

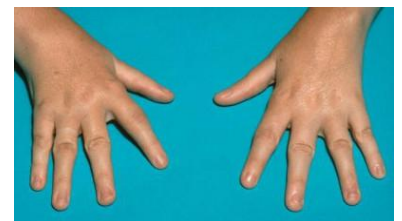
Диагностика и лечение Псориатического артрита

Аррит в 68-75 % случаев развивается у больных, страдавших псориазом, или возникает одновременно с кожными изменениями. В 12-25 % случаев артрит предшествует появлению признаков дерматоза. От начала кожного поражения до развития артрита, как и от появления артрита до дерматоза, проходит различный период - от 2 нед. до 10 лет и более. Дерматоз может быть распространенным, но нередко ограниченным, локализованным на волосистой части головы, разгибательных поверхностях локтевых, коленных суставов, вокруг пупка, под молочными железами, в ягодичных и паховых складках. В ряде случаев он начинается с поражения ногтей. На поверхности ногтей появляются точечные углубления (симптом «наперстка»), ногтевые пластинки мутнеют, на них видны продольные или поперечные бороздки, иногда ногти истончаются и атрофируются (онихолизис), но чаще утолщаются и крошатся, как при грибковом поражении, что требует исключения микоза.

Начало артрита чаще всего незаметное, постепенное, но может быть «острым».

Существует несколько разновидностей болезни:

- Артрит псориатический ассиметричный (70%). В патологический процесс вовлекается несколько суставов, чаще всего до трех. При этом может быть поражен как большой, так и маленький костный элемент. Аналогичный парный сустав не страдает.
- Артрит псориатический симметричный (ревматоидноподобный)(15%). Поражает парные суставы, активно прогрессирует и часто приводит к нетрудоспособности человека.
- Артрит псориатический, поражающий межфаланговые дистальные сочленения(5%). В первую очередь страдают мелкие суставы пальцев. Это касается как верхних, так и нижних конечностей. Нередко его на начальных этапах путают с остеоартритом.
- Спондилезпсориатический (5%), когда поражен болезнью в большей степени позвоночник в одном или нескольких его отделах.
- Самая тяжелая форма болезни – деформирующий артрит (мутилирующий) (5%). Суставы разрушаются, а человек становится инвалидом из-за невозможности выполнять простейшие действия.



Характерным для ПА считается также «осевое» поражение - одновременное поражение дистального, проксимального межфаланговых и пястнофалангового суставов одного и того же пальца вплоть до развития анкилоза этих суставов. Аналогичные изменения в суставах пальцев стоп обуславливают их диффузную припухлость и покраснение кожных покровов - «пальцы сосиски».

Диагностика Псориатического артрита

Лабораторные исследования

Лабораторных тестов, специфичных для ПсА, не существует. Многие случаи артрита дистальных межфаланговых суставов, моноартрита крупных сосудов могут протекать с практически неизменными лабораторными показателями. При выраженных экссудативных явлениях в суставах СОЭ обычно увеличена до 30 мм/ч и более; в ряде случаев обнаруживаются умеренный лейкоцитоз и нормохромная анемия, которые особенно значительны при злокачественном течении болезни. РФ в сыворотке крови не определяется.

Рентгенография суставов и позвоночника

Рентгенологические проявления артрита дистальных межфаланговых суставов довольно типичны. Это эрозивный процесс, при котором одновременно обнаруживаются и пролиферативные изменения в виде костных разрастаний у основания и верхушек фаланг, периоститов. При полиартрите, протекающем без поражения концевых суставов, рентгенологическая картина может напоминать РА в связи с краевыми эрозиями эпифизов и костными анкилозами суставов, однако развитие анкилозирующего процесса в нескольких суставах одного и того же пальца считается патогномоничным для ПА. Мутилирующая форма ПА, как указывалось выше, проявляется тяжелыми остеолитическими изменениями составляющих сустав костей. Поражение позвоночника и илеосакральных сочленений при рентгенологическом исследовании удается выявить у 57 % больных, у большинства из которых клинические признаки сакроилеита и спондилоартрита отсутствуют. Сакроилеит чаще всего бывает односторонним, хотя наблюдается и двусторонний процесс с анкилозированием илеосакральных сочленений.

Лечение Псориатического артрита

Рекомендуется использовать лекарственные средства и методы воздействия как на суставной процесс, так и на кожные проявления заболевания. При «зимних» формах псориаза рекомендуется общее ультрафиолетовое облучение. Показано местное использование мазей, в том числе и гормональных (синалар, фторокорт и др.) на пораженные участки кожи. Рекомендуются витамины (А, В1, Ве, 812), седативные средства (экстракт валерианы, элениум, седуксен и др.).

Лечение ПсА, не сопровождающегося высокой воспалительной активностью, следует осуществлять в основном негормональными противовоспалительными средствами. Общая кортикостероидная терапия используется в случаях, не поддающихся негормональным средствам и местному лечению. Доза назначаемых препаратов обычно не превышает 4 таблеток (20 мг) преднизолона в сутки или других ГКС (в эквивалентной дозе). Необходимо помнить, что если в торпидных случаях увеличение дозы преднизолона до 20- 30 мг/сут. не ведет к желаемому результату, то следует добавить к лечению иммунодепрессанты. Назначают метотрексат, который иногда оказывается

эффективным при кожных и суставных проявлениях заболевания. Его обычно назначают внутримышечно 15-30 мг на одну инъекцию в неделю, отмечая при этом уменьшение числа побочных реакций. Лечение необходимо проводить под тщательным врачебным наблюдением, контролируя состояние печени, почек, периферической крови, мочи. содержание в крови лейкоцитов и тромбоцитов 2-3 раза в неделю, а по окончании лечения 1 раз в неделю в течение 1 мес. Для лечения ПсА применяют лечебную гимнастику, физиотерапевтическое и бальнеологическое лечение: ультразвук с гидрокортизоном на пораженные суставы, парафиновые аппликации, радоновые и сероводородные ванны. Больным с невысокой общей активностью процесса можно рекомендовать такие курорты, как Сочи, Нафталан, Талги и др.