

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

Кафедра внутренних болезней №2 с курсом ПО
Заведующая кафедрой д.м.н., проф. Демко И.В.

РЕФЕРАТ

«Псориатический артрит в практике участкового терапевта»

Выполнила: Локтионова М.М.
ординатор второго года
специальность «терапия»

Красноярск 2018

Содержание

1. Определение псориатического артрита
2. Эпидемиология и этиология
3. Клиническая картина
4. Особенности диагностики, дифференциальный диагноз
5. Особенности лечения
6. Список литературы

Определение

Псориатический артрит (ПсА) - воспалительное заболевание суставов и энтезисов, а нередко также позвоночника, обычно ассоциированное с псориазом, относится к большой группе заболеваний под общим названием серонегативные спондилоартропатии (СпА). Общими признаками заболеваний этой группы являются: асимметричный артрит преимущественно нижних конечностей, склонность к развитию энтезитов, воспалительная боль в спине, рентгенологические признаки сакроилеита, воспалительные изменения глаз, кишечника, урогенитального тракта, семейная предрасположенность, наличие случаев какой-либо СпА у родственников, ассоциация с антигеном гистосовместимости HLAB27.

Остались в прошлом те времена, когда ПсА считали "легким" воспалительным заболеванием суставов. Исследования последних лет доказали, что ПсА характеризуется со значительными нарушениями функциональных возможностей больных, ухудшением качества жизни, повышением риска смертности по сравнению с популяцией. Оказалось, что смертность больных, страдающих ПсА, выше, чем в популяции, на 59% у женщин и на 65% у мужчин. Установлено, что деструктивные изменения суставов обнаруживаются у 47% пациентов с ранним (длительность до 2 лет) и у 57% с определенным ПсА..

Эпидемиология и этиология

По данным разных авторов, в общей популяции ПсА выявляется в 1-3%. Распространенность ПсА среди больных псориазом варьирует от 7 до 40%. До настоящего времени этиология и патогенез ПсА не известны. Считают, что в возникновении этого заболевания играют роль многие факторы - генетические, сосудистые, иммунологические, факторы внешней среды.

Клиническая картина

Принято выделять пять основных клинических вариантов ПсА

- Артрит дистальных межфаланговых суставов кистей и стоп.
- Мутилирующий артрит .
- Симметричный артрит, напоминающий ревматоидный артрит, без ревматоидного фактора в крови.
- Асимметричный моно-, олигоартрит с вовлечением мелких суставов кистей и стоп.
- Анкилозирующий спондилоартрит, сопровождающийся или не сопровождающийся периферическим артритом.

У большинства больных воспаление суставов возникает одновременно с поражением кожи, но примерно у трети он предшествует псориазу за несколько недель или даже лет. Поражение суставов может развиваться как остро, так и постепенно, без заметных ограничений движений или боли. Очень часто боль и припухлость долгое время локализуются в одном суставе

(крупном или мелком) без тенденции к распространению. Чаще изолированно поражаются межфаланговые суставы кистей, особенно первых пальцев, проксимальные межфаланговые или дистальные межфаланговые суставы, лучезапястный или коленный сустав. В дальнейшем вовлечение суставов в патологический процесс происходит, как правило, асимметрично. Со временем может развиваться полиартрит, напоминающий ревматоидный. Артрит межфаланговых суставов пальцев кистей нередко сочетается с тендинитом сгибателей. Клинически это проявляется болью по ходу сухожилия и ограничением сгибания пальца. Без своевременного противовоспалительного лечения (главным образом, локальная инъекционная терапия глюкокортикостероидами) в таких случаях быстро формируются сгибательные контрактуры этих пальцев. Поражение дистальных межфаланговых суставов может сопровождаться формированием характерной "редискообразной" деформации сустава.

У 5% больных наблюдается мутилирующий артрит, остеолитическая форма ПсА. Различают акральные остеолиты как результат резорбции концевых фаланг пальцев кистей и стоп и внутрисуставной остеолит. При этом отмечается укорочение пальцев кистей и стоп, формируются разнонаправленные подвывихи суставов, появляется симптом "разболтанности" пальца. Остеолитам наиболее часто подвергаются фаланги, кости запястья, шиловидные отростки, головки височно-нижнечелюстных суставов.

У большинства пациентов наблюдается моно- или олигоартрит крупных суставов: коленного, голеностопного, лучезапястного. Изолированное поражение тазобедренных суставов встречается редко. Часто коксит сочетается с поражением межфаланговых суставов кистей и/или стоп. К другим клиническим проявлениям ПсА относят дактилит, энтезит, спондилит.

Дактилит (воспаление пальца)

Дактилит - типичное проявление ПсА. По данным D.D. Gladman и соавт. (2005), дактилит обнаруживается у 48% больных ПсА; у многих из них (65%) вовлекаются пальцы стоп с последующим формированием рентгенологических признаков деструкций суставных поверхностей.

Считают, что дактилит развивается как за счет воспаления сухожилий сгибателей, так и за счет артрита межфаланговых, плюснефаланговых или пястно-фаланговых суставов одного пальца. Одновременное поражение всех трех суставов одного пальца называют осевым артритом (рис. 5Б). Дактилит может быть острым или хроническим. Острый дактилит проявляется выраженной болью, гиперемией, отеком всего пальца, ограничением сгибания. Параартикулярное явление - багрово-цианотичное окрашивание кожных покровов над воспаленными суставами с формированием "сосискообразной" деформации пальца - считают высокоспецифичным для ПсА (специфичность 90,5%). Эти изменения настолько типичны, что позволяют заподозрить дебют ПсА даже без явного псориатического поражения кожи и/или ногтей. Подобные проявления возможны также при реактивном артрите. Хронический дактилит также проявляется утолщением пальца, но без существенной боли и покраснения.

Энтезит (энтезопатия)

Энтезисом называют место прикрепления связок, сухожилий и суставной капсулы к костям. Энтезит - частый клинический признак ПсА, характеризующийся воспалением мест прикрепления связок и сухожилий к костям с последующей резорбцией субхондральной кости. Для ПсА наиболее типичными локализациями энтезитов являются: задне-верхняя поверхность пяточной кости непосредственно в месте прикрепления ахиллова сухожилия, место прикрепления подошвенного апоневроза к нижнему краю пяточного бугра, бугристой большеберцовой кости, в меньшей степени - места

прикрепления сухожилий плеча (вращающая манжета). Рентгенологически энтезиты могут проявляться в виде периостита, эрозий, остеофитов (рис. 6).

Спондилит при ПсА

Спондилит встречается у 40% больных ПсА. Часто спондилит протекает бессимптомно. Изолированное поражение позвоночника (без периферического артрита) - большая редкость (отмечается только у 2-4% больных ПсА). Изменения локализуются в илиосакральных сочленениях, межпозвоночных дисках, связочном аппарате позвоночника с формированием синдесмофитов и паравертебральных оссификатов. Клинические проявления сходны с анкилозирующим спондилитом (рис. 7). . Характерная боль воспалительного ритма может возникать в любом отделе позвоночника, особенно в шейном и поясничном, а также области крестца. У большинства пациентов изменения в позвоночнике не приводят к значительным функциональным нарушениям.

Лабораторные показатели

Специфические лабораторные тесты при ПсА не известны. Очень часто наблюдается диссоциация между яркой клинической активностью болезни и умеренно измененными лабораторными показателями воспаления. Ревматоидный фактор в крови обычно отсутствует. Анализ синовиальной жидкости диагностической ценности при ПсА не имеет, в некоторых случаях выявляется высокий цитоз, внешне синовиальная жидкость может напоминать септическую.

Активность ПсА оценивают по количеству болезненных и воспаленных суставов, уровню С-реактивного белка, выраженности боли в суставах, а также на основании мнения врача и пациента.

Особенности диагностики, дифференциальный диагноз

Для диагностики ПсА рекомендуется применение критериев, разработанных в 1989 г. Э.Р. Агабабовой:

Критерий/Балл	
Псориазные высыпания на коже/	5
Псориаз ногтей/	2
Псориаз кожи у близких родственников /	1
Артрит дистальных межфаланговых суставов/	5
Артрит 3 суставов одного и того же пальца кистей/	5
Разнонаправленные подвывихи пальцев рук/	4
Асимметричный хронический артрит/	2
Параартикулярные явления/	5
"Сосискообразная" деформация пальцев стоп/	3
Параллелизм течения кожного и суставного синдрома/	4
Боль и утренняя скованность в любом отделе позвоночника, сохраняющаяся 3 мес/	1
Отсутствие ревматоидного фактора/	2
Акральный остеолит/	5
Анкилоз дистальных межфаланговых суставов кистей и/или плюснефаланговых суставов стоп/	5
Рентгенологические признаки определенного сакроилеита/	2
Синдесмофиты или паравертебральные оссификаты/	4
Критерии исключения:	
- отсутствие псориаза	-5
- серопозитивность по ревматоидному фактору	-5
- ревматоидные узелки	-5
- тофусы	-5
- тесная связь суставного синдрома с кишечной или урогенитальной инфекцией	-5
Критерии диагноза	
ПсА классический/	16
ПсА определенный/	11-15
ПсА вероятный/	8-10

ПсА отвергается/ 7

Диагноз ПсА устанавливают на основании выявления псориаза и своеобразного поражения опорно-двигательного аппарата. Обращают особое внимание на наличие дактилита и/или осевого артрита, остеолита, поражения дистальных межфаланговых суставов кистей и/или стоп, моноартрита крупных или средних суставов. В случае полиартрикулярного поражения ретроспективно оценивают последовательности вовлечения суставов. Правильная трактовка указанных симптомов позволяет установить диагноз ПсА даже при отсутствии псориаза.

В клинической практике нередко любые жалобы со стороны суставов у больного с псориазом необоснованно расценивают как проявление ПсА. Между тем, в этой ситуации нужно принимать во внимание и такие заболевания, как эрозивный остеоартроз межфаланговых суставов кистей, остеоартроз коленных суставов с вторичным синовитом, подагрический артрит, ревматоидный артрит, реактивный артрит. Известны трудности в дифференциальной диагностике ПсА и подагры. ПсА может начинаться с поражения суставов 1-х пальцев стоп и сопровождаться гиперурикемией, обычно обусловленной генерализованным псориазом. Необходимо оценивать стойкость артрита, связь с нарушением диеты, исследовать синовиальную жидкость на кристаллы мочевой кислоты.

Особенности лечения

Для лечения ПсА применяются следующие основные группы препаратов:

Нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП)

Используют как неселективные, так и селективные ингибиторы циклооксигеназы-2, причем применение традиционных НПВП (например, диклофенака, метиндола) предпочтительнее из-за их более активного воздействия на воспаление.

Глюкокортикостероиды

Глюкокортикостероиды (ГКС) применяют главным образом в виде внутрисуставных инъекций при олиго- или моноартрикулярной форме ПсА.

Системное использование ГКС не целесообразно из-за риска генерализации псориаза. У многих пациентов с ПсА (преимущественно при моно- или олигоартрите) удается в течение длительного времени ограничиваться только терапией НПВП и внутрисуставными инъекциями ГКС. У пациентов с полиартикулярной формой ПсА, в случае частого обострения артрита, выявления рентгеногенологических признаков деструкции суставов (эрозии, остеолитиз) применяют базисную терапию.

Базисные или болезньмодифицирующие препараты

К ним при ПсА относят сульфасалазин, метотрексат, соли золота, лефлуномид, циклоспорин А, а в последнее время также инфликсимаб.

Противомаларийные (аминохинолиновые) препараты (плаквенил, делагил) при ПсА не применяют из-за неэффективности и потенциального риска обострения псориаза.

Терапевтическая доза сульфасалазина составляет 2 г в день.

Метотрексат применяют, в основном, в дозе 7,5-15 мг в неделю в таблетках или в виде внутримышечных инъекций.

Лефлуномид назначают в суточной дозе 100 мг в сутки в течение 3 дней, затем ежедневная доза препарата составляет 20 мг.

Циклоспорин А применяют в дозе 3 мг/кг. Показана эффективность препарата как в отношении псориаза, так и артрита. Необходимо тщательно контролировать уровень креатинина в крови.

Во время лечения базисными препаратами прием НПВП сохраняется. Доза НПВП может снижаться после достижения стойкого положительного результата. Общим правилом для всех базисных средств является строгий контроль за переносимостью. Необходимо помнить, что эффект от этой

терапии наступает не ранее, чем через 4-6 нед. Это требует определенной выдержки как от больного, так и от врача.

Биологические агенты (моноклональные антитела к α -фактору некроза опухоли)

В последние годы в лечении псориаза и ПсА стали с успехом применяться биологические препараты, прежде всего моноклональные антитела к фактору некроза опухолей- α , такие как инфликсимаб, этанерцепт и адалимумаб. В ряде рандомизированных, двойных слепых, плацебо-контролируемых исследований была установлена высокая эффективность этих препаратов у тяжелых больных ПсА, не поддававшихся ранее традиционной терапии. Так, например, в исследовании IMPACT показано, что инфликсимаб в дозе 5 мг/кг через 16 нед лечения приводил к 20% улучшению (по критериям Американской коллегии ревматологов) у 69% пациентов, к 50% улучшению - у 49% пациентов и к 70% улучшению - у 29% пациентов. Среди получавших плацебо 20% улучшение отмечалось только у 8% пациентов, а 50 и 70% улучшение вообще не достигалось. Следует отметить, что в это исследование включались пациенты с активным ПсА, которые ранее безуспешно лечились одним или двумя традиционными базисными препаратами. Наряду с улучшением суставного синдрома (в том числе, с уменьшением числа дактилитов и энтезитов) в этом исследовании отмечено частое (у 81% пациентов) и существенное уменьшение площади псориазического поражения кожи. Переносимость инфликсимаба в этом исследовании была хорошей, частота нежелательных явлений при его применении не отличалась от частоты побочных реакций на плацебо. В ходе продолжения исследования IMPACT (введение инфликсимаба каждые 8 нед, в общей сложности, в течение 50 нед) было показано, что у больных ПсА происходит замедление рентгенологического прогрессирования деструкции суставов, т. е. доказано модифицирующее влияние препарата на течение болезни.

Список литературы

1. В.А. Молочков, В.В. Бадюкин, В. И. Альбанова, В.А. Волнухин
Псориаз и псориатический артрит М: Т-во научных изданий КМК
авторская академия 2007. 298 С.
2. Бадюкин В.В. Псориатический артрит: клиника,
диагностика, лечение: Диссерт. ... д-ра мед. наук. — М., 2003.
3. Насонов Е.Л., Попкова Т.В. Кардиоваскулярные
проблемы ревматологии. // Научно-практическая ревматология. —
2004. — №4. — С. 4-9.
4. Gisondi P., Tessari G., Conti A., et al. Prevalence of metabolic syndrome
in patients with psoriasis: a hospital- based case-control study. // Br. J.
Dermatol. — 2007. — Vol. 157 (1). — P. 68-73.
5. Mallbris L., Ritchlin C.T., Stahle M. Metabolic disorders in psoriasis and
psoriatic arthritis. // Curr. Rheumatol. Rep. — 2006. — Vol. 8 (5). — P.
355-363.