

ВРАЧ -ПАЦИЕНТУ
ИНФОРМАЦИЯ О РЕВМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

Псориазический артрит

**ОБЩЕСТВЕННАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ ИНВАЛИДОВ
«РЕВМАТОЛОГИЧЕСКАЯ АССОЦИАЦИЯ «НАДЕЖДА»**

www.revmo-nadegda.ru e-mail: revmo-nadegda@mail.ru 2013 г

Разработана коллективом ФГБУ «Научно-исследовательский институт ревматологии имени В.А.Насоновой» РАМН под руководством директора Института академика РАМН, профессора Е.Л.Насонова, при участии Президента общественной организации инвалидов Ревматологическая ассоциация «Надежда» Н. А. Булгаковой и Ассоциации Ревматологов России.

Авторы: д.м.н. Т. В. Коротаева; к.м.н. Е. Ю. Логинова.

Псориатический артрит - хроническое воспалительное заболевание суставов из группы серонегативных спондилоартритов часто ассоциированное с псориазом. В основном поражаются пальцы кистей и стоп, запястья, колени, щиколотки, нижняя часть спины (крестцово-подвздошные сочленения) и шея.

Распространенность псориаза в популяции составляет 2-3%, а распространенность псориатического артрита среди больных псориазом колеблется от 7 до 40%. Появление кожных изменений обычно предшествует развитию поражения суставов. Приблизительно в 80% случаев происходит поражение ногтей.

Наиболее часто псориатический артрит начинается в возрасте от 20 до 50 лет, причем мужчины и женщины заболевают одинаково часто.

Основными отличительными симптомами являются несимметричное поражение суставов, боль, скованность, припухлость пораженных суставов иногда с багрово-синюшной окраской кожи над ними, частое поражение трех суставов одного пальца, отек пальцев по типу «сосиски», боли в пятках при ходьбе, боли и скованность в шее и нижней части спины во второй половине ночи и по утрам, уменьшающиеся после просыпания и физической разминки.

Псориазический артрит может быть как мягким не прогрессирующим, так и активно прогрессирующим заболеванием, приводящим к разрушению суставов. Иногда наблюдаются признаки поражения внутренних органов: глаз, миокарда, кишечника. Часто больные псориазическим артритом страдают ожирением, повышением артериального давления, сахарным диабетом.

Этиология

Причина развития псориазического артрита на сегодняшний день неизвестна. Псориазический артрит чаще развивается при отчетливом поражении кожи, при этом явной связи между выраженностью и течением кожных и суставных проявлений нет. В суставах возникают воспалительные изменения и деформация. Провоцирующими факторами в развитии псориазического артрита часто являются перенесенные травмы, стрессы и инфекционные заболевания. Отмечена генетическая предрасположенность к развитию псориаза и псориазического артрита.

Из-за отсутствия точных данных об этиологии заболевания, профилактика псориазического артрита не разработана. Проводится профилактика ухудшения состояния больных после начала заболевания (т.н. вторичная профилактика), направленная на сохранение функциональной способности суставов и замедление темпов прогрессирования псориазического артрита.

Как правило, кожные проявления псориаза предшествуют развитию псориазического артрита (часто за много лет), реже артрит и псориаз развиваются одновременно. В редких случаях артрит возникает раньше, чем псориаз.

Известны случаи, когда псориаз долгое время расценивался как аллергический дерматит, а псориазический артрит - как реактивный артрит, при котором показано

совершенно другое лечение. Для правильной интерпретации кожных и суставных проявлений, правильной постановки диагноза и, соответственно, назначения правильного лечения требуется тщательный осмотр специалистом - ревматологом.

Характерные признаки псориатического артрита - поражение фаланговых суставов кистей и стоп, что нередко сочетается с поражением ногтей. Кроме того, при псориатическом артрите могут поражаться коленные, голеностопные суставы, шейный и пояснично-крестцовый отдел позвоночника. Иногда наблюдаются боли в области пяток и ахилловых сухожилий, что связано с воспалительным процессом в местах прикрепления сухожилий к пяточной кости.

В клиническом анализе крови при псориатическом артрите может наблюдаться увеличение СОЭ (скорость оседания эритроцитов). В биохимическом анализе - повышение титров Ц-реактивного белка. Между активностью псориатического артрита и степенью повышения СОЭ и Ц-реактивного белка обычно наблюдается прямая зависимость.

В отличие от ревматоидного артрита, при псориатическом артрите в крови редко находят ревматоидный фактор - особый вид антител. Наличие или отсутствие ревматоидного фактора в крови пациента иногда используется в дифференциальной диагностике (для выявления отличия одного вида артрита от другого).

Диагностика

В диагностике также широко используется рентгенографическое исследование суставов и позвоночника. При псориатическом артрите на рентгенограммах часто обнаруживаются характерные изменения.

При постановке диагноза врачу необходимо правильно оценить как поражение кожи, так и суставов. Псориаз необходимо дифференцировать с себоррейным и аллергическим дерматитом и с экземой. Псориатическое

поражение ногтей нужно отличать от грибковой инфекции. Поражение суставов при псориазе иногда напоминает ревматоидный артрит, подагру, реактивный артрит, а поражение позвоночника – анкилозирующий спондилит.

Диагноз «псориатический артрит» ставится ревматологом при осмотре и после консультации дерматолога. Для подтверждения диагноза врач назначит анализ крови из вены для определения ревматоидного фактора и/или антител к циклическому цитруллинированному пептиду для исключения ревматоидного артрита. Также обязательно нужно сделать рентген дистальных отделов кистей и/или стоп, костей таза, а при необходимости – магнитно-резонансную томографию суставов или ультразвуковое исследование суставов. При поражении внутренних органов могут понадобиться консультации других врачей.

Медикаментозное лечение

Лечение псориатического артрита должно быть комплексным и проводиться совместно с дерматологом. При отсутствии лечения псориатический артрит может сильно деформировать сустав и привести к инвалидности.

Основные цели лечения при псориатическом артрите:

- снижение активности воспалительного процесса в суставах и позвоночнике (для уменьшения или исчезновения симптомов поражения суставов)
- уменьшение проявлений псориаза
- замедление прогрессирования разрушения суставов
- сохранение качества жизни и активности пациентов

В настоящее время средства для полного излечения псориаза и псориатического артрита не существует, но имеется множество методик, которые могут уменьшать болезненные проявления. Современные препараты позволяют управлять болезнью, полностью снимая симптомы заболевания. Однако

для этого необходимо постоянное наблюдение врача и систематическое лечение.

Лечение псориатического артрита сходно с лечением ревматоидного артрита. Для этого используют нестероидные противовоспалительные средства (диклофенак 100 – 150 мг/сутки, нимесулид 100-200 мг/сутки, аркоксиа 60-90 мг/сутки и т. п.), проводят внутрисуставное введение глюкокортикоидных гормонов (дипроспан, кеналог, флостерон и т. п.). При множественном поражении суставов, появлении на рентгене первых признаков их разрушения (эрозий), а также функциональных нарушениях назначают базисные противовоспалительные препараты – метотрексат в дозе от 10 до 20-25 мг/неделю в таблетках, внутримышечно или подкожно, лефлуномид 20 мг/сутки, сульфасалазин 2-3 г/сутки, реже – циклоспорин 2,5 - 3 мг/кг.

Помимо этого, в последние годы появилась новая группа препаратов – биологические агенты (biologic agents). Одни – ингибиторы фактора некроза опухоли альфа (ФНО- α)-инактивируют специальный белок - ФНО- α . Другие – избирательно блокируют действие интерлейкинов 12/23. Биологическую терапию назначают при очень активном воспалительном процессе в суставах и позвоночнике и обширном поражении кожи при отсутствии эффекта от применения нестероидных противовоспалительных препаратов и базисных противовоспалительных препаратов.

К ингибиторам ФНО- α относятся инфликсимаб (Ремикейд), адалимумаб (Хумира), этанерцепт (Энбрел) и голимумаб (Симпони). Ремикейд вводится внутривенно капельно из расчета 5 мг/кг веса пациента по схеме: первое введение, через 2 недели – второе, через 4 недели – третье, далее – каждые 6-8 недель. Инфузии проводят под контролем врача или обученного медицинского персонала в ревматологическом стационаре или антицитокиновом центре.

Другие ингибиторы ФНО- α вводятся подкожно: Хумира по 40 мг 1 раз в 2 недели, Энбрел по 50 мг 1 раз в неделю или по 25 мг 2 раза в неделю, Симпони по 50 мг 1 раз в 28 дней. Препараты с подкожным введением рассчитаны на самостоятельное введение пациентом.

К блокаторам интерлейкинов 12/23 относится Устекинумаб (Стелара). Стелара вводится подкожно по 45 мг, вторую инъекцию делают 4 недели спустя после первого применения, затем каждые 12 недель (всего 4 инъекции в год).

Все биологические препараты действуют быстро и эффективно как на артрит, так и на псориаз. Перед их назначением, а также каждые 6 месяцев терапии необходимо проводить исследование на скрытый туберкулез (проба Манту или Диаскин-тест и рентгенография легких) и консультацию фтизиатра.

В период ремиссии или минимальной выраженности артрита показано санаторно-курортное лечение.

Лечебная физкультура

При псориатическом артрите назначают также ЛФК, рекомендуется подвижный образ жизни.

Данные упражнения рекомендуется выполнять в течение 15-20 минут по 2-3 раза в день. **Кисти:**

- 1) сжать-разжать (несколько раз, быстро);
- 2) вращать в обе стороны в лучезапястном суставе;
- 3) кисти (вскинутые, с выпрямленными пальцами) сгибаются вправо-влево, вперед-назад.

Локтевые суставы:

- плечи и плечевые суставы недвижны, руки свисают. Локти свободно (как на шарнирах) совершают колебательные движения. ***Плечевые суставы:***

Руку, свободно опущенную, вращаем во фронтальной плоскости перед собой до появления чувства тяжести в кисти. Тренируем

поочередно оба плеча. Каждую руку вращаем по часовой стрелке, затем - в обратную сторону.

Стопы:

4) тянем носок (на себя и от себя), совершая небольшие колебательные движения;

5) топчемся, переминаясь с ноги на ногу, на наружных боковинах стоп, на внутренних боковинах стоп, на пальцах, на пятках;

б) поочередно каждой стопой совершаем вращательные (в обе стороны) движения.

Коленные суставы (работаем стоя, плечи прямые):

1) колени «вихляются», совершая круговые движения, сначала - вовнутрь, затем - наружу (кисти рук расположены на коленях и как бы помогают движениям);

2) ноги сгибаются и разгибаются (как бы пружиня).

Тазобедренные суставы:

1) отводим ногу в сторону (примерно на 90 градусов) и делаем легкое колебательное движение, стремясь увеличить угол;

2) ходим на выпрямленных ногах, опираясь на всю стопу и работая только тазом.