



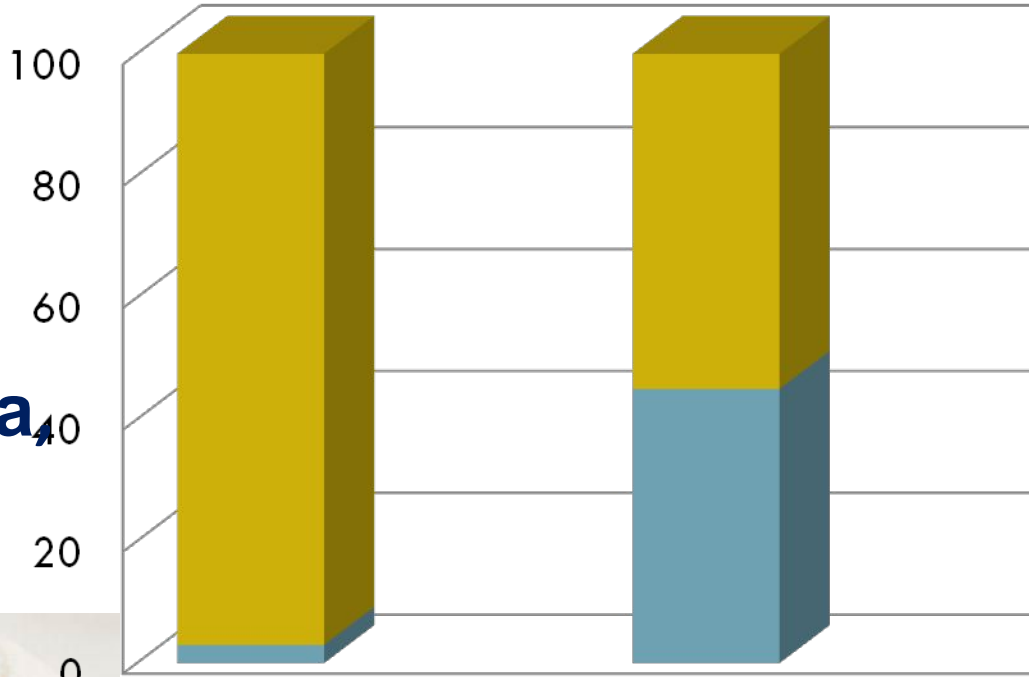
# НАЯ ДИАГНОСТИКА ПСОРИАТИЧЕСКОГО О АРТРИТА

2014

Врач-интерн Исупова А.А.

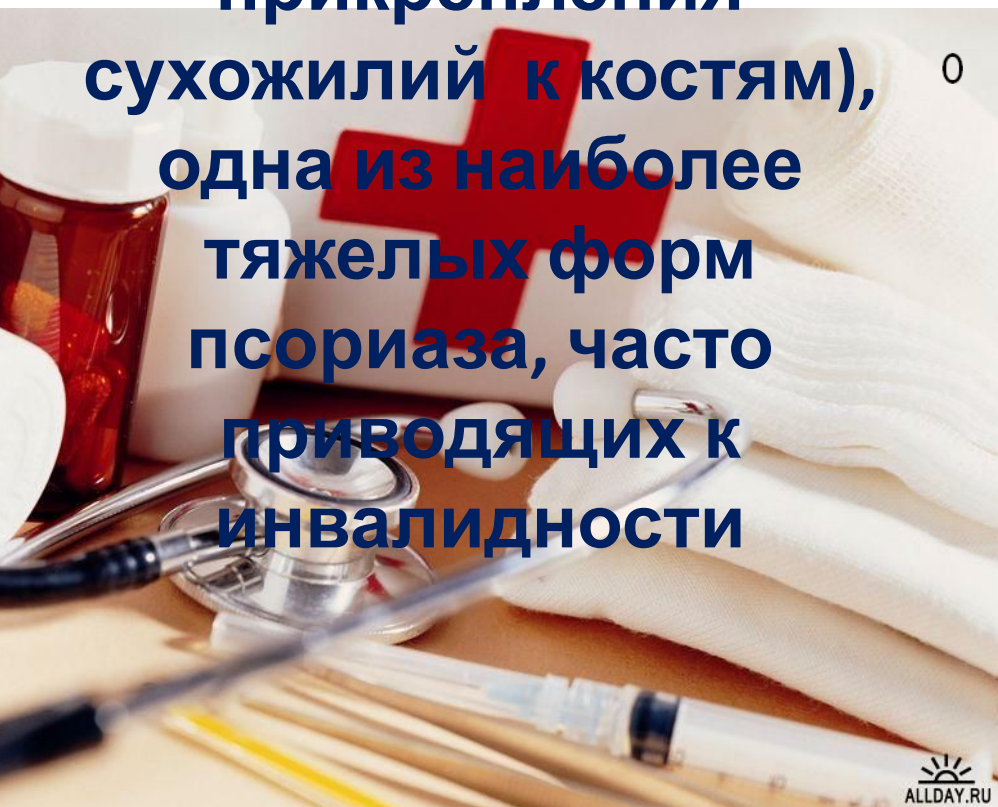
# Псориазический артрит

– хроническое  
воспалительное  
заболевание  
периферических  
суставов, позвоночника,  
энтезисов (места  
прикрепления  
сухожилий к костям),  
одна из наиболее  
тяжелых форм  
псориаза, часто  
приводящих к  
инвалидности



Распространенность псориаза в популяции

Распространенность артрита среди больных псориазом



# Псориатический артрит

Псориатический артрит чаще начинается в мелких суставах кистей и стоп с последующим поражением любых других суставов (чаще — коленных, голеностопных).

Практически всегда при обследовании у пациентов отмечается: поражение позвоночника и крестцово-подвздошных суставов и сухожилий.



# «Сосискообразная деформация пальцев»



# Клинические формы псориатического артрита

Асимметричный олигоартрит

Артрит дистальных межфланговых суставов

Симметричный ревматоидноподобный артрит

Мутилирующий (обезображивающий) артрит

Псориатический спондилит

# Диагностические критерии псориатической артропатии по (Н. Mathies, 1974 г.)

1. Поражение дистальных межфаланговых суставов пальцев.
2. Одновременное поражение пястно-фалангового (плюснефалангового), проксимального и дистального межфаланговых суставов, «осевое поражение»
3. Раннее поражение суставов стоп, в том числе большого пальца.
4. Боли в пятках (подпяточный бурсит).
5. Наличие псоритатических бляшек на коже или типичное для псориаза изменение ногтей (подтверждается дерматологом)
6. Псориаз у ближайших родственников.
7. Отрицательные реакции на ревматоидный фактор.
8. Характерные рентгенологические данные: остеолиз, периостальные наложения. Отсутствие эпифизарного остеопороза.
9. Клинические (рентгенологические) симптомы одностороннего сакроилеита.
10. Рентгенологические признаки спондилита – грубые паравертебральные оссификаты.

**Примечание:** диагноз достоверен при наличии трёх критериев, один из которых должен быть **5-м**, **6-м** или **8-м**. При наличии ревматоидного фактора необходимо пять критериев, среди которых обязательно должно быть **9-й** и **10-й**.

- Более современные классификационные критерии псориатического артрита были предложены в 2006 г. – CASPAR (Classification criteria for Psoriatic Arthritis). Разработаны экспертами 30 ревматологических центров из 13 стран и апробированы на популяции пациентов, длительно страдающих псориатическим артритом ( в среднем – 12,5 лет). Эти критерии позволяют классифицировать болезнь, несмотря на положительный ревматоидный фактор (РФ) и отсутствие псориаза, при наличии типичных признаков псориатического артрита.
- Чтобы соответствовать критериям CASPAR, пациенты должны иметь признаки воспалительного заболевания суставов (артрит,

# Диагностические критерии псориатического артрита CASPAR, (2006)

	Балл
1. Псориаз:	
• псориаз в момент осмотра	2
• псориаз в анамнезе	1
• семейный анамнез псориаза	1
2. Псориатическая дистрофия ногтей:	
• Точечные вдавления, онихолизис, гиперкератоз	1
3. Отрицательный ревматоидный фактор (кроме латекс теста)	1
4. Дактилит – припухлость всего пальца	
• в момент осмотра	1
• дактилит в анамнезе	1
5. Рентгенологические признаки внесуставной костной пролиферации по типу краевых разрастаний (кроме остеофитов) на рентгенограммах кистей и	1



# Диагностические критерии псориатического артрита , разработанные в институте ревматологии РАМН (1989 г.)

<b>1.Диагностические критерии:</b>	<b>Балл</b>
Псориатические высыпания на коже	+5
Псориаз ногтевых пластин	+2
Псориаз кожи у близких родственников	+1
Артрит дистальных межфаланговых суставов кистей	+5
Артрит трёх суставов одного и того же пальца (осевое поражение)	+5
Разнонаправленные подвывихи пальцев рук	+4
Асимметричный хронический артрит	+2
Багрово-синюшное окрашивание кожи над поражённым суставом со слабой пальпаторной болезненностью	+5
Сосискообразная деформация пальцев стоп	+3
Параллелизм течения кожного и суставного синдрома	+4
Боль и утренняя скованность в любом отделе позвоночника, сохраняющаяся на протяжении не менее 3 месяцев	+1
Серонегативность по ревматоидному фактору	+2
Акральный остеолиз	+5
Анкилоз дистальных межфаланговых суставов кистей и/или плюснефаланговых	+5
Рентгенологические признаки определённого сакроилеита	+2
Синдесмофиты или паравертебральные оссификаты	+4
<b>2.Критерии исключения:</b>	<b>Балл</b>
Отсутствии псориаза	-5
Серопозитивность по ревматоидному фактору	-5
Ревматоидные узелки	-5
Тофусы	-5
Тесная связь суставного синдрома с кишечной или урогенитальной инфекцией	-5

**ПСОРИАТИЧЕСКОГО АРТРИТА,  
РАЗРАБОТАННЫЕ В ИНСТИТУТЕ  
РЕВМАТОЛОГИИ РАМН (1989 Г.)**

**Примечание: при сумме баллов, равной  
16, устанавливается диагноз  
«псориатический артрит  
классический»; 1-15 – «псориатический  
артрит определённый»; 8-10 –  
«псориатический артрит вероятный»;  
диагноз отвергается при сумме баллов  
равной 7 и меньше.**

# Лабораторны

е

## данные

- **Общий анализ крови** Увеличение СОЭ, лейкоцитоз, гипохромная анемия
- **Биохимический анализ крови** Повышение уровня серомукоида, фибриногена, сиаловых кислот, кислой фосфатазы, альфа2- и у-глобулинов.
- **Исследование крови на РФ** отрицательный результат
- **Исследование синовиальной жидкости** высокий цитоз (более  $5 \times 10^9/\text{л}$ ), нейтрофилез, муциновый сгусток рыхлый, вязкость низкая.

# Рентгенологическое исследование суставов

- эрозии на краях суставных поверхностей костей с последующим распространением на центральную часть сустава
- сужение суставной щели,
- зазубренный корковый слой
- диффузный остеопороз всей кости и остеолитический дефект концевой фаланги;
- патогномонично развитие анкилозов всех суставов одного и того же пальца,
- поражение крестцово-подвздошных сочленений,
- развитие грубых паравертебральных оссификатов (кальцификатов).

# Обзорная рентгенограмма кистей в прямой проекции (Клиническая дерматология и венерология 5, 2010 г.)



**Больной С, 24  
года**

мультиплирующей артрит, множественные внутрисуставной остеолит дистальных и проксимальных межфаланговых суставов, полный костный анкилоз суставов запястья, множественные подвывихи суставов.



ТОТАЛЬНОЕ ПОРАЖЕНИЕ  
КОЖНОГО ПОКРОВА; КОЖА  
ИМЕЕТ КРАСНОВАТО-  
СИНЮШНЫЙ ЦВЕТ С  
ЗАСТОЙНЫМ КОМПОНЕНТОМ,  
ИНФИЛЬТРИРОВАНА, С ТРУДОМ  
СОБИРАЕТСЯ В СКЛАДКУ;  
НАБЛЮДАЕТСЯ ОБИЛЬНОЕ  
КРУПНОПЛАСТИНЧАТОЕ  
ШЕЛУШЕНИЕ ПО ВСЕМУ  
КОЖНОМУ ПОКРОВУ В ВИДЕ  
ЛЕГКО ОТДЕЛЯЮЩИХСЯ  
СЕРОВАТО ЖЁЛТЫХ ЧЕШУЕК,  
ОБИЛЬНО ОСЫПАЮЩИХСЯ С  
КОЖНОГО ПОКРОВА ПРИ  
РАЗДЕВАНИИ БОЛЬНОГО.

**Больной С, 24 года**

ВЫРАЖЕННАЯ  
ДЕФОРМАЦИЯ И  
ОСТЕОЛИЗ  
ДИСТАЛЬНЫХ  
МЕЖФАЛАНГОВЫХ  
СУСТАВОВ КИСТЕЙ И  
СТОП, ОГРАНИЧЕНИЕ  
ПОДВИЖНОСТИ  
ПОВРЕЖДЁННЫХ  
СУСТАВОВ, ДАКТИЛИТ  
(УТОЛЩЕНИЕ  
ПАЛЬЦЕВ ПО ТИПУ  
«СОСИСОК»)

**Больной С, 24 года**

# Дифференциальная диагностика псориатического артрита

Ревматоидный артрит

Болезнь Рейтера

Анкилозирующий спондилит (болезнь Бехтерева)

Остеоартроз

Подагрический артрит

SAPHO – синдром



РАЗВИТИЕ СУСТАВНОГО СИНДРОМА ОПЕРЕЖАЕТ КОЖНЫЙ СИНДРОМ, ЕГО ХАРАКТЕР НАПОМИНАЕТ РЕВМАТОИДНЫЙ АРТРИТ. В ТАКОЙ СИТУАЦИИ СЛЕДУЕТ ОБРАЩАТЬ ВНИМАНИЕ НА ОТСУТСТВИЕ СИМПТОМОВ, ХАРАКТЕРНЫХ ДЛЯ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА: ОТСУТСТВИЕ СИММЕТРИЧНОСТИ ПОРАЖЕНИЯ СУСТАВОВ, РЕВМАТОИДНОГО ФАКТОРА В СЫВОРОТКЕ КРОВИ И СИНОВИАЛЬНОЙ ЖИДКОСТИ, А ТАКЖЕ ФАГОЦИТОЗ В СИНОВИАЛЬНОЙ ЖИДКОСТИ И РЕВМАТОИДНЫХ УЗЕЛКОВ. В ПОЛЬЗУ ПСОРИАТИЧЕСКОГО АРТРИТА СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ ПОРАЖЕНИЕ ДИСТАЛЬНЫХ МЕЖФАЛАНГОВЫХ СУСТАВОВ ( СУСТАВОВ ИСКЛЮЧЕНИЯ ДЛЯ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА ), ОСЕВОЕ ПОРАЖЕНИЕ СУСТАВОВ ОДНОГО И ТОГО ПАЛЬЦА КИСТИ ИЛИ СТОПЫ, НАЛИЧИЕ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИХ ПРИЗНАКОВ САКРОИЛЕИТА. В РЯДЕ СЛУЧАЕ УТОЧНИТЬ ДИАГНОЗ УДАЁТСЯ ТОЛЬКО ЧЕРЕЗ НЕСКОЛЬКО ЛЕТ ПОСЛЕ ПОЯВЛЕНИЯ ПРИЗНАКОВ КОЖНОГО ПСОРИАЗА ИЛИ ПСОРИАТИЧЕСКОГО ПОРАЖЕНИЯ НОГТЕЙ.

Дифференциальная  
диагностика

❖ ИНОГДА ВОЗНИКАЕТ НЕОБХОДИМОСТЬ ПРОВОДИТЬ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНУЮ ДИАГНОСТИКУ С БОЛЕЗНЬЮ РЕЙТЕРА. ОБЩИМИ ЧЕРТАМИ ДЛЯ ЭТИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЯВЛЯЮТСЯ АССИМЕТРИЧНЫЙ АРТРИТ, ПОРАЖЕНИЕ КОЖИ (ГИПЕРКЕРАТОЗ ЛАДОНЕЙ И ПОДОШВ ПРИ БОЛЕЗНИ РЕЙТЕРА МОЖЕТ ПРИНЯТА ЗА ЛАДОННО-ПОДОШВЕННЫЙ ПСОРИАЗ) И СЛИЗИСТЫХ ОБОЛОЧЕК (КОНЬЮКТИВИТ И УРЕТРИТ, ХАРАКТЕРНЫЕ ДЛЯ БОЛЕЗНИ РЕЙТЕРА, ИЗРЕДКА МОГУТ НАБЛЮДАТЬСЯ У БОЛЬНЫХ ПСОРИТИЧЕСКИМ АРТРИТОМ).

ДЛЯ ПСОРИТИЧЕСКОГО АРТРИТА ХАРАКТЕРНО ОТСУТСТВИЕ ХРОНОЛОГИЧЕСКОЙ СВЯЗИ С УРОГЕНИТАЛЬНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ И БЫСТРАЯ ОБРАТНАЯ ДИНАМИКА КОЖНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ.

Дифференциальная  
диагностика

◆ Анкилозирующий спондилит (болезнь Бехтерева) — ЗАБОЛЕВАНИЕ, С КОТОРЫМ ДИФФЕРЕНЦИРУЮТ ПСОРИАТИЧЕСКИЙ АРТРИТ В СЛУЧАЕ ВОВЛЕЧЕНИЯ В ПАТОЛОГИЧЕСКИЙ ПРОЦЕСС ПОЗВОНОЧНИКА. ОТЛИЧИТЕЛЬНЫМИ ЧЕРТАМИ ПСОРИАТИЧЕСКОГО СПОНДИЛИТА ЯВЛЯЮТСЯ МЕНЬШАЯ ВЫРАЖЕННОСТЬ БОЛЕЙ В ПОЗВОНОЧНИКЕ И СКОВАННОСТЬ В СПИНЕ, РЕДКОЕ РАЗВИТИЕ НАРУШЕНИЯ ОСАНКИ, ОСОБЕННОСТИ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ ОСЕВОГО СКЕЛЕТА (ГРУБЫЕ АСИММЕТРИЧНЫЕ ПАРАВЕРТЕБРАЛЬНЫЕ ОССИФИКАТЫ, АСИММЕТРИЧНЫЙ САКРОИЛЕИТ). У БОЛЬНЫХ С БОЛЕЗНЬЮ БЕХТЕРЕВА ТИПИЧНЫМИ ЯВЛЯЮТСЯ ПОСТОЯННЫЕ БОЛИ В ПОЗВОНОЧНИКЕ, ВЫРАЖЕННОЕ НАРУШЕНИЕ ОСАНКИ, РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПОЗВОНОЧНИКА ПО ТИПУ «БАМБУКОВОЙ ПАЛКИ» И ДВУСТОРОННИЙ САКРОИЛЕИТ.

Дифференциальная  
диагностика

- ❖ **ПОЛИОСТЕОАРТРОЗ С ПОРАЖЕНИЕМ ДИСТАЛЬНЫХ МЕЖФАЛАНГОВЫХ СУСТАВОВ ИНОГДА ТАКЖЕ ТРЕБУЕТ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ С ПСОРИАТИЧЕСКИМ АРТРИТОМ. В ЭТОМ СЛУЧАЕ СТОИТ ОБРАЩАТЬ ВНИМАНИЕ НА ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЙ ХАРАКТЕР БОЛЕЙ В СУСТАВАХ, НАЛИЧИЕ ПСОРИАТИЧЕСКОГО ПОРАЖЕНИЯ НОГТЕЙ, ПРИСУТСТВИЕ ЛАБОРАТОРНЫХ ПРИЗНАКОВ АКТИВНОСТИ ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ПРОЦЕССА И РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИХ СИМПТОМОВ САКРОИЛЕИТА, ХАРАКТЕРНЫХ ДЛЯ ПСОРИАТИЧЕСКОГО АРТРИТА И ОТСУТСТВУЮЩИХ ПРИ ПОЛИОСТЕОАРТРОЗЕ, ДЛЯ КОТОРОГО ТИПИЧНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ БОЛЬ ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ХАРАКТЕРА.**

**Дифференциальная  
диагностика**

- ❖ ПОДАГРИЧЕСКИЙ АРТРИТ МОЖЕТ БЫТЬ ПРЕДПОЛОЖЕН В СЛУЧАЕ ОСТРО РАЗВИВАЮЩЕГОСЯ АРТРИТА ПЕРВОГО ПЛЮСНЕФАЛАНГОВОГО СУСТАВА СТОПЫ, ТАК КАК ОБА ЗАБОЛЕВАНИЯ ИМЕЮТ СХОДНУЮ СИМПТОМАТИКУ – СИЛЬНАЯ БОЛЬ В СУСТАВЕ, СИНЮШНО-БАГРОВАЯ ОКРАСКА КОЖИ НАД ПОРАЖЕНИЕМ СУСТАВА, ГИПЕРУРИКЕМИЯ. В ПОЛЬЗУ ПСОРИАТИЧЕСКОГО АРТРИТА БУДЕТ СВИДЕТЕЛЬСТВОВАТЬ РАСПРОСТРАНЁННОСТЬ КОЖНОГО ПРОЦЕССА, ПРИ КОТОРОМ, КАК ПРАВИЛО, ИМЕЕТСЯ ГИПЕРУРИКЕМИЯ, А ДЛЯ ПОДАГРЫ ХАРАКТЕРНА БЫСТРАЯ ОБРАТНАЯ ДИНАМИКА СИМПТОМОВ АРТРИТА И НАЛИЧИЕ МИКРОКРИСТАЛЛОВ УРАТА НАТРИЯ В СИНОВИАЛЬНОЙ ЖИДКОСТИ ИЗ ВОСПАЛЁННОГО СУСТАВА.

Дифференциальная  
диагностика

О-ОСТЕИТИС, ОСТЕИТ) СИНОВИТ РАЗВИВАЕТСЯ В ОБЛАСТИ СУСТАВОВ ПЕРЕДНЕЙ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ (ГРУДИНОКЛЮЧИЧНЫХ, ГРУДИНО-РЁБЕРНЫХ СУСТАВОВ И СУСТАВА РУКОЯТКИ ГРУДИНЫ) И СУСТАВАХ ШЕЙНОГО И ПОЯСНИЧНОГО ОТДЕЛОВ ПОЗВОНОЧНИКА. В ОБЛАСТИ ПОРАЖЁННЫХ СУСТАВОВ ЧАСТО РАЗВИВАЕТСЯ ГИПЕРОСТОЗ. КЛИНИЧЕСКИ ЭТИ ИЗМЕНЕНИЯ ПРОЯВЛЯЮТСЯ БОЛЕЗНЕННОСТЬЮ И ОТЁЧНОСТЬЮ СУСТАВОВ В ОБЛАСТИ ПЕРЕДНЕЙ ГРУДНОЙ СТЕНКИ И ДЛИТЕЛЬНЫМИ БОЛЯМИ И В УКАЗАННЫХ ОТДЕЛАХ ПОЗВОНОЧНИКА. ТАКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ СКЕЛЕТА СОЧЕТАЮТСЯ С НАЛИЧИЕМ ЛАДОННО-ПОДОШВЕННОГО ПУСТУЛЁЗНОГО ПСОРИАЗА И МНОЖЕСТВЕННЫХ УГРЕЙ, ЧАЩЕ СЛИВНЫХ (ACNE CONGLOBATE). СОЧЕТАНИЕ УКАЗАННЫХ СИМПТОМОВ ОТЛИЧАЕТ SAPHO –СИНДРОМ ОТ ПСОРИАТИЧЕСКОГО АРТРИТА.

Дифференциальная  
диагностика

## Дифференциально-диагностические признаки псориатического артрита и иных поражений суставов

ПРИЗНАК	ПсА	РА	ОА	АС
Периферическое поражение	Асимметрично	Симметрично	Асимметрично	Нет
Сакроилеит	Асимметрично	Нет	Нет	Симметрично
Скованность	Утром и/или после неподвижности	Утром и/или после неподвижност и	Во время движения	Да
Соотношение мужчин и женщин	1:1	3:1	Поражение кистей и стоп более характерно для женщин	1:3
Энтезит	Да	Нет	Нет	Нет
Высокие титры ревматоидного фактора	Нет	Да	Нет	Нет
Ассоциация <b>HLA</b> (антигены гистосовместимости)	CW6, B27	DR4	Нет	B27

## Дифференциально-диагностические признаки псориатического артрита и иных поражений суставов

ПРИЗНАК	ПсА	РА	ОА	АС
Поражение ногтей	Да	Нет	Нет	Нет
Псориаз	Да	Нехарактерно	Нехарактерно	Нехарактерно
Поражение дистальных фаланговых суставов	Да	Нет	Да, узлы Гебердена	Нет
Рентгенологические изменения	Эрозии, остеолиз («карандаш в стакане»), отсутствие околосуставного остеопороза, асимметричные синдесмофиты, паравертебральные оссификаты.	Эрозии, околосуставной остеопороз.	Остеофиты, эрозии дистальных межфаланговых суставов.	Квадратизация тел позвонков, симметричные синдесмофиты.

Примечание. АС – анкилозирующий спондилит, ОА – остеоартрит, ПсА – псориатический артрит; РА – ревматоидный артрит.





И.В. Егоров, сотрудник  
института дополнительного  
профессионального  
образования РУДН, к.м.н.

## Описание клинического случая

(«Медицинский вестник №1-2, январь 2013 г.)

Пациент В, 41 год, обратился за консультацией 22 февраля 2009 года с жалобами на боль и припухлость в дистальных межфаланговых суставах обеих кистей, обоих коленных и левом голеностопном суставах, утреннюю скованность в указанных суставах более 1 часа, а также на повышение температуры тела до 37,5.

Клинический случай

# Анамнез заболевания

В целом считает себя достаточно здоровым человеком, до 30 лет занимался спортом, в последние годы дважды в неделю посещает фитнес-центр. В декабре 2007 года впервые возникли явления артрита в правом коленном суставе. использовал НПВС- мази – с умеренным положительным эффектом. В дальнейшем, хотя боль в суставе сохранялась, перестал что-либо использовать, и, с его слов, «воспаление прошло само». Но весной 2008 года покраснели и опухли дистальные межфаланговые суставы всех пальцев рук, кроме больших пальцев. Обратился к врачу, поскольку из-за боли не мог работать на компьютере. Был выставлен диагноз остеоартроза;

**Клинический случай**

рекомендованы хондропротекторы, от приёма которых пациент воздержался, поскольку болевой синдром и припухлость купировались приёмом также назначенного врачом аэртала в течение двух недель. Летом вновь появились боли и покраснение в межфаланговых суставах и коленном суставе (на этот раз – в левом), но к врачу не обратился, поскольку уехал в отпуск в Таиланд, где самочувствие, вопреки его опасениям, быстро нормализовалось: несмотря на смену климата и зной тех дней, использование аэртала хватало для исчезновения всех явлений артрита.

**Клинический случай**

Новое обострение началось в октябре, когда к левому коленному и межфаланговым присоединился левый голеностопный сустав, впервые обратил внимание на чувство скованности до 40-50 минут после пробуждения. На этот раз пациент не прибегнул сразу к привычному для себя средству, а посетил ревматолога. Проведены исследования крови ( С-реактивный белок 12 мм, СОЭ 32 мм/ч, ревматоидный фактор отрицательный, в остальном – без отклонений), серологические тесты для исключения реактивного артрита (отрицательные), рентгенография коленных суставов и кистей. в коленных суставах изменений не выявлено, в дистальных межфаланговых суставах – невыраженные признаки артроза и подозрения на единичную эрозию в третьем пальце слева

**Клинический случай**

Выставлен диагноз серонегативного ревматоидного артрита, назначен метотрексат 7,5 мг в неделю. Учитывая эффективность (по анамнестическим данным) и достаточную безопасность рекомендован ацеклофенак (аэртал) по 200 мг/сут не менее месяца. Как и в прошлом, болевой синдром и внешние признаки воспаления в течение недели пошли на убыль и вскоре купировались полностью. Но после отмены аэртала в конце ноября вернулась скованность в суставах кистей и коленях. Кроме того, в декабре обратился к неврологу в связи с болью в нижней части поясницы, более выраженной по утрам, но не ограничивающей физическую активность при тренировках и даже проходящие после посещения зала; диагностирована пояснично-крестцовая дорсопатия и ретикулярный синдром. Вновь вернулся к аэрталу, прошёл 8 сеансов магнитолазерного лечения.

**Клинический случай**

С конца января 2009 года беспокоят периодически возникающий субфебрилитет, небольшое снижение веса (около 2 кг) , снижение работоспособности, хотя больничный лист не берёт, продолжает посещать фитнес-центр. Использует метотрексат регулярно, аэртал (по требованию). Обратившись за консультацией для возможной коррекции лекарственной схемы, пациент предоставил данные обследования, проведённого по назначению ревматолога в начале февраля. Клинический анализ крови: гемоглобин 148 г/л, лейкоциты  $8,4 \cdot 10^9$ /л, п/я лейкоциты 5%, с/я лейкоциты 60%, эозинофилы 3%, лимфоциты 27%, моноциты 5%, СОЭ 22 мм/я. Анализ мочи – без патологии. Биохимический анализ крови: общий белок 71 г/л, холестерин 4,6 ммоль/л, глюкоза 4,1 ммоль/л, АЛТ 38 ЕД/л, АСТ 45 ЕД/л, общий билирубин 25,6 мкмоль/л, прямой билирубин 7,2 мкмоль/л, мочевины 8,7 ммоль/л, мочевая кислота 324 мкмоль/л. Ревмопробы: СРБ 5 мм, АСЛ-О 215 ЕД,

ревматоидный фактор – отрицательно.

## Клинический случай

**Объективно:** состояние удовлетворительное. Нормального питания, атлетического телосложения. Температура тела 36,9. Кожа чистая, нормальной влажности. Отёков нет. Четвёртый палец правой стопы отёкший, гиперемированный, болезненный. Ногтевая пластинка третьего пальца кисти слева – с точеными углублениями по типу «напёрстка». В лёгких везикулярное дыхание, хрипов нет. ЧДД 18 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, ЧСС 72 в минуту. АД 115/70 мм.рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень не увеличена. Дизурии нет.

**Местный статус:** умеренная болезненность и припухлость коленных суставов, дистальных фаланговых суставов 1,2,3,4 пальцев обеих рук, болезненность при пальпации паравертебральных точек в пояснично-крестцовом отделе позвоночника. Врачу предстояло не только откорректировать медикаментозное лечение, но и согласиться

или не согласиться с основным диагнозом

**Клинический случай**

# Неожиданное предположение

С одной стороны, данных за ревматоидный артрит было достаточно. Хорошо известны 7 старых критериев Американской ревматологической ассоциации, пять из которых у пациента имелись. Однако, исходя из современных критериев этого заболевания, сформулированных ACR/EULAR, диагноз ревматоидного артрита уже не складывался, поскольку из критериев исключены дистальные межфаланговые суставы. С другой стороны, покоя не давал «натёртый» так неожиданно и, признаться, так специфически палец. Прямо скажем, выглядело это как классический дактилит или то, что в литературе описывают как «осевой артрит». А ведь из всех артритов он наиболее характерен для... псориатической артропатии. Но у пациента нет псориаза!

**Клинический случай**



Неожиданное предположение заставило задать пациенту ещё ряд вопросов, но ответы на них лишь подтвердили, что ни у него, ни у его больных не было заболевания, по описанию напоминающего псориаз. Тогда ещё раз, но уже более тщательно была осмотрена кожа туловища, рук и ног. А затем – внимательный осмотр волосистой части головы. И в области темени несколько правее от срединной линии обнаружена эритематозная бляшка диаметром около 3 см, покрытая серебристыми чешуйками, с единичной пустулой.

Стоит ли говорить о том, что диагностическая концепция сразу изменилась. Этому способствовало и то, что при рентгенографии пояснично-крестцового отдела позвоночника были обнаружены признаки двухстороннего сакроилеита.

**Клинический случай**

Для надёжности необходимо было вспомнить диагностические критерии псориатического артрита, предложенные 40 лет назад Н.Mathies , согласно которым у пациента диагноз был достоверен, поскольку имеются четыре признака (1, 5, 7 и 9) из десяти предложенных. Стоило сопоставить клиническую картину и с более современными классификационными критериями псориатического артрита, которые были предложены в 2006 г. – CASPAR (Clasification criteria for Psoriatic Arthritis).

**Клинический случай**

Пришло время сформулировать заключение.

**Клинический диагноз:** псориатический артрит, полиартрит II стадии, сакроилеит, быстро прогрессирующее течение с системными проявлениями (субфебрилитет, потеря мышечной массы), акт. II ст., ФНС I ст. Вульгарный псориаз, себорейная форма, стационарная стадия.

Клинический случай

# Список используемой литературы:

1. Клиническая ревматология (руководство для врачей)/Под ред. Чл.-корр. РАМН проф. В.И.Мазурова. 2005 г. Стр. 194-196

2. Ревматология. Клинические рекомендации/ Под ред. Акад. РАМН Е.Л. Насонова. 2011 г. Стр. 80-82

3. Медицинский вестник, 2013 г., №1-2, стр. 14

4. Медицинский вестник, 2012 г., № 3-4, стр. 12

5. Вестник последипломного медицинского образования, 2012 г. № 3-4, стр. 56

6. Клиническая дерматология и венерология, 2010 г., № 5, стр. 17



**СПАСИБО  
ЗА ВНИМАНИЕ!**