

студентов формируется под влиянием Интернета и рекламы, собственных пищевых предпочтений, а не научно обоснованных рекомендаций.

ЛИТЕРАТУРА

1. ГМО: пища будущего или вред для здоровья человека? [Электронный ресурс]. — Режим доступа: <https://www.scienceforum.ru/2018/pdf/502.pdf>. — Дата доступа: 20.02.2018.
2. Влияние ГМО на здоровье человека: о чем нас хотят предупредить врачи? [Электронный ресурс]. — Режим доступа: <http://z-vybor.ru/vliyanie-gmo-na-organizm-cheloveka-o-chyom-nas-hotyat-predupredit-vrachi/>. — Дата доступа: 20.02.2018.
3. ГМП в Беларуси: они есть или их нет? [Электронный ресурс]. — Режим доступа: <https://news.tut.by/society/317222.html>. — Дата доступа: 20.02.2018.

УДК 616.72-002-002.77:616.517

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ПСОРИАТИЧЕСКОГО АРТРИТА И РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА

Шевченко Е. А., Кобрусева М. А

Научный руководитель: старший преподаватель *Л. А. Порошина*

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Псориатический артрит — хроническое, системное, быстро прогрессирующее заболевание, ассоциированное с псориазом, которое характеризуется развитием эрозивного артрита, остеолиза, множественных энтезитов и спондилита. Частота заболеваемости ПА среди лиц, страдающих псориазом, составляет от 13,5 до 47 %. Одинаково часто болеют как мужчины, так и женщины. Однако касательно псориатического спондилоартрита данные свидетельствуют о том, что его в 2 раза чаще обнаруживают у мужчин.

National Psoriasis Foundation (США) выполнили исследования, согласно которым установлена четкая взаимосвязь между ПА и тяжестью псориаза. У пациентов с тяжелым псориазом (площадь поражения более 10 %) ПА развивался в 56 % случаев, а у пациентов с ограниченным псориазом лишь в 6 %. Однако европейские исследования гласят об отсутствии зависимости между тяжестью псориаза и артрита [1, 2].

Цель

Проанализировать дифференциальную диагностику псориатического и ревматоидного артритов.

Материал и методы исследования

Обзор современной литературы по темам «Псориатический артрит» и «Ревматоидный артрит» с последующим анализом.

Результаты исследования и их обсуждение

Дифференциальная диагностика ПА и РА для врача зачастую вызывает некоторые трудности в силу наличия схожих проявлений. Однако для каждого из них характерны свои диагностические критерии.

Ревматоидный артрит — это системное заболевание соединительной ткани, характеризующееся поражением преимущественно мелких суставов, в которых возникают эрозивно-деструктивные изменения. Болеют чаще в возрасте от 10–50 лет, а при ПА артрите от 20–50 лет. Предположительно, РА развивается в результате инфекции, которая вызывает определенные нарушения иммунной системы у лиц, имеющих наследственную предрасположенность. При этом образуются иммунные комплексы, откладывающиеся в тканях и приводящие к повреждению суставов, а при ПА этиологическими факторами являются генетическая предрасположенность, инфекционные агенты, травматические воздействия, неврологические заболевания, лекарственные препараты, иммунологические и сосудистые нарушения [3, 4]. Для РА характерно развитие инвалидности (70 %), которая развивается относительно быстро, а ПА имеет более длительное прогрессирование.

Существуют определенные клинические признаки, характерные для ПА. Таковыми являются ассиметричное поражение суставов, изменения пальцев в виде «сосисок», осевой артрит, энтезит, поражения дистальных межфаланговых суставов, спондилиты. А при РА зачастую поражаются симметричные мелкие суставы кистей, характеризующиеся болью при пальпации и движении, припухлостью, ослаблением силы сжатия кисти, утренней скованностью в суставах. Затем происходит деформация крупных и мелких суставов, подвывихи в области art. atlanto-axialis, тендосиновиты и бурситы.

Нельзя обойти стороной и внесуставные поражения при данных заболеваниях. Они являются наиболее грозными осложнениями.

Частой сопутствующей патологией при ПА являются сердечно-сосудистые заболевания и поражения почек, в частности амилоидоз, реже поражение печени, онихопатия, гипотрофия/атрофия мышц, увеличение лимфатических узлов, конъюнктивит, ирит. Во многих работах показана корреляция между системными проявлениями ПА и высокой жесткостью сосудистой стенки, а также атеросклеротическим поражением сосудов. Эта зависимость обусловлена тем, что в основе патогенеза основных внесуставных проявлений ПА лежит иммунокомплексное поражение сосудов различных органов (клубочков почек, сосудов глаз, конечностей, аортит), а как известно воспалительный процесс в сосудах является причиной раннего развития атеросклероза. Однако при ПА не всегда лабораторная активность заболевания взаимосвязана с тяжестью поражения внутренних органов.

В свою очередь для РА характерными внесуставными проявлениями являются ревматоидный васкулит, плеврит, легочный фиброз, перикардит, синдром Фелти, периферическая невропатия, амилоидоз, сухой кератоконъюнктивит, гломерулонефрит [5].

Проявления кожи при псориазе проявляются в виде псориатических бляшек, которые четко отграничены от здоровой на вид кожи, розовато-красного насыщенного цвета, покрыты рыхлыми крупнопластинчатыми чешуйками серебристо-белого цвета. При РА кожные поражения проявляются в виде безболезненных ревматоидных узелки, плотной консистенции, без наличия спаек с окружающими тканями. Они локализуются в области локтей, сухожилий кисти, ахилловых сухожилий, волосистой части головы, крестца.

Рентгенологически для ПА характерен эрозивный артрит дистальных межфаланговых суставов и их неподвижность, внутрисуставной остеолит, сакроилеит второй стадии и выше (по Келлгрэну), синдесмофиты и паравертебральные оссификаты. К числу костных изменений относятся разрушения дистальных отделов фаланг, крупные эрозии, остеолит (деформация по типу «карандаш в стакане»). Вокруг эрозированных участков кости наблюдаются пролиферации, периоститы, костные анкилозы, энтезофиты. При РА же на рентгенограмме наблюдаются околосуставной остеопороз, кистовидные просветления костной ткани, сужение суставных щелей, эрозии, деформации эпифизов костей. Отличительным признаком является наличие костных анкилозов при поражении межзапястного и 2–4 запястнопястных суставов.

Для ПА не характерны специфические лабораторные тесты, которые могут отразить выраженность воспалительного процесса. В разгар заболевания повышается уровень сиаловых кислот, фибриногена, серомукоида, лейкоцитов, ускорение СОЭ. Может уменьшиться количество альбуминов либо повыситься уровень гаммаглобулинов. В сыворотке крови не обнаруживается РФ. При РА же лабораторно будет наблюдаться анемия, увеличение лейкоцитов, нейтропения, ускорение СОЭ, снижение альбумина, повышение С-реактивного белка, наличие РФ, антител к циклическому цитруллиновому пептиду, являющемуся маркером ранней диагностики РА (чувствительность его на ранней стадии может достигать 75 %).

Выводы

В работе приведены сходства и различия, которые можно использовать для постановки диагноза.

ЛИТЕРАТУРА

1. Dactylitis in patients with seronegative spondyloarthritis. Assessment by ultrasonography and magnetic resonance imaging / I. Oliveri [et al.] // *Arthr. Rheum.* — 1996. — Vol. 39. — P. 1524–1528.
2. Лукьянов, А. М. Псориаз: объективизация выбора рациональной терапии: метод. пособие / А. М. Лукьянов. — Минск: Доктор Дизайн, 2011. — 192 с.
3. Gladman, D. D. Psoriatic arthritis: epidemiology / D. D. Gladman. — *Psoriasis and Psoriatic arthritis.* — 2005. — P. 57–66.
4. Бунчук, Н. В. Псориатический артрит / Н. В. Бунчук. — *Ревматология: национальное руководство.* — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. — С. 355–366.
5. Насонова, Е. Л. Ревматология: клинические рекомендации / Е. Л. Насонова. — 2-е изд. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. — 752 с.