

ПСОРИАТИЧЕСКИЙ АРТРИТ

Кобрусева М. А., Шевченко Е. А.

Научный руководитель: старший преподаватель Л. А. Порошина

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Псориатический («psora» — по-гречески чесотка, парша) артрит (ПА) — заболевание, ассоциированное с псориазом, характеризующееся хроническим, деструктивным, воспалительным, прогрессирующим течением, которое сопровождается костной резорбцией, поражением позвоночного столба, энтезопатиями.

По данным разных авторов частота заболеваемости ПА среди лиц, страдающих псориазом, составляет от 13,5 до 47 %. Чаще всего заболевание начинается в возрасте от 20 до 50 лет. 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].

Цель

Изучить вопросы этиологии, патогенеза, диагностических критериев и клинических проявлений псориатического артрита.

Материал и методы исследования

Обзор современной литературы по теме «псориатический артрит» с последующим анализом.

Результаты исследования и их обсуждение

На основании систематизации и анализа современной литературы по данной теме этиологическими факторами развития ПА являются генетическая предрасположенность, инфекционные агенты, травматические воздействия, неврологические заболевания, лекарственные препараты, иммунологические и сосудистые нарушения [2, 3].

Велика роль генетической предрасположенности. Множественными исследованиями было установлено частое выявление генов главного комплекса гистосовместимости HLA: B13, B17, B27, B38, DR4 и DR7. У пациентов с рентгенологическими признаками сакроилеита чаще всего обнаруживают HLA B27. Больным с множественным поражением суставов свойственно выявление HLA DR4. Также установлена тесная корреляция между аллелями FHO- α -308, FHO- β +252 и эрозивным ПА[4].

Большую роль в развитии ПА играют внешнесредовые факторы. Среди них ведущими являются инфекционные агенты. Впрочем, некоторые исследователи подвергают большим сомнениям эту теорию. Был установлен факт молекулярной мимикрии между стрептококковыми и эпидермальными антигенами, в результате чего возникает иммуновоспалительный ответ при ПА.

Использование некоторых лекарственных препаратов может способствовать обострению псориаза, его возникновению, а также формированию резистентного к лечению заболевания.

Псориаз может быть вызван применением бета-адреноблокаторов, ингибиторов АПФ, пенициллинов, тетрациклинов, НПВС, солей лития, синтетических противомаларийных препаратов. Обострение у пациентов с псориазом вызывают глюкокортикоиды, интерфероны, производные гидроксихлорохина, которые часто используются при лечении сустав-

ного синдрома. Следовательно, эти данные необходимо учитывать при назначении терапии пациентам с ПА и псориазом.

Среди внешнесредовых факторов в развитии ПА также выделяют травматизацию. Согласно исследованиям 10 % случаев ПА спровоцировано непосредственно травмой.

Диганостическими критериями ПА являются:

1. В основном поражаются дистальные межфаланговые суставы кистей и стоп. На стопах это большие пальцы. Поверхность над суставом припухшая, цвет кожи синюшный или синюшно-багровый.
2. Одновременно поражаются два сустава одного пальца («палец-сосиска»). Например, пястно-фаланговый проксимальный и дистальный суставы пальца.
3. Разнонаправленные подвывихи мелких суставов.
4. Боль в пятках — талалгия.
5. Псориатические изменения кожи над пораженным суставом.

Выделяют пять клинических форм ПА: асимметричный олигоартрит; артрит дистальных межфаланговых суставов; симметричный ревматоидноподобный артрит; мутилирующий (обезображивающий) артрит; псориатический спондилит.

Клинические проявления суставного синдрома при ПА довольно вариабельны и включают в себя симптомы ревматоидного артрита, болезни Бехтерева, а также множество иных синдромов, которые описаны как самостоятельные нозологические формы. К примеру, синдром Титце, интермиттирующий гидрартроз, палиндромный ревматизм. Однако существуют многочисленные признаки, позволяющие диагностировать ПА у пациентов без кожных проявлений псориаза. Артрит дистальных межфаланговых суставов и артрит межфаланговых суставов первых пальцев кистей и (или) стоп, осевое поражение трех суставов одного пальца, моно- и олигоартрит, разнонаправленные подвывихи пальцев, асимметричный артрит, сосискообразные пальцы, типичные параартикулярные явления с характерной синюшно-багровой окраской кожи, утренняя скованность и болезненность в позвоночнике, сочетание артрита периферических суставов и спондилита являются характерными проявлениями суставного синдрома.

При воспалении синовиальной оболочки у пациентов с ПА патологические изменения локализуются в поверхностных отделах синовиальной мембраны, происходит десквамация синовиоцитов, обнаруживаются фибриноидные наложения, которые пропитаны нейтрофилами, слабо выражены лимфоидные и плазмоклеточные инфильтраты.

Патологический процесс может возникать в эпифизарных отделах костей, суставного хряща, где могут появляться эрозии. В сложном варианте может наблюдаться остеолитический процесс, который простирается до метаэпифизарной зоны и далее по длиннику кости. Исходя из этого, часть исследователей относит ПА к числу нейрогенных остеоартропатий. Совместно протекают репаративные процессы, проявляющиеся развитием периоститов, формированием грубых остеофитов, кальцификацией связочного аппарата сустава. Исходом артрита могут быть не только подвывихи и контрактуры, но и неподвижность суставов.

Выводы

Таким образом, ПА является значимой проблемой научной и практической медицины. ПА является полиэтиологическим заболеванием, при котором поражаются суставы часто сочетаясь с псориазом, способствуя ухудшению качества жизни пациента. Существуют определенные диагностические критерии данной патологии, однако продолжают поиски маркеров воспалительного ответа, позволяющих осуществить точную диагностику данного заболевания.

ЛИТЕРАТУРА

1. Лукьянов, А. М. Псориаз: объективизация выбора рациональной терапии: метод. пособие / А. М. Лукьянов. — Минск: Доктор Дизайн, 2011. — 192 с.
2. Gladman, D. D. Psoriatic arthritis: epidemiology / D. D. Gladman. — Psoriasis and Psoriatic arthritis. — 2005. — P. 57–66.
3. Бунчук, Н. В. Псориатический артрит: нац. руководство / Н. В. Бунчук. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. — С. 355–366
4. Chandran, V. Geoeepidemiology and environmental factors of psoriasis and psoriatic arthritis / V. Chandran. — 2010. — Vol. 34. — P. 314–321.