- *при спондилите* – активное выявление воспалительной боли в позвоночнике с последующей оценкой его подвижности по перечисленным ниже тестам.

Для выявления ограничения движений в поясничном отделе в сагиттальной плоскости используется модифицированный тест Шобера. Выполняется в положении пациента стоя прямо: по средней линии спины отмечается точка на воображаемой линии, соединяющей задне-верхние ости подвздошных костей. Затем отмечается вторая точка на 10 см. выше первой. После чего просят пациента нагнуться максимально вперед, не сгибая колен, и в этом положении с помощью сантиметровой ленты измеряют расстояние между двумя точками. В норме это расстояние становится больше 15 см. Измерение проводится дважды. Записывается результат наилучшей попытки.

➤ Лабораторные диагностические исследования



- общий (клинический) анализ крови;
- определение содержания ревматоидного фактора в крови;
- пациентам с положительным результатом определения ревматоидного фактора в крови в целях дифференциальной диагностики с ревматоидным артритом определение содержания антител к циклическому цитрулиновому пептиду (анти-CCP) в крови;
- пациентам с псориатическим артритом с признаками спондилита определение антигена HLA-B27;
- пациентам с острым артритом коленных, 1-ых плюснефаланговых, голеностопных, лучезапястных суставов для дифференциальной диагностики с подагрой анализ крови биохимический общетерапевтический, включая исследование уровня мочевой кислоты в крови;
- пациентам с острым артритом коленного или 1-го плюсне-фалангового сустава лечебно-диагностическая пункция синовиальной сумки сустава.

➤ Инструментальные диагностические исследования

- всем пациентам проведение рентгенографического исследования, если последнее исследование выполнялось не ранее, чем за один год до обращения рентгенография кистей;
- пациентам с жалобами на боли в шейном отделе позвоночника рентгенография шейно-дорсального отдела позвоночника;
- пациентам с жалобами на боли в поясничном отделе позвоночника рентгенография поясничного отдела позвоночника;
- пациентам с жалобами на боли в крестце рентгенография крестца;
- пациентам с жалобами на боли в области крестцово-подвздошного сустава рентгенография подвздошной кости;
- пациентам с жалобами на боли в области локтевого сустава рентгенография локтевого сустава;
- пациентам с жалобами на боли в области коленного сустава рентгенография коленного сустава;
- магнитно-резонансная томография позвоночника проводить **только** больным с наличием боли в соответствующем отделе;
- при рецидивирующем псориатическим артрите коленных суставов артроскопия диагностическая для решения вопроса о необходимости хирургического лечения.

➤ **Иные диагностические исследования**

Диагноз псориатического артрита устанавливают в соответствии с критериями CASPAR (Classification criteria for Psoriatic ARthritis, 2006). Согласно критериям CASPAR, пациенты должны иметь признаки воспалительного заболевания суставов (артрит или спондилит или теносиновит или энтезит) и 3 или более баллов из 5 категорий

	Баллы
1. Псориаз:	
• псориаз в момент осмотра;	2
• псориаз в анамнезе;	1
• семейный анамнез псориаза.	1
2. Псориатическая дистрофия ногтей: точечные вдавления, онихолизис, гиперкератоз	1
3. Отрицательный ревматоидный фактор (кроме метода латекс-теста)	1
4. Дактилит:	
• припухлость всего пальца в момент осмотра;	1
• дактилит в анамнезе.	1
5. Рентгенологические признаки внесуставной костной пролиферации по типу краевых разрастаний (кроме остеофитов) на рентгенограммах кистей и стоп	1

Для оценки активности заболевания и эффективности терапии также могут рассчитываться различные индексы, например, PsARC, DAS, BASDAI

КОНСЕРВАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ

- Цель терапии псориатического артрита – достижение ремиссии или уменьшение проявлений основных клинических проявлений заболевания до минимальных, замедление или предупреждение рентгенологической прогрессии, увеличение продолжительности и качества жизни пациентов;
- Для лечения больных псориатическим артритом применяются нестероидные противовоспалительные и противоревматические препараты, кортикостероиды системного действия (вводимые внутрисуставно), антиметаболиты (метотрексат**) и иммунодепрессанты (сульфасалазин**, лефлуномид**, циклоспорин**, селективные иммунодепрессанты (ингибитор фосфодиэстеразы 4 – апремиласт**, ингибитор янус-киназ тофацитиниб**) и ингибиторы интерлейкинов (ингибиторы ФНО-а – инфликсимаб**, адалимумаб**, голимумаб**, цертолизумаба пэгол**, этанерцепт** и интерлейкинов 12/23 – устекинумаб** и интерлейкина-17 – секукинумаб** и иксекизумаб
- Достижение ремиссии или минимальной активности псориатического артрита следует оценивать каждые 3–6 месяцев [38, 39]. Оценка эффективности проводимой терапии при псориатическом артрите может проводиться с помощью псориатических индексов.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ

- пациентам с псориатическим артритом при рецидивирующем артрите, приведшем к необратимому повреждению и нарушению функции суставов в зависимости от пораженного сустава эндопротезирование.



ИНОЕ ЛЕЧЕНИЕ

➤ К нему относятся такие нефармакологические методы как лечебная физкультура при заболеваниях и травмах суставов, физиотерапевтические методы, иглоукалывание, санаторно-курортное лечение, образование пациента – информирование больных о необходимости вести здоровый образ жизни, нормализовать вес, отказаться от курения. В небольших исследованиях «случай-контроль» показано умеренное и кратковременное анальгезирующее действие иглоукалывания, магнитотерапии (воздействие магнитными полями) и лазеротерапии, бальнеолечения; влияние на прогноз заболевания не доказано.



Используемая литература

1. Федеральные клинические рекомендации. Дерматовенерология 2015: Болезни кожи. Инфекции, передаваемые половым путем. — 5-е изд., перераб, и доп. — М.: Деловой экспресс, 2016. — 768 с. Самцов А.В., Барбинов В.В. «Кожные и венерические болезни»;
2. Дерматовенерология. Национальное руководство
Под ред. Ю. К. Скрипкина, Ю. С. Бутова, О. Л. Иванова. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. — 1024 с.
3. Кожные и венерические заболевания: Полное руководство для врачей
Родионов А.Н. -М.: "Наука и техника", 2012. - 1200 с
4. Дифференциальная диагностика кожных болезней
Б. А. Беренбейн, А. А. Студницин и др.; Под ред. Б. А. Беренбейна, А. А. Студницина. — М.: Медицина, 1989. — 672 с.
5. European Handbook of Dermatological Treatments
Andreas D. Katsambas, Torello M. Lotti, Clio Dessinioti, Angelo Massimiliano D'Erme -
3rd ed. - Springer-Verlag Berlin Heidelberg, 2015. - 1579 p.
6. https://cnikvi.ru/docs/clinic_recs/klinicheskie-rekomendatsii-2019-2020/files/КР%20Псориаз%20артропатический,%202020.docx