

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
"Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф.Войно-
Ясенецкого" Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра внутренних болезней № 1

Реферат на тему:

«Псориатический артрит»

Автор: Гриценко О.Д.

Красноярск, 2018 г.

ПЛАН:

1. Определение
2. Этиология и эпидемиология
3. Классификация
4. Клиническая картина
5. Диагностика
6. Дифференциальная диагностика
7. Оценка активности и ответа на терапию.
8. Медикаментозное лечение.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ

Псориатический артрит (ПсА) - хроническое воспалительное заболевание суставов, позвоночника и энтезисов из группы спондилоартритов (СпА), которое наблюдается у больных псориазом.

ЭТИОЛОГИЯ И ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

ПсА выявляют у 6,25% - 42% больных псориазом (Пс). По данным популяционных исследований, в различных странах заболеваемость ПсА составляет 3-8/100,000, распространенность – 0,05 - 1,2 %. ПсА может развиваться в любом возрасте, мужчины и женщины болеют одинаково часто. В основном ПсА развивается постепенно, редко – остро. У 70% больных псориатическое поражение кожи появляется раньше поражения суставов, позвоночника или энтезисов, у 20% - одновременно, у 15-20% - ПсА возникает до первых клинических проявлений псориаза. Корреляция между тяжестью псориатического поражения кожи и артрита может отсутствовать, однако, в когортных наблюдениях отмечена высокая частота случаев ПсА у больных с распространенным псориазом.

Этиология ПсА не известна, первичная профилактика не разработана. Заболевание возникает в результате сложных взаимодействий между генетическими, иммунологическими и факторами внешней среды. Имеются данные о наследственной предрасположенности к развитию как псориаза, так и ПсА: более чем 40% больных ПсА имеют родственников первой степени родства, страдающих этими заболеваниями. Псориаз и ПсА считают Т-клеточно-опосредованными заболеваниями при которых происходит активация клеточного иммунитета в коже и синовии с последующей гиперпродукцией и дисбалансом ключевых про- и противовоспалительных цитокинов таких как ФНО- α , интерлейкины (ИЛ) 12, ИЛ 23, ИЛ 17, ИЛ 1, ИЛ 1 β , ИЛ-6 и хемокинов (таблица 1).

Таблица 1.

Факторы, влияющие на развитие ПсА у больных Пс.

Факторы	Описание
1. Внешние	1.Травма 2. Инфекция 3. Психоэмоциональное перенапряжение, стрессы
2. Внутренние	1. Генетическая предрасположенность к развитию Пс и ПсА 2. Нарушение нейро-эндокринных и иммунных (цитокиновых, хемокиновых) механизмов регуляции.

	2. Ожирение 3. Табакокурение
--	---------------------------------

В	Ожирение и табакокурение - факторы развития ПсА у больных псориазом, особенно в молодом возрасте [4-6]
----------	--

КЛАССИФИКАЦИЯ

Выделяют 5 клинических форм ПсА (таблица 2).

Таблица 2.

Клинические варианты ПсА [Moll J., Wright V.,1973]

Клинические варианты ПсА	Основная характеристика
Преимущественное поражение дистальных межфаланговых суставов кистей (ДМФС) кистей и стоп (дистальная форма)	Классическое изолированное поражение ДМФС кистей и/или стоп наблюдается у 5% больных ПсА. Вовлечение ДМФС наряду с другими суставами часто наблюдают при других клинических вариантах ПсА.
Асимметричный моно-олигоартрит	Встречается у большинства больных с ПсА (до 70%). Обычно вовлекаются коленные, лучезапястные, голеностопные, локтевые, а также межфаланговые суставы кистей и стоп, при этом общее число воспаленных суставов не превышает 4.
Симметричный полиартрит (ревматоидоподобная форма)	Наблюдается у около 15-20% пациентов с ПсА. Характеризуется вовлечением парных суставных областей как при ревматоидном артрите. Часто наблюдают асимметричный полиартрит пяти или более суставов.
Псориатический спондилит	Характеризуется воспалительным поражением позвоночника как при АС, часто (у около 50%) сочетается с периферическим артритом, редко (2-4%) – наблюдают изолированный спондилит.

Мутилирующий артрит	Редкая клиническая форма ПсА, наблюдается у 5% больных, 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 ПсА.
---------------------	--

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

Основные клинические проявления ПсА - периферический артрит, дактилит, спондилит, энтезит, теносиновит, а также псориазоподобное поражение кожи и ногтей различной локализации [8-10].

Периферический артрит клинически проявляется болью, припухлостью, ограничением подвижности суставов. Характерные признаки – 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.

Дактилит (син. - воспаление пальца) возникает в результате одновременного поражения сухожилий сгибателей и/или разгибателей пальцев и артрита межфаланговых суставов. Клинически проявляется болью, цианотично-багровым окрашиванием кожных покровов, плотным отеком всего пальца, болевым ограничением сгибания, формируется характерная для ПсА «сосискообразная» деформация пальца.

Энтезит клинически проявляется болью, иногда припухлостью в точках энтезов (места прикрепления сухожилий к костям). Типичная локализация - место прикрепления ахиллова сухожилия и подошвенного апоневроза к пяточной кости, латеральный надмыщелок плечевой кости, медиальный мыщелок бедренной кости, верхний край надколенника, края (крылья) подвздошных костей, трохантеры, остистые отростки тел позвонков. Энтезиты пяточных областей часто являются причиной функциональных нарушений у больных.

Теносиновит - воспаление сухожилий сгибателей и/или разгибателей пальцев кистей и стоп. Клинически проявляется болью, припухлостью по ходу сухожилий, а также ограничением функции (сгибание пальцев).

Спондилит - проявляется воспалительной болью в спине (ВБС) по критериям ASAS, 2009 (Assessment of SpondyloArthritis International Society - международное

общество по изучению спондилоартритов) (см. раздел «Диагностика ПсА») в любом отделе позвоночника, нередко – в шейном отделе, ограничением подвижности, сакроилиитом, часто - асимметричным. Особенность - при ПсА спондилит часто протекает бессимптомно для пациента и без заметных функциональных нарушений, несмотря на существенные рентгенологические изменения в крестцово-подвздошных сочленениях, телах позвонков, передней и задней продольных связках.

ПсА может сопровождаться развитием остеопороза с прогрессирующим течением.

ДИАГНОСТИКА

При псориазе может развиваться любое ревматическое заболевание (РЗ). Диагноз ПсА устанавливают, в первую очередь, на основании выявления типичных клинических и рентгенологических признаков заболевания. Специфические лабораторные тесты отсутствуют, у 40-60% больных биомаркеры воспаления (СОЭ, СРБ) остаются нормальными. У трети пациентов выявляют HLA B27 антиген. Анализ синовиальной жидкости не дает специфических результатов, иногда выявляют высокий цитоз.

При ПсА в крови пациентов редко (12% и 15% случаев соответственно) обнаруживают РФ (ревматоидный фактор) и АЦЦП (антитела к циклическому цитруллинированному пептиду), главным образом, в низких титрах.

Инструментальная диагностика ПсА включает минимально обязательное стандартное рентгенографическое исследование кистей, стоп, таза (в прямой проекции) и переходного отдела позвоночника (нижне-грудного с захватом поясничного в боковой проекции). По показаниям следует выполнять рентгенографические исследования других суставов и отделов позвоночника, вовлеченных в патологический процесс. Данные исследования проводятся не чаще, чем один раз в год.

Характерные рентгенологические изменения при ПсА: сужение суставной щели; костная ремодуляция (резорбция концевых фаланг, крупные эксцентрические эрозии, остеолит – деформация по типу «карандаш в стакане») и костные пролиферации (краевые костные разрастания, периоститы, энтезофиты и костные анкилозы), асимметричный двусторонний/односторонний сакроилиит, паравертебральные оссификаты и краевые синдесмофиты.

Для ранней диагностики воспалительных изменений в суставах (синовит), позвоночнике (спондилит) и илеосакральных сочленениях (сакроилиит), а также сухожильно-связочном аппарате (энтезит, тендинит) используют магнитнорезонансную томографию (МРТ), ультразвуковое исследование высокого разрешения с энергетическим доплеровским картированием (ЭДК). В ряде случаев ранней диагностики рекомендуется проведение сцинтиграфии скелета.

Диагностика периферического артрита.

Критерии ПсА CASPAR (ClASsification criteria for Psoriatic ARthritis, 2006).

Согласно критериям CASPAR, пациенты должны иметь признаки воспалительного заболевания суставов (артрит, спондилит или энтезит) и 3 или более баллов из следующих 5 категорий:

Категория	Баллы
1. Псориаз: – псориаз в момент осмотра – псориаз в анамнезе – семейный анамнез псориаза	2 1 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 – дактилит в анамнезе	1 1
5. Рентгенологические признаки внесуставной костной пролиферации по типу краевых разрастаний (кроме остеофитов) на рентгенограммах кистей и стоп	1

Диагноз спондилита при ПсА (син. - псориатический спондилит (ПсСп)) устанавливают на основании наличия двух из трех представленных ниже признаков:

1. Наличие воспалительной боли в спине (ВБС) по критериям ASAS (2009) и/или перемежающейся боли в ягодицах;

2. Ограничение подвижности в шейном, грудном или поясничном отделе позвоночника в сагиттальной и фронтальной плоскостях;

3. Признаки двустороннего сакроилиита 2 стадии или одностороннего 3-4 стадии (по Kelgren) на обзорной рентгенограмме таза, синдесмофиты или

паравертебральные оссификаты на рентгенограмме позвоночнике в боковой или прямой проекции;

4. выявление МРТ-активного сакроилиита (остеит/отек костного мозга в области илиосакральных сочленений в STIR–режиме или T1 с подавлением жира).

Критерии ASAS для ВБС (2009):

Боль в спине считается воспалительной, если у пациента с хронической болью, длительностью более 3-х месяцев присутствуют 4 из 5 нижеследующих признаков:

- начало в возрасте до 40 лет;
- постепенное начало;
- улучшение после физических упражнений;
- отсутствие улучшения после отдыха;
- ночная боль (с улучшением после пробуждения).

Скрининг и ранняя диагностика ПсА у больных Пс.

При отсутствии своевременной диагностики и терапии ПсА у больных Пс возрастает риск прогрессирования болезни и развития функциональных нарушений. В исследовании Кане D. у 47% больных ПсА обнаружили эрозии суставов через 2 года от начала болезни. 2+.

Все пациенты с Пс при наличии суставных жалоб должны быть осмотрены врачом-ревматологом с целью ранней диагностики ПсА, предупреждения развития деструкций суставов и функциональных нарушений.

Врачи-специалисты, осуществляющие лечение и наблюдение за больными Пс должны помнить о возможности развития у данной категории больных ПсА.

Диагностика ПсА у больных Пс с признаками воспалительного поражения опорно-двигательного аппарата (артрит или спондилит или энтезит) осуществляется на основе критериев CASPAR.

Коморбидность при ПсА.

Псориаз является независимым фактором риска для развития одного или двух аутоиммунных заболеваний.

У больных ПсА отмечается повышенный риск развития коморбидных заболеваний: сахарный диабет 2 типа, гипертоническая болезнь, ишемическая болезнь сердца, ожирение, метаболический синдром, Болезнь Крона, гиперлипидемия, воспалительные заболевания кишечника, ирит, увеит, эписклерит, депрессия, алкоголизм, лимфома [20-24].

Специалисты, осуществляющие лечение и наблюдение за больными с ПсА должны помнить о возможности развития у них коморбидных заболеваний и состояний, а при их возникновении своевременно направлять пациентов к профильными врачам-специалистами

При назначении терапии больным ПсА необходимо учитывать коморбидность [25].

Кардиоваскулярный риск.

Псориаз, ПсА являются факторами развития кардиоваскулярных заболеваний. Выявлено повышение значения стандартного показателя смертности больных ПсА по сравнению с популяционными показателями, при этом основными причинами летальных исходов (36,2%) являются сердечно-сосудистые расстройства. В исследованиях на крупных выборках больных ПсА (более 3000 человек) показано повышенное по сравнению с популяцией распространение атеросклероза – в 1,4 раза, ИБС – в 1,3 раза, заболеваний, связанных с нарушением периферического кровообращения – в 1,6 раза, сахарного диабета 2 типа – в 1,5 раза, гиперлипидемии – в 1,2 раза, артериальной гипертензии – в 1,3 раза [26]. При ПсА и Пс у половины пациентов выявляют метаболический синдром, а также нарушения сердечной проводимости, признаки субклинического атеросклероза в виде утолщения комплекса интима-медиа сонных артерий, повышение артериальной ригидности, дисфункцию эндотелия магистральных артерий.

Не реже 1 раза в год у больных ПсА целесообразно контролировать индекс массы тела, липидный профиль, артериальное давление, выполнять электрокардиографическое исследование сердца и

скрининг на наличие сахарного диабета

Всем больным с ПсА необходимо придерживаться здорового образа жизни, который включает регулярные физические упражнения, контроль за индексом массы тела (в пределах 18,5-24,5), снижение потребления алкоголя и отказ от курения

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА

Дифференциальная диагностика ПсА осуществляется врачом-ревматологом при участии врача-дерматолога.

ПсА необходимо дифференцировать с ревматоидным артритом (РА), подагрой, реактивным артритом (РеА), остеоартрозом (ОА), анкилозирующим спондилитом (АС). На этапе скрининга и диагностики в крови определяют скорость оседания эритроцитов (СОЭ, мм/ч), уровень С-реактивного белка (СРБ) высокочувствительным методом (мг/л), наличие РФ высокочувствительным методом (кроме метода «латекс-тест») и/или АЦЦП.

При дифференциальной диагностике учитывают характер течения артрита, данные иммунологического исследования, при необходимости - в крови определяют уровень мочевой кислоты, проводят анализ синовиальной жидкости, где определяют цитоз и/или кристаллы моноурата натрия; при подозрении на РеА - исследуют соскоб эпителия уретры на хламидии (методом посева на культуру клеток), кал на сальмонеллы, иерсинии, шигеллы (посев), в случае наличия примеси крови в стуле – проводят колоноскопию для исключения воспалительного заболевания кишечника (болезнь Крона или неспецифический язвенный колит).

ОЦЕНКА АКТИВНОСТИ И ОТВЕТА НА ТЕРАПИЮ ПРИ ПсА.

Оценка активности и влияния терапии на периферический артрит.

Оценивают число болезненных суставов (ЧБС) из 68 и число припухших суставов (ЧПС) из 66, дистальные межфаланговые суставы стоп не учитывают.

Оценивают височно-нижнечелюстные, грудино-ключичные, ключично-акромиальные, плечевые, локтевые, лучезапястные суставы, 1-5-е пястно-фаланговые, 1-е межфаланговые, 2-5-е проксимальные межфаланговые, 2-5-е дистальные межфаланговые суставы кистей, тазобедренные (оценивают только боль при пассивных движениях), коленные, голеностопные, суставы предплюсны, 1-5-е плюсне-фаланговые, 1-е межфаланговые, 2-5-е проксимальные межфаланговые.

Для оценки активности ПсА пациентом и врачом, а также выраженности боли используют Визуальную Аналоговую Шкалу (ВАШ, мм) или 5-балльную шкалу Likert, где:

«отлично» - 0,

«хорошо» - 1,

«удовлетворительно» - 2,

«плохо» - 3,

«очень плохо» - 4.

Ответ на терапию оценивают по специально разработанному для ПсА критерию PsARC (**P**soriatic **A**rthritis **R**esponse **C**riteria), а также EULAR

PsARC.

1. число болезненных суставов (ЧБС из 68)
2. число припухших суставов (ЧПС из 66)
3. общая оценка активности ПсА врачом по 5 - балльной шкале Likert- «отлично» - 1, «хорошо» - 2, «удовлетворительно» - 3, «плохо» - 4, «очень плохо» - 5
4. общая оценка активности ПсА больным по 5 - балльной шкале Likert- «отлично» - 1, «хорошо» - 2, «удовлетворительно» - 3, «плохо» - 4, «очень плохо» - 5

Улучшение:

1. уменьшение общей оценки активности ПсА пациент/врач на ≥ 1 пункт
2. уменьшение ЧБС/ЧПС на $\geq 30\%$.

Ухудшение:

1. увеличение общей оценки активности ПсА пациент/врач на ≥ 1 пункт
2. увеличение ЧБС/ЧПС $\geq 30\%$.

Ответ на терапию:

1. улучшение двух из четырех указанных критериев, причем один из них – ЧБС или ЧПС.
2. не допускается ухудшение ни одного из показателей.

Оценка эффективности предпринятой терапии у пациентов с ПсА осуществляется в сроки, предусмотренные индивидуально для каждого лекарственного препарата (см. раздел «лечение ПсА»).

Модифицированный суставной Индекс Ричи (ИР)

Используется для оценки степени выраженности пальпаторной болезненности в 68 суставах, которые указаны выше. В тазобедренных суставах боль определяется при пассивных движениях. Выраженность болезненности оценивается по 4-х балльной системе: 0 – отсутствие болезненности, 1 - боль слабая - пациент констатирует боль, 2 - боль умеренная - пациент констатирует боль и морщится, 3 - боль выраженная -

пациент отдергивает конечность. Данный индекс самостоятельно не используется, входит в состав индекса активности DAS.

EULAR критерии эффективности терапии - динамика DAS

(Disease Activity Score). **Формулы DAS**

$$\text{DAS} = 0,54 \times \sqrt{\text{ИР}} + 0,065 \times \text{ЧПС} + 0,330 \times \ln(\text{СОЭ}) + 0,0072 \times \text{ОЗП} \quad (1),$$

где ИР - индекс Ричи, ЧПС - число припухших суставов из 66, СОЭ - Скорость оседания эритроцитов (по Вестергрену, мм/ч), ОЗП - общая оценка активности ПсА пациентом, ВАШ, мм.

Пороговые значения DAS для определения активности ПсА: высокая активность - $\text{DAS} > 3,7$, умеренная - $\text{DAS} > 2,4 \leq 3,7$, низкая - $\text{DAS} \leq 2,4$.

$$\text{DAS28} = 0,56 \times (\sqrt{\text{ЧБС}}) + 0,28 \times (\sqrt{\text{ЧПС}}) + 0,70 \times \ln(\text{СОЭ}) + 0,014 \times \text{ОЗП} \quad (2),$$

где ЧБС - число болезненных суставов из 28, ЧПС - число припухших суставов из 28, СОЭ - скорость оседания эритроцитов (по Вестергрену, мм/ч), ОЗП - общая оценка заболевания пациентом, ВАШ, мм. Для расчета DAS28 оценивают следующие суставы: плечевые, локтевые, лучезапястные, 1-5-е пястно-фаланговые, 1-е межфаланговые, 2-5-е проксимальные межфаланговые суставы кистей, коленные.

Пороговые значения DAS28: высокая активность ПсА - $\text{DAS} > 5,1$, умеренная - $\text{DAS} > 3,2 \leq 5,1$, низкая - $\text{DAS} \leq 3,2$

Критерии ответа на терапию EULAR:

1. Нет ответа - уменьшение DAS по сравнению с исходным на $\leq 0,6$
2. Удовлетворительный ответ - изменение DAS между от 0,6 до 1,2.
3. Хороший ответ - уменьшение DAS на $> 1,2$.
4. Ремиссия – $\text{DAS} < 1,6$

Оценка активности и влияния терапии на дактилит.

Для оценки эффективности терапии определяют изменение числа пальцев с дактилитом в процессе наблюдения.

Оценка влияния терапии на энтезит.

Оценивают динамику энтезиального индекса LEI (Leeds Enthesitis Index). LEI вычисляют простым суммированием уровня пальпаторной болезненности в баллах в 6 парных точках прикрепления энтезисов: ахиллово сухожилие, латеральный надмышцелок плечевой кости, медиальный мыщелок бедренной кости. Градации - 0 – «нет боли», 1 – «боль есть», максимально 6 баллов.

Оценка активности и влияния терапии на спондилит.

Оценивают на основании изменения индекса активности Анкилозирующего Спондилита **BASDAI** (**Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index** - самопросник из 6 вопросов, для ответа используется числовая рейтинговая шкала от 0 («очень хорошо») до 10 («очень плохо»)). **BASDAI** используют у больных ПсА, как для оценки активности поражения позвоночника, так и для эффективности терапии – оценка влияния на спондилит.

BASDAI < 4 без нарушения функции соответствует низкой активности ПсСп;

BASDAI > 4 без нарушения функции и **BASDAI < 4** в сочетании с нарушением функции – умеренной;

BASDAI > 4 в сочетании с нарушением функции - соответствует высокой активности;

Уменьшение **BASDAI** на 50% (**BASDAI 50**) свидетельствует о наличии ответа на терапию.

D	BASDAI используется для мониторинга эффективности терапии у больных ПсА с активным поражением позвоночника [37].
----------	---

Оценка функционального индекса качества жизни у больных ПсА проводится с помощью индекса **HAQ**.

Индивидуальная регистрационная карта для оценки активности ПсА и ответа на терапию представлена в Приложении 1.

Оценка активности и влияние терапии на псориатические поражения кожи.

Эффективность терапии при псориатическом поражении кожи определяют на основании динамики индекса тяжести и распространенности **PASI** (**P**soriasis **A**rea **S**everity **I**ndex) и общей площади поражения кожи псориазом - **BSA** (**B**ody **S**urface **A**rea, %). Терапию следует считать эффективной при уменьшении **PASI** по сравнению с исходным значением не менее чем на 50% (оптимально на 75% или 90%) – ответ **PASI 50/75/90** или уменьшение **BSA** [25, 36].

Индекс **PASI** до 10 баллов соответствует легкой степени заболевания, 11 и более баллов – средне-тяжелой и тяжелой степени псориаза.

Расчет BSA - 1 ладонь пациента до средних фаланг пальцев соответствует 1% площади тела. При распространенном псориазе (**BSA ≥ 10%**), рассчитывают **PASI** (**P**soriasis **A**rea **S**everity **I**ndex).

Расчет PASI – композитная оценка эритемы (Э), инфильтрации (И), шелушения (Ш) и площади (S) псориатической бляшки.

Для расчета PASI тело условно разделяют на четыре области: голова (г), туловище (т), руки (р), ноги (н).

Для каждой из них оценивают:

1. Площадь псориатического поражения кожи - (S) (определяют сначала в % из расчета - на голове 1 ладонь пациента соответствует 10%, на туловище - 3,3%, на руках - 5%, на ногах - 2,5%, а затем в баллах - 0 – нет псориаза, 1 - псориазом поражено меньше 10% площади любой из указанных частей тела, 2 – псориазом поражено от 10 до 29%, 3 – от 30 до 49%, 4 – от 50 до 69 %, 5 - от 70 до 89%, 6 – от 90 до 100%).

2. Эритему, инфильтрацию и шелушение определяют в баллах: 0 – отсутствие псориаза, 1 - минимальная выраженность, 2 – умеренная, 3 – значительная, 4 – максимальная. Формула расчета:

$$\text{PASI} = [0,1 \times (\text{Эг} + \text{Иг} + \text{Шг}) \times \text{S}] + [0,2 \times (\text{Эр} + \text{Ир} + \text{Шр}) \times \text{S}] + [0,3 \times (\text{Эт} + \text{Ит} + \text{Шт}) \times \text{S}] + [0,4 \times (\text{Эн} + \text{Ин} + \text{Шн}) \times \text{S}] \quad (3)$$

Диапазон изменений от 0 до 72 баллов.

Расчет PASI доступен в режиме он-лайн на <http://www.dermnetnz.org/scaly/pasi.html>, обучающее видео - на сайте GRAPPA (Group for Research and Assessment of Psoriasis and Psoriatic Arthritis): <http://www.grappanetwork.org>.

Для оценки тяжести псориаза и ответа на терапию используют Дерматологический индекс качества жизни - **DLQI** - (Dermatology Life Quality Index - Finlay, 1994) в форме самооценки пациентов из 10 вопросов (таблица 3).

Таблица 3.

Вопросы анкеты дерматологического индекса качества жизни (DLQI)

1.	Насколько сильно Вас беспокоят зуд, боль, жжение, болезненность кожи за последнюю неделю?
2.	Насколько неуверенно Вы чувствовали себя из-за состояния своей кожи за последнюю неделю?
3.	Насколько сильно состояние Вашей кожи мешало Вам при совершении покупок, работе по хозяйству за последнюю неделю?

4.	Насколько сильно состояние Вашей кожи повлияло на выбор носимой Вами одежды за последнюю неделю?
5.	Насколько сильно состояние Вашей кожи помешало Вашим контактам с окружающими, активному отдыху за последнюю неделю?
6.	Насколько сильно состояние вашей кожи помешало Вам в занятиях физкультурой и спортом за последнюю неделю?
7.	Помешало ли Вам состояние Вашей кожи в работе или учебе за последнюю неделю?
8.	Влияло ли состояние Вашей кожи на отношения с друзьями, близкими, родственниками, партнерами за последнюю неделю?
9.	Насколько сильно состояние вашей кожи затрудняло Вам интимные отношения за последнюю неделю?
10.	Насколько сильно лечение Вашего заболевания изменило порядок Вашей жизни (например, Вы потеряли много времени, денег, уделяли меньше внимания работе, семье)?

Каждый вопрос оценивается по 3-бальной системе: очень сильно (очень часто) - 3 балла, сильно (часто) - 2 балла, несильно - 1 балл, совсем нет или затрудняюсь ответить - 0 баллов. На 7 вопрос при ответе да - 3 балла, при ответе нет - 0 баллов. Если без ответа остается более двух вопросов, анкета не засчитывается. Подсчет индекса осуществляется простым суммированием всех баллов: минимальное значение - 0 баллов, максимальное значение - 30 баллов. Чем больше показатель, тем более отрицательное воздействие оказывает заболевание на качество жизни.

Градации клинической активности ПСА

Клинические категории	Низкая	Умеренная	Высокая
-----------------------	--------	-----------	---------

Периферический артрит	<p>ЧБС или ЧПС < 5</p> <p>Отсутствуют рентгенологические деструкции и функциональные нарушения.</p> <p>Минимальные нарушения качества жизни</p>	<p>≥ 5 ЧБС или ЧПС</p> <p>Единичные рентгенологические деструкции, умеренные функциональные нарушения.</p> <p>Умеренное нарушение качества жизни</p>	<p>≥ 5 ЧБС или ЧПС</p> <p>Распространенные рентгенологические деструкции и выраженные функциональные нарушения</p> <p>Выраженное нарушение качества жизни</p> <p>Отсутствие ответа на стандартную терапию</p>
Псориаз	<p>BSA < 5, PASI < 5, отсутствие симптомов, DIQL < 10</p>	<p>Отсутствие ответа на наружную терапию</p> <p>DIQL < 10, PASI < 10, BSA < 10</p>	<p>BSA > 10, DIQL > 10, PASI > 10</p>
Поражение позвоночника	<p>Слабая боль в позвоночнике</p> <p>Отсутствуют функциональные нарушения</p>	<p>Выраженная боль в позвоночнике</p> <p>BASDAI > 4, функциональные нарушения</p>	<p>Выраженная боль в позвоночнике</p> <p>BASDAI > 4, Отсутствие ответа на стандартную терапию.</p>
Энтезит	<p>Вовлечены 1-2 точки энтезов. Нет ухудшения функции</p>	<p>Вовлечены > 2 точек энтезов или ухудшение функции</p>	<p>Вовлечены > 2 точек энтезов или ухудшение функции и отсутствие ответа на стандартную терапию</p>
Дактилит	<p>Незначительная боль или отсутствие боли</p> <p>Нормальная функция</p>	<p>Эрозии суставов или ухудшение функции</p>	<p>Отсутствие ответа на стандартную терапию</p>

Активный ПсА – это ≥ 1 ЧБС/ЧПС и/или энтезит и/или дактилит и/или наличие воспалительной боли в спине (спондилит).

ЛЕЧЕНИЕ

Общие замечания по терапии

ПсА – гетерогенное и потенциально тяжелое заболевание, которое нуждается в мультидисциплинарном подходе в терапии.

Лечение пациентов ПсА с преимущественным поражением опорно-двигательного аппарата осуществляется в соответствии с порядками оказания медицинской помощи специалистами (ревматолог; дерматовенеролог)

Больные ПсА с клинически значимым псориазом кожи и ногтей наблюдаются дерматовенерологом и ревматологом. Выбор терапии основывается на тесном взаимодействии врача и пациента.

Цель фармакотерапии ПсА – достижение ремиссии или минимальной активности основных клинических проявлений заболевания, замедление или предупреждение рентгенологической прогрессии, увеличение продолжительности и качества жизни пациентов, а также снижение риска коморбидных заболеваний

Выбор терапии основывается на тесном взаимодействии врача и пациента

Ремиссия ПсА – это отсутствие любых клинических симптомов заболевания (артрит, дактилит, энтезит, теносиновит, спондилит, минимальная активность псориаза).

Минимальная активность ПсА признается при наличии любых 5 из 7 нижеследующих критериев:

- ЧБС \leq 1;
- ЧПС \leq 1;
- PASI \leq 1 баллы или BSA \leq 3%;
- ОБП \leq 15мм;
- ОЗП \leq 20мм;
- HAQ \leq 0,5;

- число воспаленных энтезисов ≤ 1 , где
ЧБС – число болезненных суставов из 68,
ЧПС – число припухших суставов из 66,
РАSI и BSA – индексы тяжести и распространенности псориаза,
ОБП – оценка боли пациентом по Визуальной Аналоговой Шкале (ВАШ, мм),
ОЗП – оценка активности заболевания пациентом по ВАШ, мм, HAQ [Health Assessment Questionnaire] – функциональный индекс качества жизни.

МЕДИКАМЕНТОЗНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПсА.

Для лечения ПсА применяют нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП), базисные противовоспалительные препараты (БПВП), генно-инженерные биологические препараты (ГИБП), а также внутрисуставные глюкокортикоиды (ВСГК) [3, 25, 40, 44].

При ПсА эффективность лечения рекомендуется оценивать каждые 3-6 месяцев, а при необходимости изменять схему лечения в зависимости от достижения цели терапии - ремиссия или минимальная активность ПсА [25, 40, 44].

Нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП).

При ПсА НПВП рекомендуют для уменьшения симптомов артрита при отсутствии противопоказаний. НПВП не влияют на прогрессирование деструкции суставов и прогноз заболевания [25, 45].

При ПсА не доказано преимущество какой-либо одной группы НПВП или случаев экзацербации псориаза, хотя отдельные наблюдения описаны [25, 40].

Базисные противовоспалительные препараты (БПВП) - метотрексат, сульфасалазин, лефлуномид, циклоспорин

Циклоспорин.

Назначают из расчета 2,5-5 мг на 1 кг массы тела в сутки. При достижении клинического результата дозу препарата постепенно снижают до полной отмены. В случае постоянно рецидивирующего течения псориаза и невозможности полной отмены препарата назначают минимально эффективную дозу на длительное время, но не более 2-х лет, в связи с возможным нефротоксическим и гепатотоксическим действием, а также кардиоваскулярным риском.

Лефлуноמיד.

Обычно используется в дозе 20 мг в сутки с предшествующей нагрузочной дозой 100 мг/сутки в течение 3-х дней. В одном клиническом наблюдении отмечена способность ЛФ задерживать рентгенологическое прогрессирование после 1 года терапии. Токсический профиль ЛФ – низкий. Часто – гепатотоксичность (повышение АЛТ и/или АсТ), повышение артериального давления. Реже – диарея, тошнота, нейтропения, агранулоцитоз.

Сульфасалазин.

Препарат применяют в нарастающей дозе. Лечение начинают с 500 мг в сутки, еженедельно прибавляя по 500 мг до лечебной дозы 2 г в сутки. Его действие начинается через 6-8 недель, наибольший эффект наступает через 12-16 недель. При отсутствии эффекта целесообразно увеличить дозу препарата до 3 г в сутки. Токсический профиль СФС – низкий. Часто – повышение трансаминаз крови (АсТ, АЛТ), креатинина, снижение количества клеток крови, гастралгии.

Оценка эффективности БПВП проводится в сроки 3 и 6 месяцев с момента начала терапии, когда специалистом должно быть принято решение о продолжении данной терапии или необходимости ее усиления.

Генно-инженерные биологические препараты (ГИБП).

В настоящее время в РФ среди ГИБП для лечения ПсА зарегистрированы ингибиторы ФНО- α (инфликсимаб - ИНФ, адалимумаб – АДА, этанерцепт – ЭТЦ, голимумаб – ГЛМ) и моноклональные антитела к интерлейкинам (ИЛ) 12/23 - устекинумаб (УСТ).

Перед назначением ГИБП обязательным является скрининг на туберкулез (проба

Манту или Диаскин-тест/квантифероновый тест, рентгенография органов грудной клетки, при необходимости - компьютерная томография легких, консультация фтизиатра), который повторяют через каждые 6 месяцев терапии.

При ПсА ингибиторы ФНО- α уменьшают активность артрита, энтезита, дактилита, спондилита, псориаза, а также задерживают рентгенологическое прогрессирование в суставах и улучшают функциональное состояние больных. Данные о влиянии ингибиторов ФНО- α на спондилит при ПсА экстраполированы из РКИ при Анкилозирующем спондилите (АС). По результатам ряда РКИ, в которые включены данные, полученные на российской популяции, УСТ активно воздействует на клинические проявления псориаза и одновременно на основные признаки ПсА (артрит, дактилит, спондилит, энтезит), а также задерживает рентгенологическое прогрессирование в суставах. При неэффективности

одного ингибитора ФНО- α пациента переключают на лечение другим ингибитором ФНО- α или моноклональные антитела к интерлейкинам (ИЛ) 12/23 (УСТ). Влияние терапии на симптомы артрита оцениваются каждые 3 месяца по критерию PsARC.

Список литературы

1. Gelfand J M, Gladman DD, Mease PJ, et al. Epidemiology of psoriatic arthritis in the population of the United States. *J Am Acad Dermatol.* 2005;53: 573.
2. Gossec L, Smolen J, Gaujoux-Viala C, et al. European League Against Rheumatism recommendations for the management of psoriatic arthritis with pharmacological therapies. *Ann Rheum Dis.* 2012 Jan;71(1):4-12.
3. Mease PJ. Assessment tools in psoriatic arthritis. *J Rheumatol.* 2008;35:1426-30.
4. Муравьев ЮВ, Денисов ЛН, Алексеева АВ и др. Открытое контролируемое рандомизированное 24-недельное сравнительное исследование инъекционной и таблетированной лекарственных форм метотрексата при ревматоидном артрите. *Научно-практическая ревматология* 2011; 5: 58-61.