

**ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО
ОБРАЗОВАНИЯ АМУРСКАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ
МЕДИЦИНСКАЯ
АКАДЕМИЯ**

Н.Е.Мельниченко

**Псориатический артрит. Дифференциальная диагностика с другими
заболеваниями суставов. Лечение.**

Учебное пособие для студентов медвузов, врачей- интернов, и практического здравоохранения

Благовещенск 2014 г.

УДК 616.517

Учебное пособие составлено зав.каф. кожных и венерических болезней к.м.н. Н.Е.

Мельниченко

Рецензенты:

доц. кафедры госпитальной терапия АГМА к.м.н. Погребная М.В.

Учебное пособие предназначено для студентов медвузов, врачей-интернов, врачей-ординаторов

Учебное пособие одобрено, утверждено и рекомендовано к печати Центральной проблемной комиссией Амурской государственной медицинской академии

© Амурская государственная медицинская академия, 2014 © Н.Е.Мельниченко, 2014 г.

Псориазический артрит. Дифференциальная диагностика с другими заболеваниями суставов. Лечение

Псориаз является актуальной проблемой научной и практической дерматологии. Это связано с высокой частотой встречаемости заболевания среди населения (по разным данным 2-3%), неясностью этиологии и сложностью патогенеза. К характерным особенностям современного течения псориаза относятся изменения структуры дерматоза - учащение тяжелых инвалидизирующих форм, резистентных к проводимой терапии, в частности псориазического артрита. Распространенность последнего среди населения России 0,1%, а среди больных псориазом составляет 13,5%. В последние годы отмечаются повсеместные распространения и учащение случаев псориазического артрита (ПА). Данное заболевание характеризуется сочетанием кожного и суставного синдромов, а нередко и висцеропатиями, высокой частой потери трудоспособности и инвалидизации больных и даже летальным исходом. Нозологически данная форма артрита занимает своеобразное положение среди воспалительных болезней суставов и в последние годы рассматривается как пограничное состояние с диффузными болезнями соединительной ткани. Отмечается вариабельность поражения суставов - от артралгий до тяжелых форм злокачественного деформирующего артрита, приводящего к обездвиженности больного. Суставные изменения у большинства больных развиваются на фоне псориаза до высыпаний на коже (70-75%), у 10% наблюдается одновременно артрит и псориазические бляшки кожных покровов, а у 15-20% хроническое изменение суставов предшествует кожному поражению (Бадюкин, 1980, Chabut, 1972). Из-за одновременного возникновения кожного и суставного синдромов, из-за различной их выраженности в клинике могут преобладать то высыпания на коже, то проявления воспаления суставов, поэтому больные могут попадать в различные отделения - фтизиатрические, хирургические, ревматологические. К сожалению, оказывается, что на практике в 60% случаев псориазического артрита в дебюте заболевания не диагностируется (Милевская, 1997г.). Вместе с тем от раннего распознавания и адекватного лечения во многом зависит исход болезни.

Клинические аспекты ПА достаточно хорошо изучены. Возраст больных ПА колеблется в пределах 30-50 лет, но и не является редкостью, как полагалось ранее у детей. Характерные для псориазического артрита рентгенологические изменения: эрозии кресцово-подвздошных сочленений, синдесмофиты, по данным ряда исследователей были выявлены у 25 % детей в возрасте до 16 лет, а у 11% - поражения мелких суставов кистей и стоп. Поражения суставов несколько чаще выявляется у мужчин. Преобладающее большинство клиницистов не отмечает, какой либо зависимости между развитием псориазического артрита, характером течения и тяжестью кожного процесса. Обращается внимание на взаимосвязь псориаза, артрита и поражение ногтей. Полагают, что такое сочетание патогномично для псориазического артрита, так как значительно чаще (50-90%), чем при других формах псориаза встречается поражение ногтевых пластинок. В 80 % случаев наблюдается одновременное обострение кожных и суставных изменений. В 80% случаев ПА обнаруживают дистрофию ногтевых пластинок. В начальной фазе появляется ряд канавок, обычно небольших, или ямок, захватывающих весь ноготь. В дальнейшем развивается фаза онихолизиса, когда ноготь выпадает из-за подлежащего

гиперкератоза, частичного или тотального. Процесс начинается от края ногтя и прогрессирует по мере эволюции болезни, охватывая всю поверхность, причем одновременно ноготь становится матовым, его цвет меняется благодаря нарушениям микроциркуляции, предшествующей или сопутствующей гиперкератозу ногтевого ложа. Это часто влечет за собой осложнения в виде бактериальных или микозных вторичных инфекций. Соответствие между ногтевым псориазом и дистальным межфаланговым артритом привело ряд исследователей к гипотезе о наличии у них общей причины: нарушение (по той или иной причине) капиллярной циркуляции. Кроме того, некоторые авторы усматривают существование связи между псориатическими элементами над пояснично-крестцовой областью и сакроилеитом, между псориазом кожи головы и поражением шейного отдела позвоночника. Поражение слизистых оболочек, по-видимому, вызывается аналогичными механизмами. Имеются описания псориатических элементов на слизистой оболочке уретры, мочевого пузыря. Предполагают, что ангиопатии развиваются под влиянием многих причин, основными из которых являются наследственный дефект, очаговое повреждение эндотелия, первичное поражение перицитов, спазм и дилатация мелких сосудов, нарушение межклеточного обмена веществ, развитие реакций гиперчувствительности с отложением иммунных комплексов в стенке сосудов. Эти нарушения характерны не только для поврежденной, но и для здоровой кожи, слизистых. Поэтому правомочно говорить о псориатической болезни.

Клиническая картина

Начало псориатического артрита может быть постепенным (общая слабость, миалгии, артралгии) или острым (похожим на подагрический или септический артрит с резкими болями в суставах и их выраженной отечностью). У 20% больных начало может быть неопределенным, проявляясь лишь артралгиями.

В начале псориатического артрита наиболее часто поражаются дистальные, проксимальные межфаланговые суставы пальцев кистей, коленные и реже — пястно- и плюснефаланговые, плечевые суставы. Боли в пораженных суставах наиболее выражены в покое, ночью, рано утром, несколько уменьшаются днем при движениях, сопровождаются утренней скованностью. У части больных с артралгиями артрит так и не развивается (артралгическая форма).

Как правило, суставы поражаются в виде моно- и олигоартрита, в 70 % случаев именно асимметричным. Псориатическому артриту свойственно вовлечение в дебюте болезни суставов-исключений для ревматоидного артрита - пястно-фалангового сустава I пальца и проксимального межфалангового сустава V пальца. Характерно поражение всех суставов одного пальца кисти, что сопровождается тендовагинитом сгибателей, и пораженный палец приобретает сосискообразную форму. Наиболее это типично для пальцев стоп. Кожа над пораженными суставами имеет багрово-синюшную окраску. Характерной чертой суставного синдрома часто является наличие резких мучительных "морфинных" болей, усиливающихся при малейшем движении, даже при отсутствии явного синовита.

Выделяют 5 клинических форм псориатического артрита (Moll, Wright, 1973).

1. Асимметричный олигоартрит.

2. Артрит дистальных межфаланговых суставов.
3. Симметричный ревматоидноподобный артрит.
4. Мутилирующий (обезображивающий) артрит.
5. Псориатический спондилит.

1. Псориатический асимметричный олигоартрит — наиболее частая форма поражения суставов при псориазе (70% всех форм псориатического артрита).

2. Артриты дистальных межфаланговых суставов — самое типичное проявление псориатического артрита, но обычно редко бывает изолированным, а чаще сочетается с поражением других суставов.

3. Симметричный ревматоидноподобный артрит (5%)— эта форма характеризуется поражением пястно-фаланговых и проксимальных межфаланговых суставов пальцев кистей. В отличие от РА, для этой формы псориатического артрита характерна беспорядочная деформация суставов, при этом длинные оси пальцев направлены в разные стороны (для РА характерна однонаправленная локтевая девиация пальцев кистей).

4. Мутилирующий (обезображивающий) артрит характеризуется тяжелым деструктивным артритом дистальных отделов конечностей, прежде всего пальцев кистей и стоп. При этом развивается остеолит и пальцы укорачиваются, деформируются. Часто эта форма псориатического артрита сочетается с поражением позвоночника. Мутилирующая форма чаще наблюдается у больных с тяжелыми кожными проявлениями псориаза.

5. Псориатический спондилит наблюдается у 40-45% больных и обычно сочетается с периферическим артритом. Клиническая картина очень похожа на клинику болезни Бехтерева (воспалительные боли в поясничном отделе позвоночника, последовательный переход воспалительного процесса на грудной, шейный отделы, реберно-позвоночные суставы, развитие «позы просителя»). Однако возможны отличия от болезни Бехтерева — не всегда процесс последовательно переходит от поясничного отдела к верхним отделам позвоночника, не всегда резко ограничена подвижность позвоночника, возможно вообще бессимптомное течение спондилита.

Среди крупных суставов на первом месте стоят коленные (72,4%), затем голеностопные (59,2%), лучезапястные (48%) суставы, височнонижнечелюстные (28,8%), грудино-ключичные (21,2%) и грудино-реберные (9,2%). Сакроилеит рентгенологически определяется более чем в 40-50%.

Наряду с поражением суставов могут наблюдаться мышечные и фасциальные боли, поражение грудинно-ключичных, акромиально-ключичных суставов, ахиллобурсит, подпяточный бурсит.

При серонегативных спондилоартритах (по крайней мере при ПА) возможен небактериальный (хотя вторичная инфекция, разумеется, не исключается) уретрит, цистит, простатит. У 50% больных ПА обнаруживается нефропатия (оксалаты - 45%, ураты - 6%, в 30% гиперурикемия - до вторичной подагры, лейкоцитурия - 12%, увеличение аммиака - 40%, азотемия - 30%, в 50-90% - белок и цилиндры). Амилоидоз при длительно существующем псориазе и ПА встречается в 0,4% наблюдений, особенно при злокачественных формах, торпидных к терапии даже цитостатиками и кортикостероидами, которые в ряде случаев, возможно, способствуют прогрессированию нефропатии. Поражение глаз представлено подострым

конъюнктивитом, иритом, иридоциклитом, эписклеритом, увеитом, склерозом хрусталика. Возможны также поражения слизистых рта и ЖКТ вплоть до язвенно-некротических изменений. Поражение сердца идет по типу миокардита или миокардиодистрофии и наблюдается очень редко. Часто наблюдаются увеличение лимфоузлов, особенно паховых и бедренных; степень выраженности лимфаденопатии, как правило, находится в прямой связи с активностью процесса. Лабораторные изменения: при высоких степенях активности - ускоряется СОЭ (до 60 и более), развивается анемия (НЬ до 50 и ниже), резистентная к терапии. Характерна выраженная диспротеинемия с уменьшением альбуминов и гипергаммаглобулинемией (до 35 и более).

Выраженность клинико-рентгенологических изменений в суставах удобно оценивать по классификации Г. Х. Коган (1973) - 5: артралгическую, синовиальную, синовиально-костную форму, остеопорозы и остеоартропатию.

Изучая поражения суставов при псориазе, ряд исследователей описывает висцеропатию при тяжёлом течении псориатического артрита (В.В. Бадюкин, 1979). Злокачественная форма псориатического артрита наблюдается очень редко. Наиболее тяжёлой формой псориатического артрита является артропатия, протекающая на фоне генерализованного пустулёзного псориаза или универсальной эритродермии. Этот вариант псориатического артрита характеризуется длительной лихорадкой септического типа, тяжёлым поражением суставов и позвоночника, генерализованной лимфаденопатией, быстро прогрессирующим течением на фоне максимальной активности патологического процесса, постоянной анемией, выраженной диспротеинемией. У больных отмечаются мучительные боли, значительные потери в массе тела, быстро развиваются фиброзные изменения. Имеют место выраженные висцеропатии: поражения сердечной мышцы по типу миокардита, печени с увеличением её размеров и развитием гепатита, почек в виде амилоидоза или диффузного гломерулонефрита. В патологический процесс часто вовлекаются слизистые оболочки глаз, полости рта, желудочнокишечного тракта, уретры. Такие тяжёлые формы псориатического артрита нередко заканчиваются летальным исходом.

Большое значение для диагностики псориатического артрита имеют рентгенологические исследования. До настоящего времени вопрос о специфичности рентгенологических критериев псориатического артрита остаётся открытым. Ряд исследователей выделяет рентгенологические особенности, характерные именно для псориатического артрита и считает специфическим для него наличие деструктивной артропатии дистальных межфаланговых суставов, деструкцию межфалангового сустава большого пальца стопы, костную пролиферацию дистальных фаланг кистей и стоп. Н. М. Мылов и С. И. Шахмейстер (1987) считают, что при псориатическом артрите наиболее часто определяются остеолиты, сужение суставных щелей, кистевидные просветления костной ткани, остеофиты, кальцинаты мягких тканей и подвывихи, сакроилеит и синдесмофиты.

Интересным и дискуссионным является вопрос о возможности поражения позвоночника при псориатическом артрите. На частые вовлечения при нём в процесс крестцово-подвздошных сочленений указывают многие исследователи. Степень выраженности анкилозирующего спондилоартрита не соответствует глубине и распространённости деструктивного процесса в суставах конечностей. Обращается

внимание на важность обнаружения сакроилеита при данном заболевании, так как частота последнего у обследованных больных псориатическим артритом достигает 84,5%. Литературные данные свидетельствуют также о возможности скрытого течения псориатического артрита на протяжении длительного времени, т.е. латентного артрита, частота которого составляет 22-35% (Н.М. Мылов и соавт., 1985).

Для подтверждения диагноза псориатического артрита необходимо проводить рентгенологическое исследование. Оно должно включать рентгенографию суставов и позвоночника (обязательно кистей, стоп, крестцово-подвздошного сочленения, а при необходимости и других суставов).

Рентгенологическая семиотика псориатического полиартрита наиболее часто представлено следующими проявлениями:

- неравномерным сужением суставной щели, вплоть до полного её отсутствия;
- истончением, нечёткостью, частичным или полным разрушением замыкающих пластинок;
- краевой деструкцией в виде узур;
- остеопорозом эпиметафизов;
- периостальными наслоениями в области метафизов, вывихами и подвывихами;
- костными анкилозами;
- увеличенным повышением интенсивности и потерей структуры периартикулярных мягких тканей;
- остеоллизисом эпифизов мелких костей.

В последние годы в диагностике опорно-двигательного аппарата всё шире используются радионуклидные методы. Остеосцинтиграфия является наиболее чувствительным методом выявления костно-суставных изменений, причём отечественные и зарубежные авторы отмечают высокую информативность скинтиграфических исследований при псориатическом артрите (С. Г. Милевская, 1991 и др.).

В последние годы в России для диагностики псориатического артрита используются диагностические критерии института Ревматологии АМН.

Диагностические критерии и критерии исключения псориатического артрита

Диагностические критерии.

1. Псориаз:

- псориатические высыпания на коже;
- псориаз ногтевых пластинок;
- псориаз кожи у близких родственников.

2. Артрит дистальных межфаланговых суставов кистей.

3. Артрит трёх суставов одного и того же пальца кистей (осевое поражение).

4. Разнонаправленное поражение (подвывих пальцев рук).

5. Асимметричный хронический артрит.
6. Параартикулярные явления.
7. Сосискообразная деформация пальцев стоп.
8. Параллелизм течения кожного и суставного синдромов.
9. Боль и утренняя скованность в позвоночнике, сохраняется на протяжении не менее трёх месяцев.
10. Серонегативность по ревматоидному фактору.
11. Акральный остеолиз.
12. Анкилоз дистальных межфаланговых суставов кистей и/или межфаланговых суставов стоп.
13. Рентгенологические признаки определённого сакроилеита.
14. Синдесмофиты или паравертебральные оссификаты.

Критерии исключения.

1. Отсутствие псориаза.
2. Серопозитивность по ревматоидному фактору.
3. Ревматоидные узелки.
4. Тофусы.
5. Тесная связь суставного синдрома с урогенитальной и кишечной инфекцией.

Чувствительность и специфичность диагностических критериев псориатического артрита в %

№ п/п	Критерии	Чувствительность	Специфичность
1	2	3	4
1	Псориатические высыпания на коже	100	100
2	Артрит дистальных межфаланговых суставов	68,5	98,2
3	Артрит трех суставов одного пальца	26,9	100
4	Разнонаправленные подвывихи пальцев кистей	16,5	100
5	Асимметричный артрит	62,0	58,0
6	Параартикулярные явления	63,0	90,5
7	Сосискообразная конфигурация пальцев стоп	28,7	33,4
8	Параллелизация течения кожного и суставного синдромов	39,8	95,5
9	Боль и утренняя скованность в позвоночнике (не менее трех месяцев)		
10	Серонегативность по ревматоидному фактору	88,9	0
11	Остеолиз в области суставов	16,7	99,4
12	Анкилоз дистальных межфаланговых и плюснефаланговых суставов	5,6	100
13	Рентгенологические признаки определенного сакроилеита	48,1	46,7
14	Синдесмофиты или паравертебральные оссификаты	39,8	95,5

Диагноз псориатического артрита ставится на основании трёх положительных критериев; при наличии положительного ревматоидного фактора добавляется ещё два критерия, таким образом, всего должно быть пять критериев.

Дифференциальный диагноз

Проблема дифференциальной диагностики псориатического артрита с различными заболеваниями суставов не утратила своей актуальности. Это объясняется тем, что псориатический артрит - заболевание чрезвычайно многообразное по своим клиническим проявлениям и не всегда укладывается в разработанные критерии. Он может протекать доброкачественно по типу моноолигоартрита, приобретать характер тяжёлого деструктивного обезображивающего артрита или злокачественных его форм с поражением внутренних органов, а также развиваться у больных с ограниченными, атипичными и даже латентными формами псориаза.

По мнению исследователей поражение суставов при псориатическом артрите, как правило, начинается с дистальных межфаланговых суставов кистей и стоп, затем в процесс вовлекаются крупные суставы и позвоночник. В. В. Бадокин (1983) выделяет следующие характерные черты суставного синдрома при псориазе:

- артрит дистальных межфаланговых суставов кистей (в 60%);
- асимметричное поражение суставов (в 44,8%);
- редко наблюдаемая атрофия мышц (в 36,4%);
- прямая зависимость течения кожного и суставного синдромов (в 70%);
- моно- и олигоартрит в дебюте заболевания (в 46,8%).

Псориатический артрит следует дифференцировать с ревматоидным артритом. Ряд авторов придает большое значение отсутствию в сыворотке крови больных псориатическим артритом ревматоидного фактора и указывает на важность его определения как дифференциально-диагностического теста

между псориатическим артритом и ревматоидным артритом, поскольку реакция на данный фактор бывает отрицательной у 85 - 90% больных псориатическим артритом.

При проведении дифференциальной диагностики псориатического артрита и ревматоидного артрита следует учитывать как критерии института Ревматологии АМН, так и дополнительные признаки псориатического артрита: асимметрию суставных поражений; повышенный уровень ИГА; морфологические особенности синовита (Л. С. Трушина, 1983).

Таб.1. Дифференциальная диагностика ПА и РА.

Признак	Псориатический артрит	Ревматоидный артрит
Пол	Мужчины и женщины 1:1	Чаще женщины (75%)
Анамнез	Псориаз в личном и/или семейном анамнезе.	-
Начало	Постепенное	Острое, подострое, хроническое
Течение	Медленно-прогрессирующее (кроме тяжелых случаев)	Протекает тяжелее, очень быстро развиваются контрактуры и анкилозы суставов.
Утренняя скованность, длительно повышение температуры тела, озноб в вечернее время.	Чаще у больных с генерализованной формой поражения суставов и кожными поражениями.	Более характерно уже в дебюте заболевания.
Поражение суставов	Асимметричный артрит. Вовлечение в дебюте суставов исключения для РА: дистальных межфаланговых суставов кистей и стоп, пястнофалангового сустава 1 пальца, проксимального межфалангового сустава 5 пальца. Поражение трех суставов одного пальца. Тендовагиниты, энтезопатии.	Симметричный артрит. Поражение проксимальных суставов кистей и стоп, позже коленные, лучезапястные и др. (70-80%)
Сакроилеит	Часто односторонний	-
Поражение позвоночника	Чаще поясничный отдел	Чаще шейный

Деформация суставов	Разнонаправленная	Ульнарная
Клиническая характеристика артрита. Эксудативные явления в суставах в дебюте	Не соответствие тяжести анатомических поражений и нарушением функции суставов, умеренный болевой синдром. Умеренные, не стойкие.	Выраженный болевой синдром, пальпаторная болезненность при незначительных анатомических поражениях. Значительные.
Поражение кожи и подкожно-жировой клетчатки, мышц	Псориазические бляшки, типичное поражение ногтей, нет атрофии мышц (в поздних стадиях при длительной неподвижности сустава).	Подкожные ревматические узелки, атрофия регионарных мышц.
Ревматоидный фактор в крови и синовиальной жидкости	Серонегативность	Выявляется (более 80 %)
Поражение внутренних органов	Не часто (глаза, почки).	Часто (сердце, почки, легкие)
Ускоренное СОЭ, повышены острофазовые показатели	Чаше повышены при генерализованном поражении суставов и кожи	Повышены уже в дебюте заболевания, при небольшой активности процесса
Ведущие рентгенологические признаки	Диффузный остеопороз всей кости, внесуставной остеолитический процесс, остеолитический процесс, костная пролиферация, кальцинаты мягких тканей, деструкция межфалангового сустава большого пальца стопы, анкилоз 3-х суставов одного пальца, грубые паравертебральные оссификации.	Околосуставной эпифизарный остеопороз, сужение суставной щели, краевые эрозии, внутрисуставной остеолитический процесс.

Сходная с ПА симптоматика наблюдается при других серонегативных спондилоартритах, прежде всего, анкилозирующем спондилоартрите, реактивных постэнтероколитических артритах и болезни Рейтера, SAPHO - синдроме. Эти заболевания, в т.ч. ПА имеют сходные клинико-лабораторные признаки:

1. Отсутствие РФ.
2. Отсутствие подкожных ревматоидных узелков.
3. Артрит периферических суставов, нередко асимметричный.

4. Боль в спине воспалительного характера.
5. Рентгенологические признаки сакроилеита или анкилозирующего спондилоартрита.
6. Поражение малоподвижных суставов (грудинно-ключичных, акромиально-ключичных и синхондроза рукоятки грудины), тендовагиниты, энтезопатии.
7. Наличие клинических перекрестов, которые включают в себя 2 и более признаков: псориаз и псориазиформные поражения кожи и ногтей, воспалительные процессы глаз (конъюнктивит, передний увеит), язвы слизистой оболочки щек, толстой и тонкой кишки, воспалительные изменения в мочеполовом тракте (уретрит, цервицит, простатит)
8. Позитивный семейный анамнез, т.е. в семьях как бы накапливаются эти заболевания.
9. Связь с антигеном гистосовместимости HLA - В 27.

Таб. 2. Дифференциальный диагноз ПА и болезни Рейтера.

Признак	Псориатический артрит	Болезнь Рейтера
Пол	Мужчины и женщины	Приемущественно мужчины
Возраст	Любой	Молодой
Начало	Постепенное	Острое
Уретропростатит, конъюнктивит, иридоциклит	Возникают на фоне артрита, при высокой активности процесса.	Предворяют артрит (1 - 1,5 мес.) или одновременно с ним.
Обнаружение хламидий (Ch.trachomatis) в соскобах, хламидийных АТ в сыворотки крови		80-90 %
Течение	Медленно-прогресситрующее	Рецидивирующее
Сакроилеит	Чаще односторонний	Всегда односторонний
Поражение позвоночника	Пояснично-кресцовый отд.	Чаще кресцовый
Начало артрита	Верхние и нижние конечности, дистальные отделы кистей и стоп	Нижние конечности, проксимальные отделы стоп.
Эксудативные явления в суставах	Не выражены	Выражены

Характер артрита	Асимметричный или симметричный	Асимметричный
Энтезопатии, пяточные бурситы	Реже	Чаще
Поражение кожи	Чаще предшествует артриту, мономорфные.	Всегда позже суставного синдрома, Полиморфные (волдыри, пустулы, гиперкератоз, эритема, шелушение).
Параллельное течение кожного и суставного синдромов	Характерно	Не характерно
Атрофия мышц	Поздняя	Ранняя атрофия мышц
Поражение ногтей	Симптом наперстка, масляных пятен	Онихогрифоз, подногтевой гиперкератоз, паронихии, онихолизис
Псориатическая триада	Положительная	Отрицательная
Локализация высыпаний	Кожа волосистой части головы, разгибательные поверхности конечностей и тд.	Кожа гениталий (балонит, баланопостит), слизистые оболочки (эрозии полости рта, языка), дистальные отделы конечностей (ладони, подошвы).
Поражение внутренних органов	Редко почки, сердце, конъюнктивит, иридоциклит. Свойственно злокачественной форме.	Аортит, конъюнктивит, иридоциклит, паховая лимфаденопатия, миокардит, длительный субфебрилитет
Анкилоз, деформация суставов	Часто	Редко
Ведущие рентгенологические признаки	Костные разрастания пяточных костей, их эрозии; периоститы пяточных костей, фаланг, кальцинаты мягких тканей, сухожилий, грубые паравертебральные оссификаты.	

Не приводит к эрозиям суставов,

исключением
плюснефаланговых суставов,
асимметричный
околосуставной остеопороз

При проведении дифференциального диагноза ПА и реактивных постэнтероколитических артритов (иерсинии, шигеллы, сальмонеллы, клостридии дизентерийная палочка) следует учитывать следующие критерии:

1. Чаще у женщин.
2. Артрит предшествует энтероколит, который проявляется кратковременной диареей, болями в правой подвздошной области.
3. Артрит развивается через 1-3 недели после энтероколита или одновременно с ним и сопровождается уртикарными, макулопапулезными высыпаниями на туловище, конечностях, крупных суставов, узловатая эритема на голенях.
4. В остром периоде температура тела до 39 градусов, ускоренное СОЭ, лейкоцитоз со сдвигом в лево.
5. Длительность артрита около 4-х месяцев, у 70% больных наступает излечение, у 30% - хронический неэрозивный серонегативный артрит крупных и средних суставов и/или медленно- прогрессирующий сакроилеит.
6. Серологическое и бактериологическое исследование копро- и гемокультур.

Необходимо также дифференцировать псориатический артрит от SAPHO-синдрома, представляющего собой группу часто сочетающихся клинических симптомов, наиболее характерными из которых является остит передней грудной стенки. Признаками, объединяющими эти заболевания являются пустулезный псориаз, чаще ладонно-подпшвенный, вовлечение в процесс кресцово-подвздошных, грудино-ключичных сочленений, грудино-реберных сочленений (синовиит, остит), синхондроз рукоятки грудины, остеолит и воспаление позвоночника. Такие особенности этого синдрома, как оссификация (гиперостоз) этих сочленений, наличие множественных конглобатных угрей позволяют отличить данный симптомокомплекс от ПА.

У 40 % больных отмечается вовлечение в процесс позвоночника, причем в большинстве случаев в сочетании с артритом периферических суставов. У 5% изолированное поражение позвоночника.

Таб. 3. Дифференциальный диагноз ПА и болезни Бехтерева.

Признак	Псориатический артрит	Болезнь Бехтерева
Пол	Мужчины и женщины	Чаще мужчины (90 %)
Возраст	Любой	До 40 лет
Начало	Постепенное	Постепенное
Течение	Медленно прогрессирующее	Медленно прогрессирующее
Поражение кожи, слизистых, подкожно-жировой клетчатки,	Псориатические бляшки, редко слизистые.	
Поражение мышц.	Не характерно	Скованность и напряжение, затем атрофия прямых мышц спины.
Локализация, характер артрита	Преобладание пролиферативных изменений, более стойкий.	Моно-олигоартрит нижних конечностей, нестойкий
Сacroилеит	Чаще односторонний	Двусторонний
Поражение позвоночника	Боли в поясничном отделе позвоночника, нет выраженного ограничения подвижности.	Стойкие боли в пояснично-крестцовом отделе с иррадиацией, ночные, скованность, уменьшение после упражнений. Люмбалгии, ишалгии без поражения нервных корешков. Поражение снизу вверх.

		Ограничение движений и боль в грудной клетке.
Поражение глаз	При тяжелом течении	Передний увеит на ранних стадиях
Лабораторные показатели	Повышены при генерализованном поражении суставов и кожи.	Ускоренное СОЭ, СРБ в начальной стадии.
Характерные рентгенологические признаки	Односторонний сакроилеит, асимметричные синдесмофиты и грубые паравerteбральные оссификаты.	Двусторонний сакроилеит, симметричные тонкие синдесмофиты спереди и по бокам, предний спондилит и спондилодисцит, диффузный остеопороз позвоночника, анкилозирование.
Эффект индольных и пиразолоновых препаратов	Не выражен	Отчетливый

У больных ПА, помимо деструктивного артрита нередко отмечается гиперурикемия, поэтому необходимо дифференцировать с подагрой.

Таб. 4. Дифференциальный диагноз ПА и подагры.

Признак	Псориатический артрит	Подагра
Пол	Мужчины и женщины	99 % мужчины
Возраст	Любой	40-60 лет
Начало	Постепенное	Острое
Течение	Медленно прогрессирующее	Рецидивирующее
Поражение кожи и подкожно-жировой клетчатки	Псориатические бляшки, атрофии мышц нет.	Тофусы
Характер артрита, локализация	Болевой синдром, воспаление не выражены.	Выраженный болевой синдром, воспаление. Самостоятельно исчезает

	Асимметричный. Дистальные суставы кистей и стоп.	через 5-7 дней. Асимметричный. Первый плюснефаланговый сустав, суставы свода стопы (50-70 %).
Гиперурикемия	Выраженность зависит от поражения кожи, и не зависит от выраженности артрита.	Зависит от выраженности артрита.
Сакроилеит	Чаще односторонний	-
Поражение позвоночника	Чаще пояснично-крестцовый	Спондилез всех отделов, редко
Поражение внутренних органов	Редко почки, сердце	Часто сердце, сосуды, почки
Лабораторные признаки	Повышены при генерализованном поражении суставов и кожи	Вне приступа ОАК без изменений. Во время приступа нейтрофильный лейкоцитоз со сдвигом влево, ускоренное СОЭ, острофазовые, кристаллы урата натрия в суставном выпоте.
Характерные рентгенологические признаки		Только при хроническом течении (через 5 лет). Субкортикальные кисты, деструкция субхондральная, эпифиза, диафиза (внутрисуставной остеолит), анкилозы редко.

ПА и остеоартроз объединяет поражение крупных суставов и дистальных м/фаланговых суставов кистей, позвоночника, наличие костной пролиферации. Следует учесть, что любой артрит спустя 6-8 месяцев приводит к развитию вторичного артроза, однако если так распространенный в наши дни остеоартроз предшествовал ПА, правильнее говорить не о клинико-анатомической форме, а о наложении одного заболевания на другое.

Таб. 5 Дифференциальная диагностика ПА и остеоартроза

Признак	Псориатический артрит	Остеоартроз
Возраст	Мужчины и женщины	Чаще старше 40 лет
Пол	Любой	Чаще женщины
Начало	Постепенное	Постепенное
Течение	Медленно прогрессирующее	Медленно прогрессирующее
Болевой синдром	В покое	Стартовые боли, при механической нагрузке
Характер воспалительного процесса в дебюте	Преобладают экссудативные явления	Преобладают пролиферативные явления
Характер артрита	Чаще асимметричный	Всегда симметричный, полиартроз.
Рентгенологические данные	Остеопороз, эрозии, остеолиз, анкилозы, признаки сакроилеита. Костная пролиферация преимущественно вокруг эрозий.	Остеосклероз субхондральный, остеофиты, сужение суставной щели за счет истончения хряща не равномерное (где больше нагрузка)
Поражение кожи, ногтей	+	-
Утренняя скованность	Общая	Преимущественно в пораженном суставе
Синовиальная жидкость	Воспалительного характера	Невоспалительного
Биопсия	Нарушение МЦР, гемостаз, слищивание покровных синовиальных клеток.	Фиброзная и жировая дистрофия синовиальной оболочки
СОЭ	Повышена	Редко, незначительно.

Мутилирующую форму псориатического артрита необходимо дифференцировать с системной склеродермией.

При проведении дифференциальной диагностики ПА необходимо помнить о инфекционных артритах (гонококковом, туберкулезном), которые протекают в виде моноартрита с поражением коленных, голеностопных, лучезапястных суставов. Для них характерно:

1. Острое начало

2. Выраженные местные явления

3. Гектическая лихорадка с ознобами и профузным потом.

Гонорея - на коже сыпь макулезная, папулезная, везикулезная, пустулезная на спине предплечьях, голених (несколько дней). К диагностическим критериям относят: обнаружение гонококков в уrogenитальном траке, синовиальной жидкости, антител в сыворотке крови, эффект от лечения пенициллином.

Для туберкулезного артрита свойственно наличие микобактерий в синовиальной жидкости, большое количество мононуклеаров, положительная проба Манту, Пирке, стойкий артрит без деформации, на рентгенограмме нет эрозивных изменений, эффективность противотуберкулезной терапии.

Лечение псориатического артрита.

Лечение псориатического артрита представляет собой большие трудности из-за нерешенности многих вопросов патогенеза заболевания, а также ограниченности применения ряда базисных средств ввиду их неблагоприятного влияния на течение псориаза.

Лечение псориатического артрита должно быть комплексным, дифференцированным, с учетом динамики и состояния кожного и суставного синдромов. Оно включает медикаментозное, физиотерапевтическое и санаторно-курортное лечение.

Показано применение системной несупрессивной терапии. Назначают гипосенсибилизирующих и детоксицирующих препаратов: препараты кальция: хлорид кальция 10% - 10 мл в/в, глюконат кальция 10% - 10 мл в/в, тиосульфат натрия 30% - 10 мл в/в или per os 1-2 г в порошках, 10% р-ра по 1-2-ст.л. в день, гемодез по 300-500 мл через 1-2- дня N 4-6. Проведение коррекции нарушения микрогемодиализации: реополиглюкин по 400 мл через 2 дня N 6-8; пентоксифиллин 100 мг в 500 мл физ.р-ра, реополиглюкин 400 мл + 100-200 мг пентоксифиллина + 4 мл но-шпы; дипиридамол 4 мл в 250 мл изотонического р-ра в/в капельно ч/д N 6-8 (чередовать с введением реополиглюкина и пентоксифиллина); солкосерил 4 мл в 250 мл. физ. р-ра в/в кап. ч/д N 6-8 или в/м не более 5 мл неразбавленного препарата (курс лечения до 6 недель); гепарин по 5000 ЕД. 4 раза в сутки п/к в область живота на 2-3 нед. до. клин.эффекта, затем по 5000 МЕ 2 раза в день - 2 недели. Гепарин - антикоагулянт прямого действия. Угнетает активность тромбина, уменьшает агрегацию Тг, угнетает активность гиалуронидазы; восстанавливает биохимические и структурные нарушения в капиллярной системе, уменьшает внутрисосудистую агрегацию Тг, стазы, предупреждает формирование микротромбов. Назначают нестероидных противовоспалительных средств: бруфен 0,2 3-4 раза в день, ортофен 0,025 - 0,05 3 раза в день, индометацин 0.025 3-4 раза в день, напроксен 0.5 - 0.75 г в сутки в 2 приема,) мефенамовая кислота 0,5 3-4- раза в день, бутадон 0.1 - 0,15 2-3 раза в день, пироксикам

0. 02 1 раз в день. Суточные дозы и продолжительность курса (4-6 недель)

лечения нестероидными противовоспалительными препаратами зависит от положительного результата клинико-лабораторных показателей. В терапии псориатического артрита НПВП являются препаратами первого ряда и применяются при всех степенях активности артрита. При средней и высокой

степени активности артрита их следует сочетать со средствами второго ряда - базисными препаратами, к числу которых относятся цитостатики.

Системная супрессивная терапия:

1. Метотрексат 7,5 мг в неделю, либо по 5 мг в/м через день, на курс 7-10 инъекций.

2. Циклоспорин А («Сандиммун») внутрь по 5-6 мг/кг в сутки, после достижения клинического эффекта поддерживающая доза - 0,5 мг/кг в сутки. Лечение до 2 недель. Противопоказано одновременное использование: алкоголя, фолиевой кислоты, витамина В-12, гепатотоксических, нефротоксических препаратов, ретиноидов, сульфаниламидов, НПВС, барбитуратов, тетрациклина, пеницилина.

3. Фторафур в ампулах 4% р-р по 10 мл в/в N 10-15, повторный курс ч/з 1,5 - 2 месяца

4. Проспидин по 100 мг в/м ч/д N 10-12, затем через 2 дня (3-4- инъекции), затем через 3 дня (4-6 инъекций). На курс от 1,5 до 2,5 г.

Противопоказанием для назначения цитостатиков являются острые желудочно-кишечные заболевания, язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки, заболевания печени и почек, анемии, лейко- и тромбоцитопении, кахексия, алкоголизм, иммунодефицитные и инфекционные заболевания, беременность, кормление грудью, молодой и преклонный возраст пациентов. Во время лечения метотрексатом необходимо контролировать содержание лейкоцитов и тромбоцитов 2-3 раза в неделю во время лечения и 1 раз в неделю в течение месяца после нее, проводить определение функционального состояния печени. При лечении циклоспорином А необходимо до и на фоне лечения исследовать функцию печени и почек. Фторафур дает лучшие результаты при сочетании с метилурацилом (0,5 г 3 раза в день в течение 10 дней). Рядом авторов отмечено отсутствие выраженной токсичности у проспицина, в сочетании со значительной терапевтической широтой, превосходящей другие цитостатики в 2-5 раз. Отсутствием угнетающего влияния на систему кроветворения. Это позволяет включить его в комплексную терапию ПА, особенно в сочетании с вибрационной терапией области надпочечников. Под влиянием вибрации повышается функциональная активность коры надпочечников. Ежедневно, курс 10 процедур. Одновременно назначают экстракт родиолы розовой («золотого корня») для корректора цитостатической болезни.

Антипролиферативным действием обладает витамин Д₃ длительно по 1,5 - 2,5 мг в день перед сном. Начинают лечение с 0,5 мкг, повышая дозу по 0,25 мкг каждые две недели.

Ароматические ретиноиды: ацитретин 30-50 мг в сутки, поддерживающая доза 10-50 мг в сутки. Целесообразно сочетать терапию ацитретином с топическими кортикостероидами, кальципотриолом.

Системные кортикостероиды (ГК) в дозе 30-40 мг в сутки в пересчете на преднизолон. Прием 1/3-1/2 суточной дозы - в утренний прием. Снижается доза обычно на 1/3, а далее медленно до поддерживающей дозы (5-10 мг) или полной отмены препарата. Системные ГК назначают при тяжелых артритах. Продолжительность лечения до 6-8 недель. При быстро прогрессирующем деформирующем артрите рекомендуется назначение малых доз (менее 7,5 мг) длительно (месяцы, годы). В связи с выраженными побочными эффектами этих препаратов, повышения резистентности к другим видам терапии, развития феномена

«рикошета» предпочтение следует отдавать пролонгированным препаратам (кеналог - 40, дипроспан). Кеналог вводится в/м (инъекция - 80 мг, последующие - по 40 мг). При резко выраженных синовитах крупных суставов препарат следует вводить в полость суставов. Дипроспан применяется в/м, в/к, внутриапулярно, периапулярно в дозе 1-2 мл каждые 2-4 недели. Механизм действия ГК при псориазе заключается в их выраженном противовоспалительном влиянии, активном иммуносупрессивном эффекте, антиоксидантном действии. При резко выраженном синовите препарат вводится в полость сустава: 80 мг - в крупные суставы. 40 мг - в средние и мелкие суставы с таким же интервалом. Кроме преднизолона при псориазе назначают метилпреднизолон (метипред, медрол, урбазон), дексаметазон, триамсенолон (полькортолон), гидрокортизон в виде 25 % суспензии по 5 мл в ампуле. Целесообразно назначение НПВС ректально. У больных с тяжелым рефрактерным псориазом целесообразно назначение преднизолона и метотрексата.

Лечение ГК проводится с периодическим контролем артериального давления, электрокардиограммы, клинического и биохимического анализа крови, электролитного баланса, показателей коагулограммы, диуреза, массы тела больного, при необходимости - фиброгастроскопии.

К побочным эффектам ГК терапии относят: задержку натрия и воды (отеки), потерю калия (мышечная слабость, судороги, аритмии), остеопороз, потерю кальция (боли в позвоночнике, компрессионные переломы), миопатию (атрофия скелетной мускулатуры), стероидная язва желудка, стероидный диабет, активация инфекций, изменение массы тела (повышение массы, похудание), изменение психики (бессонница, эйфория, возбуждение, тревога, депрессия, психоз), развитие кушингоидного синдрома, супрессия гипоталамо- гипофизарно-надпочечниковой системы.

Противопоказания для ГК терапии: туберкулез, остеопороз, различные психозы, пептические язвы желудка, дивертикулиты, свежие кишечные анастомозы, глаукома, сахарный диабет, тромбоз, бактериальные, вирусные, грибковые инфекции, почечная недостаточность, болезнь Кушинга, беременность, лактация.

Противопоказания к назначению ароматических ретиноидов: беременность или кормление грудью, детородный возраст без эффективных мер контрацепции (тератогенный эффект), печеночная и почечная недостаточность, хронические нарушения жирового обмена, патологическое ожирение, тяжелый сахарный диабет, одновременный прием витамина А и других ретиноидов, одновременное назначение тетрациклина или метотрексата, ношение контактных линз, гиперчувствительность к ацитретину.

К системной супрессивной терапии относятся системная ПУВА-терапия и системная Ре-ПУВА-терапия. Терапевтический эффект ретиноидов при монотерапии сохраняется на протяжении курса лечения, после отмены препаратов очень часто возникают рецидивы. Поэтому целесообразно использовать последние в сочетании с фотохимиотерапией (Ре-ПУВА-терапия). Ароматический ретиноид назначают в течение 5-14 дней до начала лечения ПУВА-терапией в дозе 2 мг/кг веса, затем прием продолжают в течение всего курса фотохимиотерапии до клинического улучшения. Особенно перспективной считается комбинация с топическими псораленами (8-MOP Oxsoralen-Ultra, TMP) и ацитретиним.

ПУВА-терапия заключается в сочетанном применении

фотосенсибилизирующих фурукумариновых препаратов (пувален, псорален, бероксан, ламидин) и длинноволнового ультрафиолетового излучения с длиной волны от 320 до 420 нм. Основное значение придается взаимодействию активированного УФ лучами фотосенсибилизатора с ДНК, что приводит к торможению клеточной пролиферации за счет подавления синтеза нуклеиновых кислот и белка; иммуномодулирующему эффекту с нормализацией клеточного звена иммунитета, влиянию на синтез и метаболизм простогландинов, изменению проницаемости клеточных мембран, повышению активности лизосомальных ферментов, снижению повышенного хемотаксиса нейтрофилов и моноцитов. Псоралены применяются перорально и местно. Начальные дозы облучения УФ-А определяются в зависимости от типа кожи (0,5; 1,0; 1,5; 2,0; 2,5; 3,0 Дж/см²) с постепенным увеличением дозы излучения на 0,5-1,5 Дж/см при использовании пероральных псораленов и на 0,05-0,1 Дж/см² при применении топических псораленов. Курс лечения 20-30 процедур. Сеансы проводятся с интервалом в 2-3 дня. Поддерживающее лечение проводится в течение 2-3 месяцев с интервалом в 2-4 недели. Лечение больных ПА проводится после клинико-лабораторного обследования: клинический анализ крови с подсчетом тромбоцитов, определение сахара, билирубина, холестерина, общего белка, остаточного азота, мочевины, протромбина, общий анализ мочи. Необходимы заключения специалистов: терапевта, эндокринолога, окулиста, гинеколога. Противопоказанием для проведения ПУВА-терапии являются: индивидуальная непереносимость препаратов, тиреотоксикоз, гипертоническая болезнь, острые и хронические заболевания печени и почек, крови сердца, ЦНС, опухоли, туберкулез, беременность, кахексия, катаракта, повышенная фоточувствительность. Во время менструации, при острых респираторных заболеваниях, воспалительных заболеваниях внутренних органов следует сделать перерыв в проводимой терапии. Нецелесообразно проводить фотохимиотерапию детям и лицам моложе 18 лет, пациентам старше 55 лет, продолжать ее после появления крапчатой пигментации. Побочные эффекты: диспепсия, боли в области сердца, фотодерматит, неравномерная пигментация, гипертрихоз, онихолизис, кератозы, рак кожи, катаракта, иммуносупрессия, нарушения функции печени, почек. Когда доза УФ-А облучения достигнет 2000 Дж/см² фотохимию далее не назначают из-за риска развития самого серьезного побочного эффекта - рака кожи.

Целесообразна *ротационная терапия* для снижения и во избежание развития побочных эффектов супрессивной терапии. Делают перерыв в использовании супрессивных средств, заменяя их при этом на другие. Возврат к повторному назначению ранее применявшихся препаратов происходит через некоторое время, обычно через 6 месяцев - 1 год.

При псориатическом артрите нашли применение экстракорпоральные методы лечения (гемодиализ, гемосорбция, спленосорбция, гипербарическая оксигенация). Эффективно комплексное применение: гемосорбции, Т-активина, ПУВА-терапии.

Плазмаферез проводится один раз в 7 дней - 3-4 изъятия. Для эксфузии берется 200-400 мл. крови, которая центрифугируется и реинфузируется (нормализуется сокращения гуморального и клеточного иммунитета, удаляются иммунные комплексы).

Аутоотрансфузия УФ-облученной крови (АУФОК) стимулирует гемопоэз,

повышает общую резистентность организма, улучшает реологические свойства крови, активизирует клеточно-гуморальный иммунитет. Аппарат «Изольда» из расчета 2 мл крови на 1 кг массы тела (5-10 сеансов через 2-3 дня). Положительный эффект через 3-5 сеансов, максимальный эффект через 7-10 сеансов.

Целесообразно использовать препараты для коррекции минерального обмена. Оксидевит 0,0005 - 0,001 мг/сутки, 1- 1,5 мес. Стимулирует всасывание Са в кишечнике, тормозит процесс деструкции скелета, оказывает анальгезирующее и иммунокоррегирующее действие, подавляет секрецию паратиреоидного гормона.

Так как при псориатическом артрите отмечается перераспределение Са и повышенный вход этого катиона в клетку необходимо назначить блокаторы Са каналов (тормозит развитие остеопении). Коринфар внутрь по 1 дражке 3 раза в день (20-30 дней). Хороший эффект в сочетании с оксидевитом.

В терапии резистентных форм псориаза используют биогенные стимуляторы (алоэ, фибс, стекловидное тело), пирогенные препараты (пирогенал, продигозан).

Учитывая наличие изменений в составе соединительной ткани, также в случаях значительного ограничения движений за счет контрактуры и деформаций в позвоночнике назначается лидаза. Вводится в/м по 64 УЕ через день 15-20 инъекций в комплексе с НПВС и в виде электрофореза по 20-30 минут, 15-20 сеансов на курс.

При распространенных и тяжелых формах псориаза - фолиевая кислота 0,005 в день с витамином В 15 (0,05 2 - 3 раза в день) 15-40 дней.

Применяется лазерная терапия (противовоспалительных эффект, ускоряет кровяток в зоне облучения, вызывает активацию обменных процессов, усиливает фагоцитоз, улучшает микроциркуляцию в синовиальной оболочке, оказывает иммуномоделирующее действие, уменьшает остеопороз, замедляет прогрессирование костной деструкции). Лазер ЛГ-75 ежедневно 20—25 минут 10-15 процедур. После лазеротерапии показано назначение фонофореза мази «пелан»: пелоидина - 500,0; анальгина - 125,0; вазелина - 500,0.

В комплексной терапии псориатического артрита используют также фонофорез индометациновой и бутадионовой мази на суставы. На пораженные суставы назначаются аппликации 25-30% рствора ДМСО.

При любых формах псориатического артрита как в в виде монотерапии, так и в качестве локального воздействия на пораженные суставы можно применять гепарин-фибринолизин-электрофорез, на курс 15-20 процедур.

Из физиотерапевтического лечения в острый период назначают магнитотерапию, лазеромагнитотерапию, электрофорез с новокаином. При стихании болей - ультразвук с гидракортизоном, индометациновой мазью, токи Бернара. Эффективн оназначение лазеротерапии в различных вариантах: внутрисосудистое облучение крови (ВЛОК), чрезкожное облучение (ЧЛОК), наружное облучение суставов.

При стихании островоспалительных явлений в суставах рекомендуется грязелечение, торфолечение.

Санаторно-курортное лечение особенно показано на ранних стадиях псориатического артрита для предотвращения тяжелых поражений. Курорты: Кульдур (Хабаровский край), Белокуриха (Алтайский край), Молоковка (Читинская область), Нальчик (Камчатская область).