

УДК 616.72-002:616.517]-071/-074

Е. М. Жандарова¹, И. В. Бохан¹, А. М. Калаур²

¹Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»,

г. Гомель, Республика Беларусь

²МЧУП «НИКА Дент»

г. Брест, Республика Беларусь

КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С ПСОРИАТИЧЕСКИМ АРТРИТОМ

Введение

Проблема псориаза – одна из самых актуальных в современной дерматологии. Это обусловлено значительной распространенностью заболевания, хроническим, нередко тяжелым течением, неясностью этиологии и патогенеза и, как следствие, несовершенством имеющихся методов лечения [1].

С позиции современной медицинской науки псориаз рассматривается как воспалительный дерматоз, реализация клинической картины которого генетически детерминирована и обусловлена девиацией иммунологической реактивности, нарушением роста и дифференцировки кератиноцитов. Изучение патогенеза дерматоза привело к пониманию того, что псориаз является иммуноопосредованным заболеванием, при котором затрагиваются механизмы врожденного и Т-клеточного иммунитета со значительным вкладом девиации провоспалительных медиаторов, в частности ИЛ-17, в ответ на повышенную экспрессию ИЛ-23. Повышение экспрессии ИЛ-17 отмечают в коже уже на доклиническом этапе, впоследствии в процесс вовлекаются кератиноциты, отмечаются амплификация, гиперпролиферация, инфильтрация субпопуляциями лимфоцитов и формирование псориазных элементов (папулы, бляшки) [2].

При псориазе нередко наблюдают хроническое воспаление, которое затрагивает различные органы и системы организма, при этом наиболее часто (30–40% пациентов со среднетяжелым и тяжелым псориазом) отмечают воспалительное поражение опорно-двигательного аппарата – псориазный артрит (ПсА) [2] (рисунок 1).



Рисунок 1 – Пациентка А., псориатический артрит, мутилирующая форма

Иммуноопосредованные механизмы, лежащие в основе развития костно-мышечного воспаления у пациентов с псориазом, вероятно, возникают в результате сочетания генетических факторов, факторов окружающей среды, врожденных и приобретенных иммунных реакций. Каждая из предложенных моделей перехода псориаза в ПсА характеризуется активацией воспалительных цепей ФНО- α и ИЛ-23/ИЛ-17 [2].

Полиморфизм псориатических изменений кожи в сочетании с разнообразными формами поражения суставов, позвоночника явился причиной разнообразной терминологии, встречающейся в научной литературе: псориатическая артропатия, псориатический артрит с системными и внесуставными проявлениями, псориатическая болезнь и др. По МКБ-10 данная патология определяется как псориатический артрит (L40.5). Выделяют следующие клинико-анатомические варианты суставного синдрома ПсА: дистальный, оно-/олигоартритический, остеолитический, спондилоартритический.

Выделяют 5 клинических форм ПсА:

1. Преимущественное поражение дистальных межфаланговых суставов кистей и стоп (дистальная форма).
2. Асимметричный моно-/олигоартрит.
3. Симметричный полиартрит (ревматоидоподобная форма).
4. Псориатический спондилит.
5. Мутилирующий артрит. К основным клиническим проявлениям ПсА относят периферический артрит, дактилит, спондилит, энтезит [3].

У 6–48% больных псориазом диагностируется ПсА [4]. Такой разброс данных, по мнению некоторых авторов, связан в первую очередь с проблемой гиподиагностики заболевания среди больных псориазом, особенно на ранней стадии, а также с применением разных кодов статистического учета в клинической практике ревматолога и дерматолога. По данным разных авторов, частота недиагностированного ПсА среди больных псориазом колеблется от 15 до 47%. Задача врача-дерматолога по раннему выявлению ПсА у больных псориазом осложняется тем, что на сегодняшний день отсутству-

ют специфические лабораторные маркеры, которые могли бы упростить диагностику этого заболевания [4].

У 40–60% больных биомаркеры воспаления (СОЭ, СРБ) остаются нормальными. У трети пациентов выявляют HLA-B27 антиген. Анализ синовиальной жидкости не дает специфических результатов, иногда выявляют высокий цитоз. При ПсА в крови пациентов редко обнаруживают ревматоидный фактор (РФ) и антитела к циклическому цитруллинированному пептиду (АЦЦП). Для ранней диагностики воспалительных изменений в позвоночнике (спондилит) и илеосакральных сочленениях (сакроилиит), сухожильно-связочного аппарата (энтезит, тендинит), периферического артрита (синовит) используют магнитнорезонансную томографию (МРТ), а также ультразвуковое исследование с энергетическим доплеровским картированием (ЭДК). В ряде случаев для ранней диагностики рекомендуется проведение скинтиграфия скелета. Во всем мире разрабатываются и совершенствуются скрининговые опросники, которые позволят осуществить быструю и дешевую и неинвазивную диагностику заболевания. Опросники показывают высокую чувствительность и специфичность в ранней диагностике артрита. PEST опросник имеет самую высокую чувствительность, но подвергается критике за простоту и за отсутствие возможной диагностики аксиальных форм ПсА [3].

«Золотым стандартом» в постановке диагноза ПсА являются критерии CASPAR, которые позволяют диагностировать ПсА на ранних стадиях воспалительного процесса и даже при отсутствии псориатического поражения кожи. Однако зачастую диагностика ПсА может вызывать трудности у специалистов-дерматовенерологов, не имеющих достаточной практики в оценке ревматологических симптомов [2].

Лучше диагностируется дактилит и реже – артрит, т. е. клинические проявления, которые позволяют с высокой степенью вероятности заподозрить наличие ПсА у больного псориазом. Однако распознавание таких симптомов ПсА, как энтезит, спондилит и тендинит, требует дополнительной специальной подготовки дерматовенеролога и его тесной кооперации с ревматологом [5].

Проблему ранней диагностики поражения суставов может решить выявление предикторов (прогностических маркеров) риска развития псориатического артрита у больных псориазом. С учетом достижений молекулярной и клеточной биологии и новых технологий идентификация предикторов (биомаркеров) является вероятной будущей перспективой [2].

Цель

Выявить частоту встречаемости псориатического артрита при псориазе, особенности клинико-лабораторных проявлений.

Материал и методы исследования

В процессе работы ретроспективно был проведен анализ медицинских карт 120 пациентов с псориазом на базе У «Гомельский областной клинический кожно-венерологический диспансер», из которых 49 мужчин (40,9%) и 71 женщина (59,1%). Все пациенты подписали информированное согласие. Форма информированного согласия утверждена Этическим Комитетом УО «Гомельский государственный медицинский университет».

Выявлялась частота встречаемости псориазического артрита в группе пациентов с псориазом.

В дальнейшем было выделено 2 группы пациентов. Группа исследования состояла из 20 пациентов с псориазом, осложненным псориазическим артритом, во вторую группу (сравнения) были включены 20 пациентов с псориазом без осложнений. Группы были сопоставимы по полу, возрасту и сопутствующей патологии.

Проводился анализ таких показателей, как пол, возраст, длительность заболевания (псориаза), показатели общего анализа крови и биохимического анализа крови. Статистическая обработка данных проводилась с помощью методов описательной и непараметрической статистики программы STATISTICA 12.0.

Результаты исследования и их обсуждение

Средний возраст женщин составил 32,7 лет, средний возраст мужчин – 36,6 лет.

В среднем длительность псориаза у пациентов составила 10 (5;29) лет. При этом 12 (10%) человек болеют псориазом менее одного года, до 10 лет псориазом страдают 40 (33,3%) пациентов, от 10 до 30 лет – 29 (24,1%) пациентов, и уже более 30 лет псориаз наблюдается у 39 (32,5%) пациентов.

В результате исследования было выявлено, что псориазическая артропатия встречается у 24 (20%) обследованных.

Средняя продолжительность псориаза для первой группы составила 22 (10;30) года, а для второй – 5 (1;10) лет ($p < 0,001$).

Псориазический артрит чаще наблюдался у пациентов с ожирением. Так у пациентов с псориазическим артритом ожирение встречалось у 14 (70%) человек, а у пациентов группы сравнения – у 5 (25%) ($\chi^2 = 8,12$, $p = 0,006$).

Среди обследованных пациентов спондилоартритическая форма с поражением шейного и грудного отдела позвоночника наблюдалась у одного пациента, дистальная форма ПсА с преимущественным поражением межфаланговых суставов – у 7 (35%) обследованных, асимметричный олигоартрит – у 10 (60%), при этом чаще поражались коленный и лучезапястные суставы (рисунок 2).

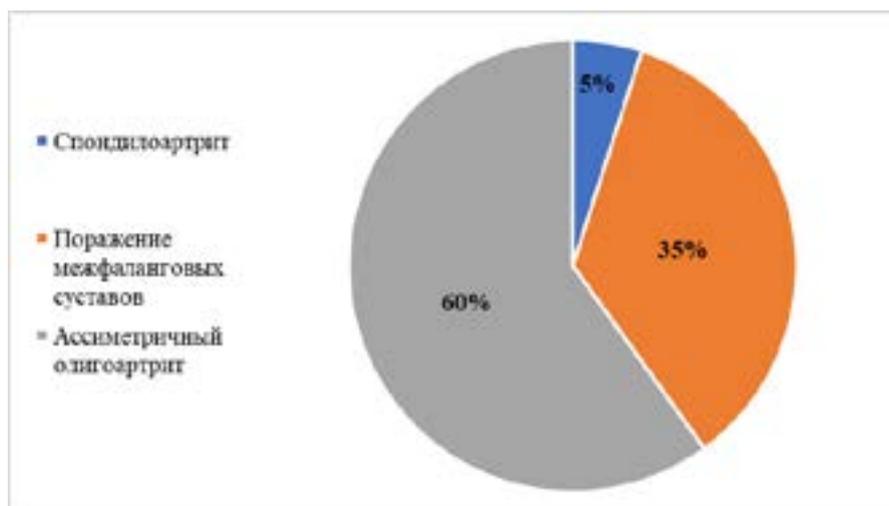


Рисунок 2 – Локализация поражения суставов

У всех пациентов был проведен общий анализ крови, общий анализ мочи и биохимический анализ крови. Наиболее часто при псориатическом артрите наблюдалось повышение СОЭ и С-реактивного белка. Воспалительные изменения крови наблюдались чаще у пациентов группы исследования – 15 пациентов (75%), чем в группе сравнения – 10 пациентов (50%) ($\chi^2=6,5$, $p=0,02$).

Выводы

По результатам проведенного исследования ПсА чаще болеют люди в возрасте старше 50 лет, у которых длительность псориаза составляет 30 лет и более. Наиболее распространенным клиническим вариантом ПсА является асимметричный олигоартрит, поражающий межфаланговые, лучезапястные и коленные суставы.

По результатам мировых исследований в большинстве случаев ПсА развивается в среднем через 5–7 лет после начала псориаза, в связи с этим возрастает роль дерматовенеролога в раннем выявлении больных как с потенциальным риском развития заболевания, так и с его клиническими проявлениями [5].

Выявление ряда специфических для ПсА клинических признаков вызывает у дерматовенеролога трудности. Несвоевременность обнаружения данных признаков приводит к более позднему назначению лечения, что может способствовать необратимому повреждению суставов и ухудшению качества жизни больных. В связи с этим зарубежные авторы рекомендуют дерматовенерологам более тщательно наблюдать пациентов с псориазом и на этапе первых проявлений ПсА обязательно направлять их к ревматологу [5].

Повышение частоты выявляемости ПсА может быть достигнуто с помощью активного использования врачами-дерматологами скрининговых

опросников, нацеленных на выявление артрита, дактилита, энтезита, спондилита у больных псориазом, и разработки путей маршрутизации пациентов на консультацию к врачу-ревматологу [4].

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. *Порошина, Л. А.* Некоторые этиопатогенетические факторы в развитии псориаза / Л. А. Порошина // Актуальные проблемы медицины: сб. науч. ст. Респ. Науч.-практ. конф. с междунар. участием, посвящ. 25-летию основания учреждения образования «Гомельский государственный медицинский университет». – Гомель : ГомГМУ, 2016. – С. 803–804.
2. *Круглова, Л. С.* Риски и предикторы развития псориазического артрита при псориазе и вопросы раннего назначения генно-инженерных биологических препаратов / Л. С. Круглова, А. Н. Львов, А. В. Пушкина // Клиническая дерматология и венерология. – 2020. – Т. 19, № 3. – С. 289–296. – doi: 10.17116/klinderma202019031289
3. *Баткаева, Н. В.* Ранняя диагностика псориазического артрита у больных псориазом / Н. В. Баткаева, Э. А. Баткаев, Х. Г. Маабрех // Вестник последипломного медицинского образования. – 2019. – № 2. – С. 63–68.
4. *Башкова, И. Б.* К вопросу выявляемости псориазического артрита у пациентов с псориазом в условиях дерматологического стационара / И. Б. Башкова, И. В. Кольцова // Acta Medica Eurasica. – 2019. – № 4. – С. 1–11.
5. *Чамурлиева, М. Н.* Выявляемость периферических и аксиальных проявлений псориазического артрита у больных псориазом в дерматологической практике / М. Н. Чамурлиева, Е. Ю. Логинова, Т. В. Корогаева // Современная ревматология. – 2019. – Т. 13, № 4. – С. 48–54. – doi: 10.14412/1996-7012-2019-4-48-54

УДК 616.33/.34-005.1:616.12-008.46

П. Л. Жоголь¹, Е. Г. Малаева², И. А. Томашевская¹, П. Н. Гладковский¹

¹Государственное учреждение здравоохранения
«Гомельская городская клиническая больница
скорой медицинской помощи»,

²Учреждение образования
«Гомельский государственный медицинский университет»
г. Гомель, Республика Беларусь

ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОЕ КРОВОТЕЧЕНИЕ У ПАЦИЕНТА С ДЕКОМПЕНСИРОВАННОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ (СЛУЧАЙ ИЗ КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКИ)

Введение

В последнее время в клинике внутренних болезней все большее внимание врачей привлекает проблема закономерно частых сочетаний определенных болезней, характеризующихся общностью или близостью этиологических и патогенетических факторов. При сочетанной патологии заболевания взаимно влияют друг на друга, утяжеляя течение каждого из них [1].

Актуальной и недостаточно изученной считается проблема этиопатогенетической связи эрозивно-язвенной патологии верхних отделов ЖКТ