



К вопросу о выявлении псориатического артрита у больных псориазом

Якубовская Е.С.

Якубовская Елена Сергеевна – мл. науч. сотр. отделения дерматовенерологии и дерматоонкологии¹
✉ 129110, г. Москва, ул. Щепкина, 61/2, Российская Федерация.
Тел.: +7 (495) 631 46 54.
E-mail: alenka.hunny@mail.ru

¹ ГБУЗ МО «Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского»; 129110, г. Москва, ул. Щепкина, 61/2, Российская Федерация

Цель – изучение клинико-рентгенологических особенностей псориатического артрита (ПсА) у больных псориазом, находившихся на стационарном лечении в отделении дерматовенерологии и дерматоонкологии МОНИКИ.

Материал и методы. Обследованы 70 больных с распространенным вульгарным псориазом, у которых установлен диагноз ПсА или имелись клинические признаки ПсА. Клиническая картина ПсА оценивалась на основании данных о функциональной недостаточности и особенностях поражения суставов, а также степени активности и рентгенологической стадии заболевания.

Результаты. ПсА у больных псориазом преимущественно характеризовался олиго- и полиартритом, редко сопровождался псориатическим анкилозирующим спондилитом и существенно чаще – периферическим артритом. Лишь в 6% случаев наблюдалась изолированная артралгия.

Заключение. Поскольку ПсА у больных псориазом может носить характер артралгии или иметь низкую степень активности, при этом не сопровождаясь рентгенологическими признаками, имеет значение как можно более раннее выявление заболевания у таких больных.

Ключевые слова: псориаз, псориатический артрит, артралгии.

Псориатический артрит (ПсА) считается одним из основных воспалительных заболеваний суставов и позвоночника. В сочетании с псориазом он характеризуется прогрессирующим течением, заинтересованностью опорно-двигательного аппарата с развитием эрозивного артрита, сакроилеита, анкилозирующего спондилоартрита, различных видов костной резорбции, множественных энтезитов, а также многочисленных общих и висцеральных проявлений [1]. Этот серонегативный артрит может развиваться в любом

периоде псориаза [2]. ПсА у больных псориазом проявляется следующими типами клинического течения: дистальным артритом, асимметричным олигоартритом, симметричным полиартритом и спондилоартритом (сакроилеитом и спондилитом), выраженным остеолитом [3]. Другие частые признаки ПсА – синовиальное и мягкотканное воспаление соседних тканей, энтезит, теносиновит и дактилит [4].

ПсА характеризуется разной выраженностью скованности, отека и боли в суставах, соседних с ними связках и сухожилиях. Исходя из этого



выделяют две основные формы ПсА – обычную и тяжелую. Обычной форме присущи следующие особенности: локализация воспалительных изменений в 1–3 суставах или полиартрит со слабо выраженными деструктивными изменениями; внутрисуставной остеолит в небольшом числе суставов; сакроилеит или анкилозирующий спондилоартрит без нарушения функции позвоночника; умеренно выраженные общие и висцеральные проявления без органной недостаточности; минимальная или умеренная лабораторная активность воспалительного процесса; медленно прогрессирующее течение. Для тяжелой формы свойственно быстро прогрессирующее течение, множественный эрозивный артрит и множественный внутрисуставной остеолит, анкилозирующий спондилоартрит с выраженной функциональной недостаточностью позвоночника, яркие поливисцериты, максимальные лабораторные показатели воспалительной активности [1, 2].

Несмотря на то что тяжесть суставных поражений при ПсА может привести к инвалидизирующей и эрозивно-деструктивной артропатии, целый ряд аспектов этой серьезной междисциплинарной проблемы недостаточно исследован. Это касается в том числе встречаемости ПсА в общей популяции, факторов риска развития и предикторов тяжести заболевания, частоты развития ПсА на фоне псориаза, а также частоты и особенностей сопутствующих ему заболеваний [5].

К клиническим признакам, предсказывающим развитие ПсА, некоторые исследователи относят поражение ногтей (особенно онихолизис), волосистой части головы и межъягодичной складки [6]. По другим данным, с риском возникновения ПсА ассоциируется также увеличение площади поражения кожи, при этом установлено, что ограниченное поражение кожи не исключает возможности развития ПсА [7]. Отмечалось, что больные ПсА, подобно больным реактивным артритом, характеризуются повышенным риском сопутствующей патологии и более высокой смертностью по сравнению с таковой в общей популяции [6].

Уточнение обозначенных выше вопросов, а также выявление клинических признаков, предсказывающих тяжесть и деструктивное течение ПсА, имеют важное практическое значение не только для предотвращения развития ПсА у больных псориазом, но и для его ранней диагностики, что позволит уменьшить степень обусловленных ПсА суставных поражений и подобрать рациональную терапию сопутствующих

заболеваний. В настоящее время ситуация такова, что дерматологи часто не диагностируют ПсА. По данным литературы, ревматологи выявляют до 1/3 случаев ПсА, причем более чем в 40% таких случаев заболевание ранее не было установлено дерматологами [5].

Целью исследования было изучение клинико-рентгенологических особенностей ПсА у 70 больных псориазом, находившихся на стационарном лечении в отделении дерматовенерологии и дерматоонкологии ГБУЗ МО МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского и консультированных ревматологами ФГБНУ «Научно-исследовательский институт ревматологии им. В.А. Насоновой».

Материал и методы

Характеристика 70 больных псориазом, в отношении которых был установлен или заподозрен диагноз ПсА, дана в табл. 1 и 2. В группе

Таблица 1. Половозрастная характеристика больных псориазом артритом и псориазом, n (%)

Возраст, годы	Общее число больных	Женщины	Мужчины
До 20	2 (2,86)	–	2 (4,65)
21–30	13 (18,6)	2 (7,4)	11 (25,6)
31–40	23 (32,86)	9 (33,3)	14 (32,56)
41–50	14 (20,0)	6 (22,2)	7 (16,28)
51–60	11 (15,7)	5 (18,52)	7 (16,28)
Старше 60	7 (10,0)	5 (18,52)	2 (4,65)
Всего	70 (100)	27 (100)	43 (100)

Таблица 2. Сроки развития псориазического артрита у больных псориазом, n (%)

Время, годы	Женщины	Мужчины	Общее число больных
< 1	8 (20,0)	11 (31,8)	19
1–2	18 (60,0)	7 (18,2)	25
3–5	–	4 (40,9)	4
5–10	8 (20,0)	4 (9,1)	12
11–20	–	–	–
> 20	–	–	–
Всего	34 (100)	36 (100)	70

**Таблица 3.** Особенности поражения суставов при псориатическом артрите у больных псориазом, n (%)

Вид поражения	Женщины	Мужчины	Общее число больных
Моноартрит	–	–	–
Олигоартрит	11 (32,4)	10 (27,8)	21
Полиартрит	5 (14,7)	10 (27,8)	15
Спондилит			
Изолированный	–	3 (8,33)	3
Сочетание			
с моноартритом	–	5 (13,9)	5
с олигоартритом	–	–	–
с полиартритом	–	5 (13,9)	5
Артралгии (изолированные)	8 (23,53)	3 (8,33)	11
Всего	34 (100)	36 (100)	70

Таблица 4. Активность псориатического артрита у больных псориазом, n (%)

Степень активности	Женщины	Мужчины
0	11 (33,35)	4 (11,11)
I	19 (55,89)	14 (38,9)
II	4 (11,8)	18 (50,0)
III	–	–
Всего	34 (100)	36 (100)

Таблица 5. Рентгенологические стадии псориатического артрита у больных псориазом, n (%)

Стадия	Женщины	Мужчины
0	8 (23,5)	4 (11,1)
I	18 (53,0)	14 (38,9)
IIa	–	14 (38,9)
IIb	4 (11,8)	–
III	4 (11,8)	4 (11,1)
IV	–	–
Всего	34 (100)	36 (100)

обследованных больных ПсА преобладали мужчины (61,4%), причем большинство из них составляли лица наиболее трудоспособного возраста – от 21 до 50 лет. Давность ПсА варьировала от менее 1 года до 8 лет (преимущественно от 1 до 5 лет), существенных различий по этому признаку между мужчинами и женщинами не было.

Оценивали данные о функциональной недостаточности и особенностях поражения суставов, а также степени активности и рентгенологической стадии заболевания.

Результаты

Как видно из табл. 3, преобладали больные с олиго- и полиартритом, моноартрит не был диагностирован ни в одном случае. У 3 пациентов выявлен изолированный псориатический анкилозирующий спондилит. В 11 случаях (8 женщин, 3 мужчины) суставной патологический процесс был представлен артралгическим синдромом и расценивался как фаза, предшествующая ПсА.

У 15 из 70 обследованных пациентов не обнаружено признаков активного воспалительного суставного процесса, у 33 была низкая степень активности ПсА (I), у 22 – умеренная (II) (табл. 4).

В 12 случаях ПсА рентгенологические признаки поражения суставов отсутствовали, в 32 – тяжесть рентгенологических изменений суставов соответствовала I стадии, в 14 – IIa, в 4 – IIb, в 8 – III (табл. 5). Следовательно, более чем у половины больных псориазом и ПсА рентгенологические изменения были незначительными или отсутствовали, и лишь у 12 (17,14%) они достигали IIb и III стадии. Анкилозов (конечная, IV стадия) в этой группе больных не обнаружено.

Патология костно-суставного аппарата у лиц с ПсА привела к потере трудоспособности у 25 (35,7%) из 70 больных (табл. 6). У большинства пациентов трудоспособность была сохранена или незначительно ограничена.

Таким образом, ПсА у обследованных нами больных псориазом чаще имел место у мужчин, был представлен патологическим изменением преимущественно от 1 до 5 лет давности заболевания, характеризовался олиго- и полиартритом, редко сопровождался псориатическим анкилозирующим спондилитом и существенно чаще – периферическим артритом; лишь в 6% случаев при ПсА наблюдалась изолированная артралгия. Рентгенологические изменения были незначительными или отсутствовали более чем у половины больных ПсА, и только у 17,4% изменения достигали рентгенологической стадии IIb и III. Патология костно-суставного




Таблица 6. Функциональная недостаточность суставов при псориатическом артрите у больных псориазом, n (%)

Степень	Женщины	Мужчины
0	4 (11,8)	–
I	19 (55,9)	22 (60,0)
II	11 (32,4)	14 (40,0)
III	–	–
Всего	34 (100)	36 (100)

аппарата приводила к потере трудоспособности у 35,7% больных псориазом и ПсА, в остальных случаях трудоспособность была сохранена или незначительно ограничена.

Заключение

В связи с тем, что у больных псориазом патологический процесс при ПсА может носить характер артралгии или иметь низкую степень активности, не сопровождаясь рентгенологическими признаками, большое значение имеет выявление ПсА у этого контингента больных врачом-дерматологом совместно с врачом-ревматологом. 

Литература (References)

1. Молочков ВА, Бадокин ВВ, Альбанова ВИ, Волнухин ВА. Псориаз и псориатический артрит. М.: Товарищество научных изданий КМК; 2007. 300 с. (Molochkov VA, Badokin VV, Al'banova VI, Volnukhin VA. Psoriasis and psoriatic arthritis. Moscow: Tovarishchestvo nauchnykh izdaniy KMK; 2007. 300 p. Russian).
2. Tey HL, Ee HL, Tan AS, Theng TS, Wong SN, Khoo SW. Risk factors associated with having psoriatic arthritis in patients with cutaneous psoriasis. *J Dermatol.* 2010;37(5):426–30.
3. Молочков ВА, Кильдюшевский АВ, Молочков АВ, Карзанов ОВ, Якубовская ЕС, Федулкина ВА. Клинико-иммунологические аспекты экстракорпоральной фотохимиотерапии при псориазе и псориатическом артрите. *Терапевтический архив.* 2012;(10):69–74. (Molochkov VA, Kil'dyushevskiy AV, Molochkov AV, Karzanov OV, Yakubovskaya ES, Fedulkina VA. [Clinical and immunological aspects of extracorporeal photochemotherapy for psoriasis and psoriatic arthritis]. *Terapevticheskiy arkhiv.* 2012;(10):69–74. Russian).
4. Gottlieb A, Korman NJ, Gordon KB, Feldman SR, Lebwohl M, Koo JY, Van Voorhees AS, Elmets CA, Leonardi CL, Beutner KR, Bhushan R, Menter A. Guidelines of care for the management of psoriasis and psoriatic arthritis: Section 2. Psoriatic arthritis: overview and guidelines of care for treatment with an emphasis on the biologics. *J Am Acad Dermatol.* 2008;58(5):851–64.
5. Mease PJ, Gladman DD, Papp KA, Khraishi MM, Thaçi D, Behrens F, Northington R, Fuiman J, Bananis E, Boggs R, Alvarez D. Prevalence of rheumatologist-diagnosed psoriatic arthritis in patients with psoriasis in European/North American dermatology clinics. *J Am Acad Dermatol.* 2013;69(5):729–35.
6. Wilson FC, Icen M, Crowson CS, McEvoy MT, Gabriel SE, Kremers HM. Incidence and clinical predictors of psoriatic arthritis in patients with psoriasis: a population-based study. *Arthritis Rheum.* 2009;61(2):233–9.
7. Gelfand JM, Gladman DD, Mease PJ, Smith N, Margolis DJ, Nijsten T, Stern RS, Feldman SR, Rolstad T. Epidemiology of psoriatic arthritis in the population of the United States. *J Am Acad Dermatol.* 2005;53(4):573.

Revisiting the diagnosis of psoriatic arthritis in patients with psoriasis

Yakubovskaya E.S.

Yakubovskaya Elena Sergeevna – Junior Research Associate, Dermatovenereology and Dermato-Oncology Department
 ✉ 61/2 Shchepkina ul., Moscow, 129110, Russian Federation.
 Tel.: +7 (495) 631 46 54.
 E-mail: alenka.hunny@mail.ru

Aim: To study clinical and x-ray characteristics of psoriatic arthritis in patients with psoriasis during hospital treatment in the Dermatovenereology and Dermato-Oncology Department of the Moscow Regional Research and Clinical Institute (MONIKI).

Materials and methods: We examined 70 patients with generalized psoriasis vulgaris and clinically suspected or definitely diagnosed psoriatic arthritis. Functional insufficiency, characteristics, activity and radiological stage of joint disease were estimated.

Results: Usually, patients with psoriasis had oligo- or polyarthritis which was rarely associated with psoriatic ankylosing spondylitis and more commonly associated with peripheral arthritis. Only 6% of the patients had isolated arthralgia.

Conclusion: In patients with psoriasis, psoriatic arthritis may manifest as arthralgia or low-activity arthritis without radiological signs. Thus, early detection of the disease is of importance.

Key words: psoriasis, psoriatic arthritis, arthralgia.

¹ Moscow Regional Research and Clinical Institute (MONIKI); 61/2 Shchepkina ul., Moscow, 129110, Russian Federation