

ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО
ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ «БАШКИРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ» МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
Кафедра Госпитальной терапии№1

ПСОРИАТИЧЕСКИЙ АРТРИТ

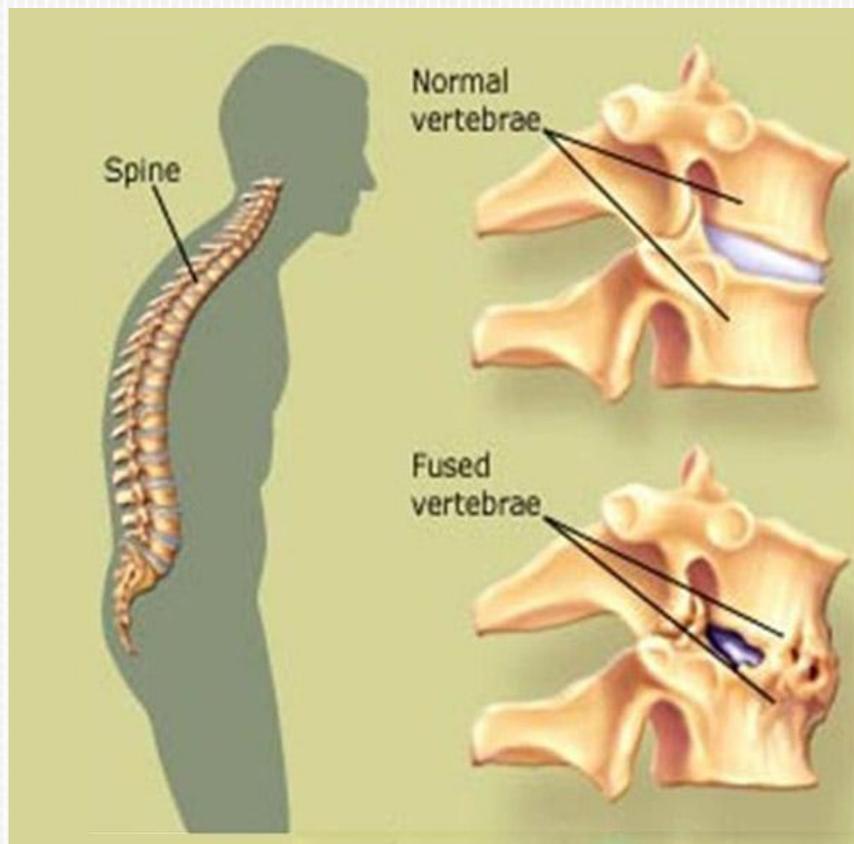
Докладчик: Кохтаева Н.А.
группа Л-610Б

ОПРЕДЕЛЕНИЕ

Псориатический артрит (ПА)- хроническое системное прогрессирующее заболевание, ассоциированное с псориазом, которое приводит к развитию эрозивного артрита, костной резорбции, множественных энтезитов и спондилоартрита



СПОНДИЛОАРТРИТ И КОСТНАЯ РЕЗОРБЦИЯ



ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

- Распространенность псориаза в популяции составляет 2-3%
- Распространенность артрита у больных псориазом колеблется от 13,5 до 47,0%.
- Наиболее часто ПА начинается в возрасте от 20 до 50 лет
- Мужчины и женщины заболевают одинаково часто. Значительно тяжелее протекает у мужчин пожилого возраста.



КЛАССИФИКАЦИЯ

Клинико-анатомические варианты суставного синдрома (В.В. Бадюкин):

- Дистальный
- Олигоартритический
- Полиартритический
- Остеолитический
- Спондилоартритический

КЛАССИФИКАЦИЯ

Основные клинические разновидности:

- олигоартикулярный периферический (не более 4 суставов);
- полиартикулярный периферический (5 и более суставов);
- аксиальный (осевой) (поражается осевой скелет (позвоночник и крестцово-подвздошные суставы) изолированный или в сочетании с периферическим артритом.

КЛАССИФИКАЦИЯ

Клиническая форма :

- тяжелая;
- обычная (средней тяжести и легкая)
- злокачественная;
- ПА в сочетании с диффузными заболеваниями соединительной ткани, ревматизмом, реактивными артритами, подагрой.

КЛАССИФИКАЦИЯ

Системные проявления:

- без системных проявлений;
- с системными проявлениями (трофические нарушения, генерализованная амитрофия, поладенит, аортит, кардит, пороки сердца, неспецифический реактивный гепатит, циррозы печени, амилоидоз внутренних органов, кожи и суставов, диффузный гломерулонефрит, подострый конъюнктивит, острый передний увеит, неспецифический уретрит, полиневрит, синдром Рейно и др.)

КЛАССИФИКАЦИЯ

Фаза и степень активности:

- активная фаза (степени активности: минимальная, умеренная, максимальная);
- ремиссия.

Рентгенологическая характеристика:

Периферические и корневые суставы:

- I стадия – околосуставной остеопороз;
- IIА стадия – то же + сужение суставной щели, кистовидные просветления костной ткани;
- IIБ стадия – то же + единичные поверхностные узурь;
- III стадия – то же + множественные узурь, внутрисуставной остеолит;
- IV стадия – то же + костные анкилозы.

Крестцово-подвздошные суставы:

- I стадия – нечеткость суставной щели, слабо выраженный остеопороз; I
- I стадия – сужение или расширение суставной щели, субхондральный остео-склероз;
- III стадия – то же + частичное анкилозирование;
- IV стадия – то же + полное анкилозирование

КЛАССИФИКАЦИЯ

Анкилозирующий

спондилоартрит с:

- синдесмофитами или параспинальными оссификатами;
- анкилозами межпозвоночных суставов

Функциональная способность:

А. Сохранена;

Б. Нарушена:

I – профессиональная способность сохранена;

II – профессиональная способность утеряна;

III – утрачена способность к самообслуживанию.

Характер и стадия псориаза:

А. Характер:

- вульгарный;
- экссудативный;
- атипичный (пустулезный, эритро-дермический, рупиоидный);

Б. Стадия:

- прогрессирующая;
- стационарная;
- регрессирующая;
- псориаз ногтей.

КЛАССИФИКАЦИЯ

По степени активности ПА:

1 степень – минимальная (незначительные боли при движении; утренняя скованность отсутствует или ее длительность не превышает 30 минут; СОЭ не ускорена или более 20 мм/ч; экссудативные явления в области суставов отсутствуют или выражены минимально);

2 степень – умеренная (боли в покое и при движении; утренняя скованность в течение нескольких часов; экссудативные симптомы в области суставов умеренные, не стойкие; СОЭ в пределах 20-40 мм/ч; заметный лейкоцитоз, палочкоядерный сдвиг; субфебрильная температура тела);

3 степень – максимальная (сильные боли в покое и при движении; утренняя скованность продолжается в течение многих часов; выражены экссудативные явления в области периартикулярных тканей; СОЭ выше 40 мм/ч; температура тела высокая; значительное изменение лабораторных показателей).

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

ПА-поражение дистальных межфаланговых суставов, часто в сочетании с «псориастическими» изменениями ногтей, энтезиты (ахилово сухожилие, разгибатели пальцев), дактилит, у трети пациентов конъюнктивит, редко-увеит, аортальная недостаточность и легочный фиброз.

- 1) Ассиметричный олиго-, моноартрит** крупных суставов, напоминающий таковой при спондилоартропатиях, в сочетании с поражением одного или двух межфаланговых суставов и дактилитом кистей и/или стоп
- 2) Симметричный полиартрит** мелких суставов кистей и стоп, лучезапястных, коленных и плечевых суставов. По клиническим проявлениям он не отличается от РА, но часто сопровождается вовлечением в процесс дистальных межфаланговых суставов и развитием анкилозов дистальных и проксимальных межфаланговых суставов. Развитие симметричного артрита при псориазе при отсутствии перечисленных выше клинических проявлений и серопозитивности по РФ следует интерпретировать как сочетание двух заболеваний (РА и псориаз), а не как ПА
- 3) Мутилирующий артрит** - характеризуются остеоллизом концевых фаланг и головок пястных костей кистей. Он является редким, но очень характерным проявлением ПА. В результате остеолиза развивается характерная «телескопическая» деформация пальцев и всей кисти («рука с лорнетом»)
- 4) Очень редко (5%) спондилит, сакроилеит и/или артрит тазобедренных и плечевых суставов, часто без симптомов (боли в спине отсутствуют, несмотря на выраженные рентгенологические изменения, почти никогда не бывают первыми проявлениями заболевания)**



Симптом «рука с лорнетом», характерный для Мутилирущем ПА

ЛАБОРАТОРНАЯ ДИАГНОСТИКА

1. Общий анализ крови: умеренная нормохромная анемия, увеличение СОЭ, возможен небольшой нейтрофильный лейкоцитоз. СОЭ оказывается повышенным примерно у 50% пациентов.
2. Биохимический анализ крови: гипергаммаглобулинемия, гипоальбуминемия, умеренное увеличение содержания мочевой кислоты.. Оценка уровня вч С-реактивного белка имеет большое значение для стратификации пациентов по степени кардиоваскулярного риска. Усредненный нормальный уровень СРБ составляет менее 5 мг/л, а концентрации более 3 мг/л свидетельствуют о высоком кардиоваскулярном риске у обследуемых лиц.
3. Ревматоидный фактор при ПА может выявляться у 12-15% больных ПА. Наибольшее диагностическое значение имеет IgM РФ. Диагностическая чувствительность IgM составляет 50-90%, специфичность – 80-93%

ЛАБОРАТОРНАЯ ДИАГНОСТИКА

4. Определение АЦЦП (в норме ИФА составляет не более 5ЕД/мл)
5. Возможно увеличение титра антител к ДНК, антинуклеарных антител (антину-клеарного фактора (АНФ)) (Норма менее 1:40 при использовании криостатных срезов печени или почек лабораторных животных)
6. Возможно увеличение концентраций иммуноглобулинов, в частности IgA (норма 1,5-3 г/л), компонентов комплемента (норма С3 0,9-1,8 г/л, С4 – 0,1-0,4 г/л), ЦИК (норма менее 56ед.)

ЛАБОРАТОРНАЯ ДИАГНОСТИКА

7. Общий анализ мочи чаще бывает нормальным, при почечных осложнениях заболевания возможна протеинурия.
8. Важным методом- иммунологический анализ с целью выявления антигена HLA-Cw6 и HLA-B27 (при поражении осевого скелета). Частота носительства этого антигена при псориатическом артрите – 20-40%, при псориатическом спондилите – 50-70%.
9. Исследование синовиальной жидкости позволяет выявить изменения воспалительного характера (лейкоцитоз свыше 2000 в 1 мкл при содержании нейтрофилов больше чем у 50%).

ИНСТРУМЕНТАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА

1. Рентгенологическое исследование периферических суставов - кортикальные эрозии фаланг, деструктивный артрит дистальных межфаланговых суставов при отсутствии или слабо выраженном околоуставном остеопорозе, краевой периостит, конечное сужение, деформацию дистальных фаланг пальцев в виде «карандаша в колпачке», параартикулярные остеофиты, разноосевое смещение пораженных суставов. У большинства больных обнаруживаются признаки одностороннего или двустороннего сакроилеита, спондилита с паравертебральными оссификатами. При поражении тазобедренного сустава визуализируется деструкция головки бедра, сужение суставной щели, деструктивные изменения вертлужной впадины, анкилозирование тазобедренного сустава.
2. Рентгенологическими признаками псориатического спондилита являются передний спондилит, деструктивные изменения (эрозии), исчезновение нормальной вогнутости позвонков, оссификация передней продольной связки, синдесмофиты, параспинальные оссификаты.

ИНСТРУМЕНТАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА

Существует Нью-Йоркская классификация рентгенологических стадий спондилита:

0 стадия (норма): изменений нет;

1 стадия (подозрение): нет явных изменений;

2 стадия (минимальные изменения): эрозии, квадратизация, склероз \pm синдесмофиты на 2 позвонках

3 стадия (умеренные изменения): синдесмофиты на 3 позвонках \pm сращение 2 позвонков;

4 стадия (значительные изменения): сращение с вовлечением 3 позвонков.

ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

3. Ультрасонографии -признаки энтезопатий: отек связки или сухожилия, тендинит, характеризующиеся изменением эхо текстуры связок и снижением эхогенности, перитендинит, отек мягких тканей, бурсит

4. МРТ:

- воспалительные изменения: отек виден в следующих структурах: костный мозг, субхондральная кость, капсула сустава, полость сустава и ретроартикулярные межкостные связки.
- Структурные изменения: эрозии, жировая инфильтрация, формирующаяся после воспалительного отека, субхондральный склероз и анкилоз

КРИТЕРИИ ДИАГНОСТИКИ ПСОРИАТИЧЕСКОГО АРТРИТА

№	Критерии	Баллы
1	Псориазные высыпания на коже	5
	Псориаз ногтевых пластинок	2
	Псориаз у близких родственников	1
2	Артрит дистальных межфаланговых суставов	5
3	Артрит 3 суставов одного пальца	5
4	Асимметричный артрит	2
5	Типичные параартикулярные явления	5
6	«Сосискообразная» деформация пальцев стоп	3
7	Разнонаправленные подвывихи суставов пальцев кистей	4
8	Боль и утренняя скованность в позвоночнике	1
9	Остеолиз в области суставов	5
10	Анкилоз дистальных межфаланговых (кисти, стопы) и плюснефаланговых суставов	5
11	Рентгенологические признаки определённого сакроилиита	2
12	Синдесмофиты или паравертебральные оссификаты	4
13	Серонегативность по РФ	2
14	Связь усиления кожных проявлений с обострением суставного синдрома или его появлением	4
Категория диагноза		Сумма баллов
ПА классический		16 и более
ПА определённый		11–15
ПА вероятный		8–10
ПА отвергается		7 и менее

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА

ПА необходимо дифференцировать с:

1. Себорейным дерматитом и экземой
2. При поражении ногтей обязательно исключение грибковой инфекции
3. Ревматоидным артритом
4. Остеоартрозом
5. При поражении позвоночника-анкилозирующим спондилитом

ЛЕЧЕНИЕ

Цели лечения:

1. Снижение активности воспалительного процесса в суставах и позвоночнике
2. Подавление системных проявлений ПА и поражения кожи
3. Замедление прогрессирования деструкции суставов
4. Сохранение качества жизни пациентов

НЕМЕДИКАМЕНТОЗНАЯ ТЕРАПИЯ

1. Избегать факторы, провоцирующие обострение болезни
 2. Отказ от курения и приема алкоголя
 3. Поддержание идеальной массы тела
 4. Обучение пациентов(изменение стереотипа двигательной активности)
 5. Лечебная физкультура (1-2 раз в неделю)
 6. Физиотерапия (холодовые или тепловые процедуры, ультразвук, лазеротерапия)
 7. Ортопедическое пособие
 8. Санаторно-курортное лечение (больным с минимальной физической)
 9. На протяжении болезни активная профилактика и лечение сопутствующих заболеваний
- Немедикаментозные методы оказывают умеренное и кратковременное анальгетическое действие.

МЕДИКАМЕНТОЗНАЯ ТЕРАПИЯ

Стандартная терапия:

- 1. Нестероидные противовоспалительные препараты*
- 2. Глюкокортикостероидные препараты .*
- 3. Базисные противовоспалительные препараты (БПВП)*

БПВП

- Метотрексат (МТ)
- Циклоспорин
- Сульфасалазин (СФС)
- Соли золота
- Азатиоприн и пеницилламин
- Лефлуномид (ЛФ)
- Инфликсимаб
- Ретиноиды

ГЕННО-ИНЖЕНЕРНЫЕ БИОЛОГИЧЕСКИЕ ПРЕПАРАТЫ (ГИБП)

В настоящее время в РФ среди ГИБП для лечения ПсА зарегистрированы

1. ингибиторы ФНО- α

- инфликсимаб – ИНФ
- адалимумаб – АДА
- этанерцепт – ЭТЦ,
- голимумаб – ГЛМ)

2. моноклональные антитела к интерлейкинам (ИЛ) - устекинумаб (УСТ).

ИНГИБИТОРЫ ФНО- α

1. Ингибиторы ФНО- α рекомендуются к применению:
 - у больных с активным ПсА, не достигших ремиссии или минимальной активности заболевания на фоне лечение метотрексатом при наличии или появлении (в динамике) эрозий суставов, несмотря на прием БПВП больным с активным энтезитом и/или дактилитом и недостаточным ответом на лечение НПВП.
 - деструкций в суставах, даже на фоне приема БПВП.
 - больным с активным ПсА при наличии факторов неблагоприятного прогноза, клинически значимом псориазе даже без предшествующего назначения БПВП
2. Перед назначением ГИБП обязательным является скрининг на туберкулез
3. ГИБП используют как в режиме монотерапии, так и в сочетании с другими БПВП (обычно МТ или СФС).

МОНОКЛОНАЛЬНЫЕ АНТИТЕЛА К ИНТЕРЛЕЙКИНАМ (ИЛ)

Устекинумаб (УСТ):

- активно воздействует на клинические проявления псориаза (кожа, ногти) и одновременно на основные признаки ПсА (артрит, дактилит, спондилит, энтезит)
- задерживает рентгенологическое прогрессирование в суставах.
- предшествующий прием ингибиторов ФНО- α не снижает эффективность УСТ
- УСТ применяется в режиме монотерапии или в сочетании с МТ.

ДОЗИРОВКИ

- Адалимумаб вводится пациентами самостоятельно подкожно в дозе 40 мг 1 раз в 2 недели.
- Голимумаб вводится пациентами самостоятельно подкожно в дозе 50 мг 1 раз в 28 дней.
- Этанерцепт вводится пациентами самостоятельно подкожно в дозе 25 мг 2 раза в неделю или 50 мг 1 раз в неделю.
- Устекинумаб вводится пациентами самостоятельно подкожно в дозе 45 мг по схеме: 0-4 недели, далее каждые 12 недель. Длительность лечения для всех перечисленных ГИБП составляет от 12 недель до 1 года.
- Инфликсимаб вводят в дозе 3-5 мг/кг внутривенно.

СТОИТ ЗНАТЬ

При выборе ГИБП учитывают:

1. его стоимость для длительном применения
2. доступность для пациента
3. быстроту наступления ожидаемого клинического эффекта на суставы и псориаз.

При использовании ГИБП, чаще – Инфликсимаба и Адалимумаба, у части больных возможно развитие вторичной неэффективности лечения, что, главным образом, связано с появлением нейтрализующих антител к препарату. Вторичная неэффективность («ускользание эффекта») возникает на любом сроке терапии, риск ее возникновения может быть снижен сопутствующим приемом метотрексата, при возникновении требуется смена одного ГИБП на другой.