

**ПСОРИАТИЧЕСКИЙ
АРТРИТ**
рекомендации для пациентов

Псориазический артрит: рекомендации для пациентов.
Мозговая Е.Э., Морозова Т.А.
2011

Псориаз (*ПсА*) – хроническое прогрессирующее воспалительное поражение суставов, позвоночника и энтезисов, ассоциированное с псориазом.

Псориаз – одно из наиболее часто встречающихся кожных заболеваний, он выявляется у 1-3 % населения. ПсА считается вторым по частоте воспалительным заболеванием суставов после ревматоидного артрита, его диагностируют у 7-40% больных псориазом. Мужчины и женщины болеют одинаково часто. Однако поражение позвоночника возникает чаще у мужчин (3:1). Обычно заболевание дебютирует в возрасте 20-50 лет. В детском возрасте ПсА встречается редко (1,9% среди всех форм псориаза у детей), при этом развивается в возрасте 9-12 лет и является проявлением ювенильного псориазического артрита. У 75% больных ПсА поражение суставов возникает в среднем через 10 лет после появления первых признаков кожного псориаза, у 11-15% развивается одновременно с поражением кожи, у 10-15% предшествует развитию псориаза на несколько недель, месяцев, лет.

Этиология и патогенез. Этиология и патогенез ПсА до конца не изучены. В последние годы псориаз и ПсА рассматривают как клинические проявления системного процесса в рамках псориазической болезни.

ПсА является мультифакториальным заболеванием, возникает в результате сложных взаимодействий между генетическими, иммунологическими и внешнесредовыми факторами.

К средовым факторам, провоцирующим развитие ПсА относятся:

- Инфекционные агенты (стрептококк, стафилококк, грибковая инфекция, вирусы – ретровирусы, ВИЧ).
- Эндокринные факторы. Пик заболеваемости псориазом приходится на пубертатный период и период ме-

нопаузы. Беременность изменяет течение болезни, как правило, способствует уменьшению проявлений заболевания, хотя в некоторых случаях провоцирует тяжелое течение болезни.



Рис. 1. Факторы, определяющие развитие ПсА.

- Заболевания желудочно-кишечного тракта (гастрит, холецистит, дисбактериоз кишечника).
- Психоэмоциональный стресс предшествует дебюту псориаза в 70% случаев, обострению процесса – в 65% случаев.
- Медикаменты (препараты лития, β -адреноблокаторы, аминохинолиновые средства, иногда НПВП) могут

провоцировать возникновение псориаза или его обострение.

- Травмы. У 25 % больных ПсА дебютирует после травмы.

Клиническая картина. ПсА может протекать остро. Однако нередко заболевание развивается постепенно через продромальный период в виде повышенной утомляемости, слабости, артралгий, миалгий, иногда лихорадки и потери массы тела.

Клиническая картина ПсА складывается из проявлений псориаза кожи и (или) ногтей; артрита периферических суставов (межфаланговых суставов кистей и стоп, пястно-фаланговых, плюснефаланговых, височно-нижнечелюстных, лучезапястных, голеностопных, локтевых, коленных); поражений позвоночника и крестцово-подвздошных сочленений; энтезопатий.

Псориатическое поражение кожи может быть распространенным, но нередко ограничивается локализацией бляшек на волосистой части головы, разгибательных поверхностях локтевых, коленных суставов, вокруг пупка, под молочными железами, в подмышечной области, межъягодичной и паховых складках. Характерно поражение ногтей. На их поверхности появляются точечные углубления. Ногтевые пластинки мутнеют, на них видны продольные или поперечные бороздки, «масляные пятна».

Характерным признаком ПсА считается воспаление дистальных межфаланговых суставов кистей и стоп, поражение обычно множественное, но в начале заболевания возможно развитие асимметричного артрита 1-3 суставов. Кожа над ними синюшная или багрово-синюшная. Изменение формы концевых суставов одновременно со своеобразной

окраской кожных покровов создает картину «редискообразной» деформации пальца.

Для ПсА типичен «осевой» характер поражения суставов кистей и стоп - одновременное поражение всех суставов одного и того же пальца вплоть до развития его обездвиженности. Воспалительные изменения в суставах и сухожилиях пальцев кистей и стоп обуславливают их диффузную припухлость и покраснение кожных покровов - «пальцы-сосиски».

У 5% больных наблюдается обезображивающая (мутилирующая) форма ПсА, когда в результате разрушения суставов обнаруживаются множественные подвывихи и анкилозы суставов, пальцы укорачиваются, искривляются.

Поражения позвоночника и крестцово-подвздошных сочленений встречаются в 40% случаев ПсА, нередко протекают бессимптомно. Боль и скованность могут локализоваться в любом отделе позвоночника, однако значительные функциональные нарушения развиваются достаточно редко.

Энтезиты – воспаления в местах прикрепления связок и сухожилий к костям проявляются болезненностью в области пяток, ахилловых сухожилий.

ПсА может сопровождаться поражением глаз. Чаще возникают конъюнктивит и ирит, реже эписклерит.

В ряде случаев диагностируют поражения внутренних органов: легких, сердца, печени.

Лабораторные исследования. Лабораторных тестов, специфичных для ПсА, не существует. Некоторые случаи артрита дистальных межфаланговых суставов, моноартрита крупных сосудов могут протекать с практически неизменными лабораторными показателями. При ПсА может выявляться увеличение СОЭ, уровня С-реактивного белка, умеренный

лейкоцитоз и анемия. У 12% больных обнаруживают ревматоидный фактор.

Рентгенографическое обследование кистей, стоп, таза, позвоночника оказывает большую помощь в диагностике, позволяя обнаружить характерные признаки заболевания.

Лечение. В настоящее время средств для полного излечения ПсА не существует, однако современные препараты позволяют управлять болезнью, снимая болезненные проявления, замедляя процесс разрушения суставов. Для этого необходимо постоянное наблюдение врача и систематическое лечение.

Цели лечения при ПсА:

- подавление воспалительного процесса в суставах, позвоночнике, энтезисах,
- достижение и поддержание ремиссии,
- предотвращение возникновения деструктивных изменений в суставах,
- уменьшение выраженности псориатического поражения кожи и ногтей,
- подавление воспаления внутренних органов,
- сохранение качества жизни больных.

Лечение ПсА должно быть комплексным, осуществляется совместно ревматологом, дерматологом. При необходимости к консультативной помощи привлекаются кардиолог, эндокринолог, окулист, хирург-ортопед.

Медикаментозное лечение.

В лечении ПсА применяются следующие группы лекарственных средств:

- Нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП). Применяются с осторожностью, т.к. способны провоцировать обострение псориаза.
- Глюкокортикостероиды (ГКС). Преимущественно в виде внутрисуставных инъекций. Предпочтение отдается препаратам пролонгированного действия. Инъекции проводятся поочередно в пораженные суставы. В один и тот же сустав в течение года допускается не более 3 инъекций.
- При недостаточном эффекте от применения НПВП и ГКС назначаются базисные противовоспалительные препараты (БПВП) – сульфасалазин, метотрексат, циклоспорин, лефлуномид – они обладают способностью медленно накапливаться в организме, подавляя иммунный компонент воспаления.
- Лечение генно-инженерными биологическими препаратами - самостоятельное направление терапии ПсА и псориаза. Рекомендовано при периферическом артрите, преимущественном поражении позвоночника, генерализованной энтезопатии в случае отсутствия эффекта от проводимого лечения.
- Препараты, улучшающие реологические свойства крови («текучесть» крови) – реополиглюкин, пентоксифиллин, дипиридамол, гепарин.

При выраженных воспалительных явлениях в суставах проводится экстракорпоральное очищение крови, чаще всего

плазмаферез, который может сочетаться с ультрафиолетовым или лазерным облучением крови.

Немедикаментозное лечение.

Пациентам с ПсА рекомендуется:

- избавление от вредных привычек (отказ от курения, злоупотребления спиртным, чрезмерного употребления кофейных напитков),
- вести подвижный образ жизни,
- ежедневно заниматься лечебной физкультурой.

При ПсА в лечебный комплекс включают методы физиотерапии. Используется магнитотерапия, лазеротерапия, медикаментозный электро- и фонофорез (с 50%-м раствором димексида, глюкокортикостероидами и др.), криотерапия, иглорефлексотерапия. Применяют метод фотохимиотерапии, который заключается в приеме внутрь препарата - фотосенсибилизатора псоралена с последующим облучением длинноволновыми ультрафиолетовыми лучами.

Вне стадии обострения показано санаторно-курортное лечение: Миргород, Немиров, Кисловодск, Пятигорск, Мацеста, Сочи, Кемери, Талги, Краинка, другие курорты, расположенные в сухом морском климате типа средиземноморского или на Мертвом море. В большинстве случаев наиболее благоприятен для санаторно-курортного лечения период с середины марта до середины ноября. При ПсА применяются сульфидные, сероводородные, йодобромные, суховоздушные радоновые ванны, озокеритолечение и парафинотерапия. Хорошо зарекомендовала себя пелоидотерапия.

При развитии признаков прогрессирующей деструкции и деформации суставов показана консультация хирурга-ортопеда для решения вопроса о выполнении эндопротезирования.