

Поражение костно-суставного аппарата у больных псориазом по данным скринингового опросника PEST (Psoriasis Epidemiology Screening Tool) и ревматологического клинико-инструментального обследования

Чамурлиева М.Н.¹, Логинова Е.Ю.², Коротаева Т.В.², Баткаев Э.А.¹

¹Факультет повышения квалификации медицинских работников ФГАОУ ВО «Российский университет дружбы народов», Москва, Россия;

²ФГБНУ Научно-исследовательский институт ревматологии им. В.А. Насоновой, Москва, Россия
117198, Москва, ул. Миклухо-Маклая, 21, к. 3; 115522, Москва, Каширское шоссе, 34А

¹Faculty for Postgraduate Training of Health Workers, Peoples' Friendship University of Russia, Moscow, Russia;

²V.A. Nasonova Research Institute of Rheumatology, Moscow, Russia
121, Miklukho-Maklai St., Build. 3, Moscow 117198; *34A, Kashirskoe Shosse, Moscow 115522

Контакты: Мария Нугзаревна Чамурлиева; mchamurlieva@mail.ru

Contact: Maria Chamurlieva; mchamurlieva@mail.ru

Поступила 16.06.14

Цель — определить распространенность псориазического артрита (ПсА) и характер поражения костно-суставного аппарата у больных псориазом по данным опросника PEST (Psoriasis Epidemiology Screening Tool). **Материал и методы.** Включено 80 обратившихся на консультацию к дерматологу и ревматологу больных псориазом (35 мужчин и 45 женщин), средний возраст $43,06 \pm 1,71$ года, площадь псориазического поражения (BSA) — $9,83 \pm 2,63\%$, PASI (индекс тяжести псориаза) — $12,05 \pm 3,23$, дерматологический индекс качества жизни DQLI — $8,57 \pm 0,94$. Оценивали наличие псориаза ногтей, ответы на 6 вопросов скринингового опросника PEST, каждый положительный ответ соответствовал 1 баллу, при PEST ≥ 3 баллов предполагали наличие ПсА, при PEST < 3 баллов считали, что ПсА отсутствует. Все пациенты, независимо от значения PEST, осмотрены ревматологом, проводилось стандартное клинико-инструментальное обследование. Критерии CASPAR считали «золотым стандартом» диагноза ПсА.

Результаты. PEST ≥ 3 был у 53 (66,2%) больных, по критериям CASPAR ПсА подтвержден у 40 (75,4%) из них. PEST < 3 был у 27 (33,8%) пациентов, по критериям CASPAR ПсА установлен у 13 (48%) из них. Впервые диагноз ПсА установлен у 30 из 53 больных (56,6%). Таким образом, в 53 из 80 случаев (66,2%) выявлен ПсА, в 10 (12,5%) — другое ревматическое заболевание (РЗ): дерматомиозит, ревматическая полимиалгия, остеоартроз, анкилозирующий спондилит, реактивный артрит, ревматоидный артрит (РА), подагра и др.; в 3 (3,7%) — сочетание двух РЗ (РА и подагра), в 14 (17,5%) случаях РЗ не было. У 17 (34%) из 53 пациентов с ПсА длительность болезни была < 1 года, у 16 (32%) — от 1 года до 2 лет, у 11 (22%) — от 2 до 3 лет, у 9 (18%) ≥ 3 лет. Псориаз ногтей выявлен у 55 (70%) больных. Он обнаружен у 38 пациентов с ПсА (71,7%) и у 17 без ПсА. При ПсА BSA составлял в среднем $7,23 \pm 2,24\%$, PASI — $11,69 \pm 1,94$, DQLI — $7,71 \pm 0,17$ соответственно, без ПсА — $11,44 \pm 2,78\%$, $14,94 \pm 4,29$ и $8,96 \pm 1,74$. Значимых различий по этим параметрам не выявлено. Таким образом, при псориазе может наблюдаться любое РЗ, главным образом, ПсА с частым поражением ногтей. Опросник PEST в большинстве случаев выявляет ПсА на ранней стадии, однако его изолированного применения недостаточно для установления точного диагноза и требуется проведение ревматологического клинико-инструментального обследования.

Ключевые слова: ранний псориазический артрит; псориаз ногтей; скрининговые опросники; ранняя диагностика; ревматическое заболевание; костно-суставный аппарат.

Для ссылки: Чамурлиева МН, Логинова ЕЮ, Коротаева ТВ, Баткаев ЭА. Поражение костно-суставного аппарата у больных псориазом по данным скринингового опросника PEST (Psoriasis Epidemiology Screening Tool) и ревматологического клинико-инструментального обследования. Научно-практическая ревматология. 2014;52(6):636–642.

OSTEOARTICULAR INJURY IN PSORIATIC PATIENTS ACCORDING TO THE DATA OF PEST (PSORIASIS EPIDEMIOLOGY SCREENING TOOL) QUESTIONNAIRE AND RHEUMATOLOGICAL CLINICOINSTRUMENTAL EXAMINATION

Chamurlieva M.N.¹, Loginova E.Yu.², Korotaeva T.V.², Batkaev E.A.¹

Objective: to estimate the prevalence of psoriatic arthritis (PsA) and the pattern of osteoarticular injury in psoriatic patients according to the data of the PEST (Psoriasis Epidemiology Screening Tool) questionnaire.

Subjects and methods. The trial included 80 psoriatic patients who had sought for dermatological and rheumatological advice (35 men and 45 women); mean age 43.06 ± 1.71 years; psoriatic skin damage area (PSDA) $9.83 \pm 2.63\%$; and psoriasis area severity index (PASI) 12.05 ± 3.23 ; dermatology life quality index (DQLI) 8.57 ± 0.94 . Answers to 6 questions about nail psoriasis in the PEST questionnaire were rated; each positive answer corresponded to 1; PEST ≥ 3 or < 3 is indicative of the presence or absence of psoriasis, respectively. All patients, irrespectively of PEST value, were examined by a rheumatologist and underwent a standard clinicoinstrumental examination. The CASPAR criteria were considered to be a gold standard of PsA diagnosis.

Results. 53 (66.2%) patients had PEST ≥ 3 ; the CASPAR criteria confirmed PsA in 40 (75.4%) of them. 27 (33.8%) patients had PEST < 3 ; in 13 (48%) of them, fulfilled CASPAR criteria. PsA was first diagnosed in 30 (56.6%) of the 53 patients. Thus, PsA was identified in 53 (66.2%) of the 80 patients; another rheumatic disease (RD), such as dermatomyositis, rheumatic polymyalgia, osteoarthritis, ankylosing spondylitis, reactive arthritis, rheumatoid arthritis (RA), gout, etc., was found in 10 (12.5%); a concurrence of RDs (RA and gout) in 3 (3.7%); RD was absent in 14 (17.5%) cases. The disease duration was < 1 year in 17 (34%) of the 53 patients with PsA, 1 to 2 years in 16 (32%), 2 to 3 years in 11 (22%), and ≥ 3 years in 9 (18%). Nail psoriasis was detected in 55 (70%) patients. It was found in 38 (71.7%) patients with PsA and in 17 without this disease. In patients with PsA, PSDA averaged $7.23 \pm 2.24\%$; PASI

11.69±1.94; DQLI 7.71±0.17, respectively; in those without PsA 11.44±2.78%, 14.94±4.29, and 8.96±1.74, respectively. No significant differences of these parameters were found.

Conclusion. Thus, in psoriasis, there may be any RD, chiefly PsA with common nail involvement. The PEST questionnaire reveals PsA at its early stage in the majority of cases; however, its isolated use is not sufficient to establish accurate diagnosis and rheumatologic clinicoinstrumental examination is necessary.

Key words: early psoriatic arthritis; nail psoriasis; screening questionnaires; early diagnosis; rheumatic disease; osteoarticular apparatus.

Reference: Chamurlieva MN, Loginova EYu, Korotaeva TV, Batkaev EA. Osteoarticular injury in psoriatic patients according to the data of PEST (Psoriasis Epidemiology Screening Tool) questionnaire and rheumatological clinicoinstrumental examination. *Rheumatology Science and Practice*. 2014;52(6):636–642.

DOI: <http://dx.doi.org/10.14412/1995-4484-2014-636-642>

Псориаз — это распространенное хроническое воспалительное системное аутоиммунное заболевание с преимущественным поражением кожи и ногтей. У 6,25–42% больных псориазом встречается псориатический артрит (ПсА) — хроническое воспалительное заболевание суставов, позвоночника и энтезисов, относящееся к группе спондилоартритов (СПА).

По данным популяционных исследований, в разных странах заболеваемость ПсА составляет 3–8 случаев на 100 тыс. населения, распространенность — 0,05–1,2% [1, 2]. На территории Российской Федерации среди больных с воспалительным поражением периферических суставов частота ПсА составляет 2,8%, а среди взрослого населения — 0,37%. Однако в связи с трудностью диагностики ПсА, особенно врачами-дерматологами, можно предположить, что истинная распространенность этого заболевания намного выше.

ПсА характеризуется многообразием клинических проявлений поражения суставов и позвоночника, что требует проведения дифференциальной диагностики с такими ревматическими заболеваниями (РЗ), как ревматоидный артрит (РА), подагра, реактивный артрит (РеА), анкилозирующий спондилит (АС), остеоартроз (ОА), или системными заболеваниями соединительной ткани. Диагноз ПсА может быть трудным даже при длительном течении болезни, а в случае раннего артрита эта задача становится еще более сложной [3]. «Золотым стандартом» диагностики ПсА, в том числе и на ранней стадии, считают критерии CASPAR (Classification criteria for Psoriatic ARthritis) [4], которые позволяют установить диагноз ПсА, даже при наличии ревматоидного фактора (РФ) и отсутствии псориаза [5]. Заметную роль в ранней диагностике ПсА играют такие инструментальные методы, как рентгенография, ультразвуковое исследование (УЗИ), магнитно-резонансная томография (МРТ) суставов и позвоночника, а также скинтиграфия скелета [6, 7].

В связи с тем что в большинстве случаев первые клинические признаки ПсА возникают после появления псориаза, важным аспектом диагностики этого заболевания может быть использование скрининговых опросников, с помощью которых уже при первичном осмотре больного псориазом можно заподозрить наличие воспалительного заболевания суставов и направить на дальнейшее обследование к специалисту ревматологу. Скрининговые опросники для использования как в дерматологической, так и в ревматологической клинической практике активно разрабатываются в последнее время за рубежом [8–10], однако в российской популяции у больных псориазом они пока не применялись.

Цель исследования — определить распространенность ПсА и характер поражения костно-суставного аппарата у больных псориазом по данным опросника PEST (Psoriasis Epidemiology Screening Tool).

Материал и методы

В исследование включено 80 пациентов (35 мужчин и 45 женщин) с различными клиническими формами псориаза, последовательно обратившихся в дерматологическую клинику ГКБ №14 им. В.Г. Короленко на кафедру клинической микологии и дерматовенерологии ФПК МР РУДН, а также в клинику ФГБНУ НИИР им. В.А. Насоновой в период с 2012 по 2014 г. после подписания информированного согласия на участие в исследовании. Возраст больных составил в среднем 43,06±1,71 года, длительность суставных жалоб — 16,56±1,82 мес, площадь псориатического поражения (BSA) — 9,83±2,63%, PASI (индекс тяжести псориаза) — 12,05±3,23, дерматологический индекс качества жизни (КЖ) DQLI — 8,57±0,94. Оценивали наличие псориаза ногтей. Все пациенты, включенные в исследование, заполняли скрининговый опросник PEST для выявления ПсА, состоящий из 6 вопросов [8]. Опросник был нами модифицирован (mPEST) для удобства заполнения пациентами, с включением фотографий, демонстрирующих различные проявления воспалительных изменений суставов, а также проявлений псориаза ногтей.

Опросник mPEST

Вопросы:

1. Была ли у Вас когда-то припухлость сустава (суставов), как показано на фотографиях?

Да

Нет



2. Говорил ли Вам когда-нибудь врач, что у Вас есть артрит?

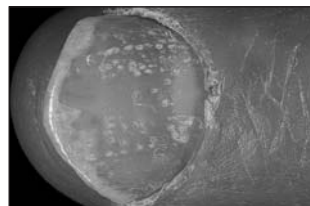
Да

Нет

3. Отмечали ли Вы когда-либо на ногтях пальцев рук и ног какие-нибудь изменения (в виде точечных углублений либо неровности), как показано на фотографиях?

Да

Нет



4. Отмечали ли Вы когда-нибудь боль в области пятки?

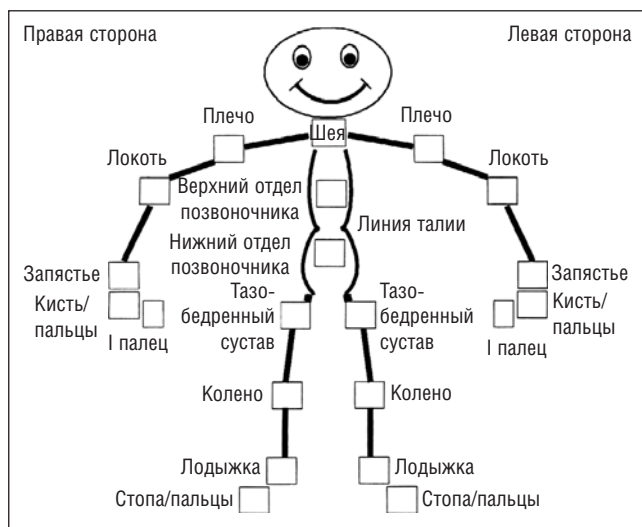
Да Нет

5. Были ли у Вас когда-нибудь без видимых причин равномерно припухшие и болезненные пальцы рук или ног, как показано на фотографии?

Да Нет



6. На рисунке отметьте суставы, которые вызывали у Вас дискомфорт (скованность, припухлость или болезненность)



Положительный ответ на каждый вопрос оценивается в 1 балл. PEST ≥ 3 баллов позволяет предположить наличие у больного ПсА. Во время клинического осмотра дерматологом у всех больных определяли общую площадь псориазического поражения кожи BSA (Body Surface Area) в процентах, при этом считали, что площадь одной ладони пациента до средних фаланг пальцев соответствует 1% [11]. Псориазом слабой выраженности считали BSA $< 5\%$ без

влияния на КЖ пациента, умеренной – BSA 5–20% с влиянием на КЖ пациента, тяжелый псориаз – BSA $> 20\%$. При BSA $> 3\%$ определяли индекс тяжести и активности псориаза PASI (Psoriasis Activity and Severity Index) [12]. Индекс PASI позволяет оценить степень выраженности (красноты, утолщения кожи, отека, гиперемии, шелушения) и площадь поражения с помощью простой линейной шкалы от 0 (нет кожных проявлений болезни) до 72 (максимально выраженные кожные проявления) [13].

При необходимости пациентам проводили рентгенографию кистей и стоп, лабораторное исследование (клиническое и иммунологическое), а также МРТ или УЗИ периферических суставов. Критерии CASPAR считали «золотым стандартом» диагноза ПсА. Рассчитывали M \pm m, коэффициент корреляции Пирсона (r), ранговые корреляции Спирмена (R), проводили ROC-анализ, статистически значимыми считали различия при $p < 0,05$.

Результаты

На основании опросника mPEST (≥ 3) диагноз ПсА заподозрен у 53 (66,2%) из 80 пациентов. По критериям CASPAR ПсА подтвержден у 40 из 53 (75,4%). mPEST < 3 был у 27 из 80 пациентов (33,8%). По критериям CASPAR ПсА установлен у 13 (48%) из них (рис. 1). Таким образом, ПсА выявлен у 53 из 80 пациентов (66,2%), причем у 30 (56,6%) из них диагноз установлен впервые, у 10 (12,5%) было другое РЗ: дерматомиозит, ревматическая полимиалгия, ОА, АС, РеА, РА, подагра и др.; у 3 (3,7%) – сочетание двух РЗ (РА и подагра), у 14 (17,5%) РЗ не было (рис. 2). У 17 (34%) из 53 пациентов с ПсА длительность болезни была < 1 года, у 16 (32%) – от 1 года до 2 лет, у 11 (22%) – от 2 до 3 лет, у 9 (18%) ≥ 3 лет (рис. 3). Псориаз ногтей выявлен у 55 (70%) пациентов, включая 38 из 53 (71,7%) с ПсА и 17 без ПсА. У 53 пациентов с ПсА BSA составлял в среднем $7,23 \pm 2,24\%$, PASI – $11,69 \pm 1,94$, DQI1 – $7,71 \pm 0,17$. У пациентов без ПсА – $11,44 \pm 2,78\%$, $14,94 \pm 4,29$ и $8,96 \pm 1,74$ соответственно. Значимых различий по этим параметрам у больных с ПсА и без него не было (рис. 4).

Представляем данные клинического наблюдения поражения суставов у больной псориазом на ранней стадии.

Больная Ш., 52 лет, обратилась к ревматологу с жалобами на боль и припухлость в дистальных межфаланговых суставах (ДМФС) кистей, правом лучезапястном, левом коленном суставах, плюснефаланговых суставах (ПлФС) правой стопы, также отмечались боль и ограничение движений в плечевых суставах и повышение температуры до 37,5 °С. Из анамнеза известно, что пациентка страдает подошвенным

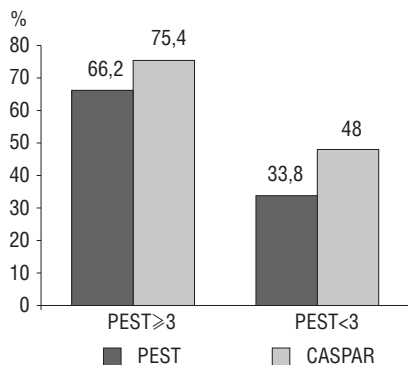


Рис. 1. Соответствие данных mPEST наличию ПсА у больных псориазом, %

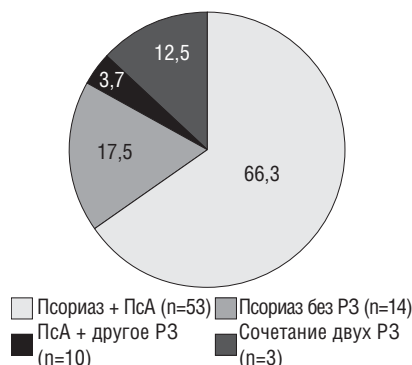


Рис. 2. Поражение костно-суставного аппарата у больных псориазом (n=80), %

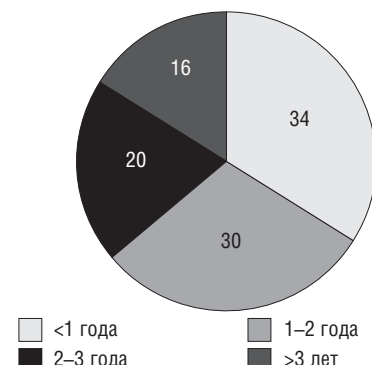


Рис. 3. Распределение больных в зависимости от длительности ПсА (n=53), %

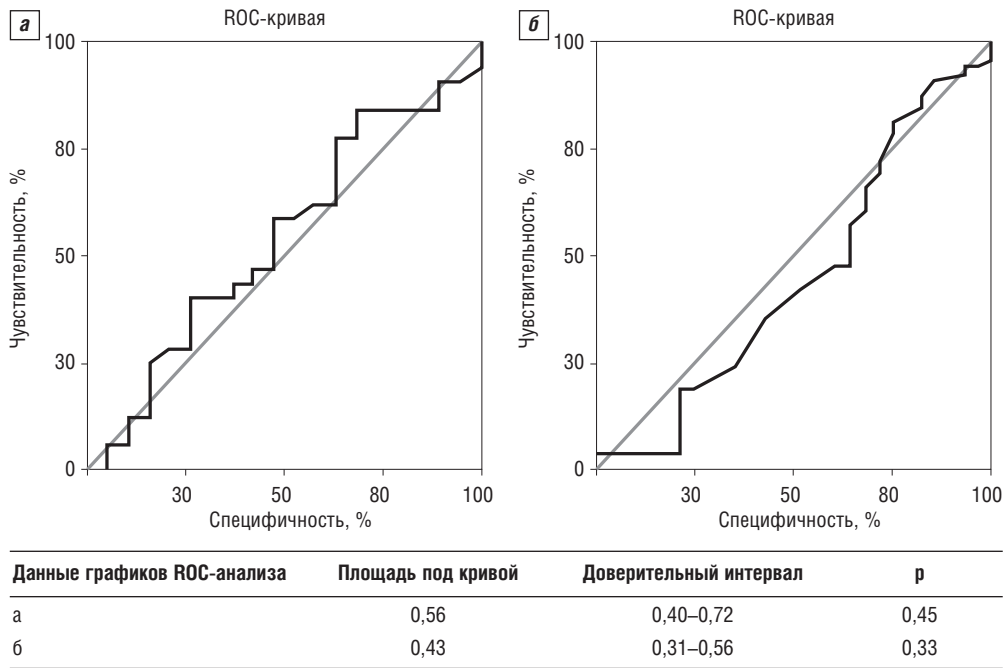


Рис. 4. Данные ROC-анализа (а и б)

псориазом в течение 1 года (рис. 5). Боль и припухлость ПлФС левой стопы появились около 2 мес назад, местно применяла мази с нестероидными противовоспалительными препаратами (НПВП) – боли прошли. Через 2 нед появились боль и припухлость ДМФС кистей, затем быстрое вовлечение правого лучезапястного, левого коленного суставов, ПлФС правой стопы, плечевых суставов. Наблюдался субфебрилитет (37,5 °С) в течение 1 мес. Принимала диклофенак 100–150 мг/сут в течение месяца – без эффекта. Пациентка госпитализирована с диагнозом ПсА.

При осмотре отмечался артрит обоих плечевых, коленных суставов со сгибательной контрактурой слева, правого лучезапястного сустава, V правого пястно-фалангового сустава (ПФС), I межфаланговых, II–V правых и II и V левых ДМФС кистей, II–V ПлФС правой стопы (рис. 6–8). Число болезненных суставов составило 18 из 78 и 8 из 28, число припухших суставов – 18 из 76 и 8 из 28, индекс Ричи – 21, оценка боли пациентом по 100-миллиметровой визуальной аналоговой шкале (ВАШ) – 61 мм, оценка активности заболевания пациентом по ВАШ – 80 мм, оценка активности заболевания врачом по ВАШ – 80 мм. Воспалительных

боль в спине и ограничения подвижности позвоночника не было. DAS=5,69, DAS28=6,62, CDAI=32, SDAI=45,1, что соответствовало высокой активности заболевания. Проводились рентгенография и МРТ кистей и стоп (рис. 9–13).

За время наблюдения в клинике, несмотря на проведение активной противовоспалительной терапии НПВП и глюкокортикоидами внутрисуставно (в коленные суставы), отмечалось вовлечение в воспалительный процесс новых суставов: левого лучезапястного, обоих локтевых и голеностопных. Формировалась картина симметричного полиартрита.

На УЗИ коленных суставов (рис. 14) выявлены снижение эхоплотности, утолщение и васкуляризация при энергетическом доплеровском картировании в месте прикрепления медиальной коллатеральной связки к бедренной кости справа и в дистальном отделе собственной связки надколенника справа. Глубокий инфрапателлярный бурсит справа. Множественные энтезиты в области коленных суставов.

В связи со своеобразной клинической картиной был проведен дифференциальный диагноз между ПсА и РА. По критериям CASPAR (2006), разработанным для раннего ПсА, боль

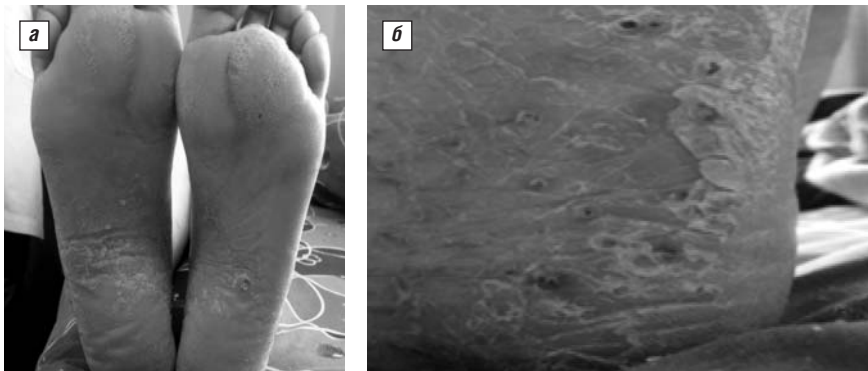


Рис. 5. Больная Ш. Пустулезный псориаз кожи подошвенной поверхности стоп (а, б). Псориаз подтвержден данными биопсии



Рис. 6. Больная Ш. Симметричный артрит ДМФС кистей с багрово-синюшной окраской кожи над суставами, припухлость правого лучезапястного сустава



Рис. 7. Больная Ш. Симметричный артрит коленных суставов (со сгибательной контрактурой левого коленного сустава)



Рис. 8. Больная Ш. Симметричный артрит ДМФС и ПлФС правой стопы



Рис. 9. Рентгенография кистей (прямая проекция): сужение щелей многих суставов, нечеткость контуров отдельных ДМФС

ная набирала минимальное количество баллов – 3 (псориаз – 2 балла и рентгенологические признаки внесуставной костной пролиферации – 1 балл), необходимые для установления этого диагноза. Она не соответствовала классическим критериям J. Moll и V. Wright (1973), так как была РФ-позитивна.

По критериям Института ревматологии РАМН (1989), разработанным группой сотрудников во главе с профессором Э.Р. Агабабовой, пациентка набирала 10 баллов (псориаз кожи: +5, артрит ДМФС пальцев кистей: +5, багрово-синюшное окрашивание кожи над пораженными суставами: +5, РФ-положительность: -5), что соответствовало диагнозу вероятного ПсА.

С другой стороны, по критериям Американской коллегии ревматологов (ACR) 1987 г. у больной определялось 5 признаков: 1) артрит трех и более суставных областей, 2) артрит суставов кистей (лучезяпестных суставов), 3) симметричный артрит, 4) РФ+, 5) рентгенологические изменения (эрозии, значительный околоуставной остеопороз пораженных суставов). Для подтверждения диагноза РА достаточно 4 признаков из 7.

По критериям ACR/Европейской антиревматической лиги (EULAR), 2010 г. пациентка набирала максимальное количество баллов – 10: А. Припухлость и/или болезненность >10 суставов (как минимум один мелкий сустав), исключая ДМФС, I ПлФС и I запястно-пястные суставы – 5 баллов. В. РФ и антитела к циклическому цитруллинированному пептиду (АЦЦП) высокопозитивны – 3 балла. С. Повышение СОЭ/СРБ – 1 балл. D. Длительность синовита >6 нед – 1 балл. Для подтверждения диагноза РА достаточно 6 баллов.



Рис. 10. Рентгенография стоп (прямая проекция): немногочисленные кистовидные просветления в головках плюсневых костей. Эрозия основной фаланги I пальца левой стопы (стрелка). Костная пролиферация

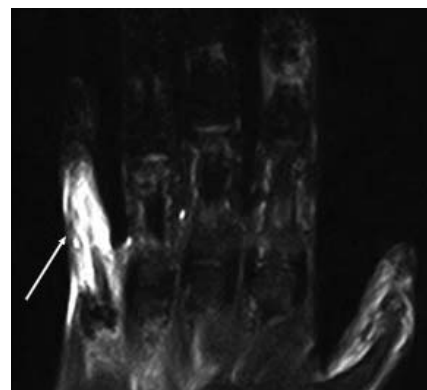
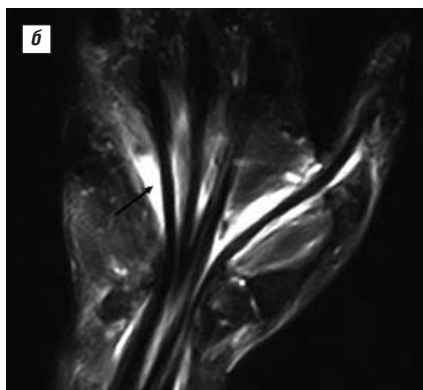
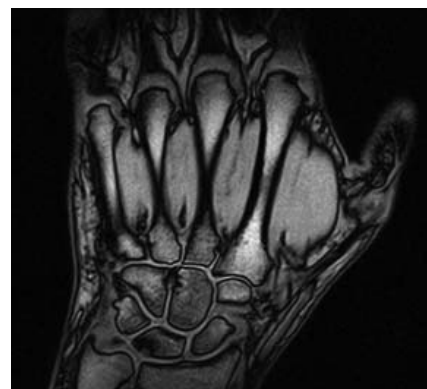


Рис. 11. МРТ правой кисти: а – эрозии головок I, III, V пястных костей (стрелки), б – тендовагиниты сгибателей пальцев, множественные синовиты (черная стрелка), отек мягких тканей V пальца (белая стрелка)

На основании анализа полученных данных пациентке был поставлен следующий диагноз: ревматоидный артрит, серопозитивный, очень ранняя стадия, эрозивный (рентгенологическая стадия Пв), высокая активность (DAS28=6,62), АЦЦП (+), III функциональный класс. Псориаз, ладонно-подошвенная форма.

Динамическое наблюдение позволило подтвердить поставленный диагноз: через 3 мес, несмотря на активное лечение (НПВП, базисные противовоспалительные препараты), у больной появились ревматоидный узелок в области правого локтя, симметричный артрит проксимальных межфаланговых суставов и ПФС кистей, сохранялась высокая клиническая и лабораторная активность (см. таблицу).

Обсуждение

Данное исследование было проведено с целью определения распространенности ПсА и характера поражения костно-суставного аппарата у больных псориазом по данным скринингового опросника PEST и критериев CASPAR [14].

У 30 из 53 (56,6%) пациентов с ПсА диагноз поставлен впервые. Это несколько больше, чем в исследовании М. Нагооп и соавт. [14], которые зафиксировали впервые установленный диагноз ПсА у 29%. Следует отметить, что в этом исследовании, как и у наших больных, тяжесть и распространенность поражения кожи у пациентов с ПсА и без ПсА значимо не отличалась и псориаз ногтей у пациентов с ПсА встречался значимо чаще ($p=0,041$). М. Radtke и соавт. [15] показали, что псориаз ногтей является предиктором тяжелого течения псориаза и увеличивает вероятность ПсА до 70–80%. V. Azevedo и соавт. [16] также показали взаимосвязь между развитием псориаза ногтей и ПсА, в особенности в сочетании с наследственным фактором.

Впервые нами выявлено, что скрининговый опросник PEST позволяет отобрать когорту пациентов, главным образом, с ранним ПсА (до 2 лет), что может иметь большое значение для дальнейшего обследования ревматологом и выбора адекватной терапии. Недавно М. Нагооп и соавт. [17] доказали высокую значимость раннего обращения больных псориазом к ревматологу для выявления ПсА. В группе из 283 пациентов с псориазом они показали, что при диагностической задержке даже в 6 мес от возникновения первых симптомов

на рентгенограмме уже видны признаки эрозий, что ухудшает КЖ и дальнейший прогноз заболевания.

Таким образом, наше исследование демонстрирует, что опросник mPEST в большинстве случаев позволяет своевременно выявить пациентов с ПсА на ранней стадии и направить их на консультацию к ревматологу для проведения клинко-инструментального обследования и уста-

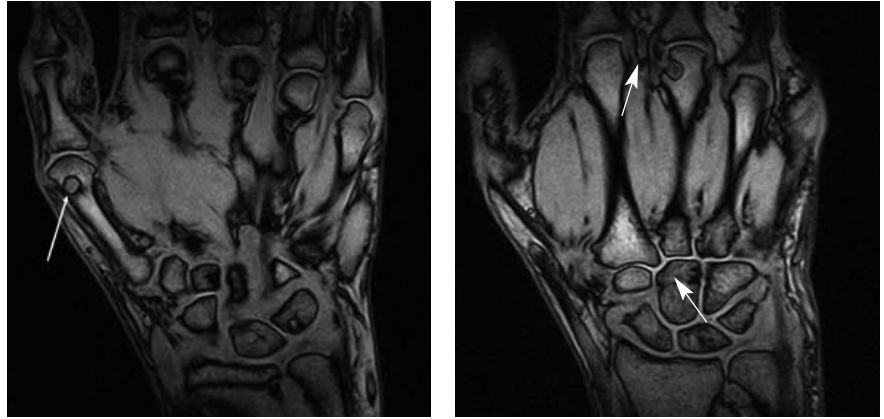


Рис. 12. МРТ левой кисти: эрозия головок I и III пястных костей и головчатой кости (стрелки), тендовагиниты сгибателей пальцев

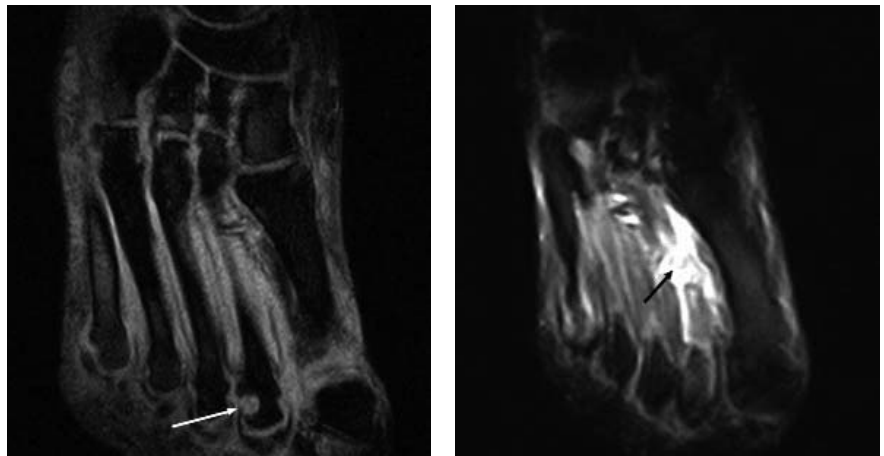


Рис. 13. МРТ правой стопы: эрозия головки II плюсневой кости (белая стрелка), тендовагинит (черная стрелка)

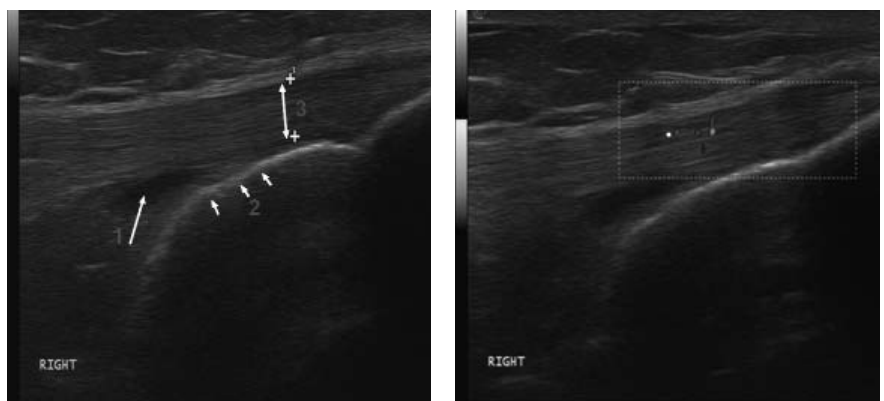


Рис. 14. УЗИ правого коленного сустава: а – глубокий инфрапателлярный бурсит дистального отдела собственной связки надколенника, большеберцовая кость; б – снижение эхоплотности и васкуляризация

Результаты исследования

Показатель	Значение
Гемоглобин	106 г/л
СРБ	131,0 мг/л
РФ IgM	193,0 МЕ/мл
АЦЦП	>200 Ед/мл
HLA-B27	Положительный
СОЭ (по Вестергрену)	87 мм/ч

новления точного диагноза, так как у больного псориазом может встречаться любое другое РЗ помимо ПсА, о чем свидетельствуют результаты нашей работы. Важность междисциплинарного взаимодействия дерматолога и ревматолога подтверждена в опубликованных недавно испанских рекомендациях по совместному скринингу и ведению пациентов с ПсА [18].

Таким образом, дифференциальная диагностика при поражении костно-суставного аппарата у больных псориазом основана на анализе данных комплексного обследования с применением скрининговых опросников, критериев CASPAR, УЗИ, МРТ, иммунологического исследования и др.

Одной из ключевых составляющих совершенствования дифференциальной диагностики у больных псориа-

зом в случае подозрения на ПсА является взаимодействие дерматологов, ревматологов, специалистов по лучевой диагностике.

Прозрачность исследования

Исследование проводилось в рамках выполнения научной темы «Оптимизация клинко-инструментальных методов диагностики в выявлении раннего псориатического артрита у больных псориазом», утвержденной на заседании Ученого совета факультета повышения квалификации медицинских работников РУДН от 19 июня 2012 г.

Исследование не имело спонсорской поддержки. Авторы несут полную ответственность за предоставление окончательной версии рукописи в печать.

Декларация о финансовых и других взаимоотношениях

Все авторы принимали участие в разработке концепции и дизайна исследования и в написании рукописи. Окончательная версия рукописи была одобрена всеми авторами. Авторы не получали гонорар за исследование, лекции или гранты по теме исследования.

Благодарности

Настоящее исследование было представлено в виде тезисов на II Евразийском Конгрессе ревматологов 20–23 мая 2014 г., Москва.

ЛИТЕРАТУРА

- Gelfand J, Gladman D, Mease P, et al. Epidemiology of psoriatic arthritis in the population of the United States. *J Am Acad Dermatol*. 2005;53:573. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jaad.2005.03.046>.
- Christophers E. Psoriasis – epidemiology and clinical spectrum. *Clin Exp Dermatol*. 2001;26:314–20. DOI: <http://dx.doi.org/10.1046/j.1365-2230.2001.00832.x/>
- Garg A, Gladman D. Recognizing psoriatic arthritis in the dermatology clinic. *J Am Acad Dermatol*. 2010;63:733–48. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jaad.2010.02.061>.
- Taylor W, Gladman D, Helliwell P, et al. Classification criteria for psoriatic arthritis: development of new criteria from a large international study. *Arthritis Rheum*. 2006;54:2665–73. DOI: <http://dx.doi.org/10.1002/art.21972>.
- Coates L, Helliwell P. Validation of minimal disease activity criteria for psoriatic arthritis using interventional trial data. *Arthritis Care Res*. 2010;62(7):965–9. DOI: <http://dx.doi.org/10.1002/acr.20155>.
- Логонова ЕЮ, Коротаева ТВ. Ранний псориатический артрит. Научно-практическая ревматология. 2008;(6):47–55. [Loginova EYu, Korotaeva TV. Early psoriatic arthritis. *Nauchno-prakticheskaya revmatologiya = Rheumatology Science and Practice*. 2008;(6):47–55. (In Russ.)]. DOI: <http://dx.doi.org/10.14412/1995-4484-2008-490>.
- Красненко СО, Логонова ЕЮ, Коротаева ТВ, Смирнов АВ. Сравнительная характеристика данных магнитно-резонансной томографии, рентгенологического и клинического исследования кистей и стоп у больных с ранним псориатическим артритом. Научно-практическая ревматология. 2013;51(2):149–53. [Krasnenko SO, Loginova EYu, Korotaeva TV, Smirnov AV. Comparative characterization of the data of magnetic resonance imaging, X-ray and clinical studies of the hand and foot joints in patients with early psoriatic arthritis. *Nauchno-prakticheskaya revmatologiya = Rheumatology Science and Practice*. 2013;51(2):149–53. (In Russ.)]. DOI: <http://dx.doi.org/10.14412/1995-4484-2013-642>.
- Ibrahim G, Buch M, Lawson C, et al. Evaluation of an existing screening tool for psoriatic arthritis in people with psoriasis and the development of a new instrument: the Psoriasis Epidemiology Screening Tool (PEST) questionnaire. *Clin Exp Rheumatol*. 2009;27:469–74.
- Gladman D, Schentag CT, Tom BD, et al. Development and initial validation of a screening questionnaire for psoriatic arthritis: the Toronto Psoriatic Arthritis Screen (ToPAS). *Ann Rheum Dis*. 2009;68:497–501. DOI: <http://dx.doi.org/10.1136/ard.2008.089441>.
- Tinazzi I, Adami S, Zanolin EM, et al. The early psoriatic arthritis screening questionnaire: a simple and fast method for the identification of arthritis in patients with psoriasis. *Rheumatology (Oxford)*. 2012 Nov;51(11):2058–63. DOI: <http://dx.doi.org/10.1093/rheumatology/kes187>.
- Thomas C, Finlay A. The «handprint» approximates to 1% of the total body surface area whereas the 'palm minus the fingers' does not [letter]. *Br J Dermatol*. 2007;157:1080–1. DOI: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2133.2007.08183.x>.
- Langley R, Ellis C. Evaluating psoriasis with Psoriasis Area and Severity Index, Psoriasis Global Assessment, and Lattice System Physician's Global Assessment. *J Am Acad Dermatol*. 2004;51:563–9. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jaad.2004.04.012>.
- Fredriksson T, Pettersson U. Severe psoriasis—oral therapy with a new retinoid. *Dermatologica*. 1978;157(4):238–44. DOI: <http://dx.doi.org/10.1159/000250839>.
- Haroon M, Kirby B, FitzGerald O. High prevalence of psoriatic arthritis in patients with severe psoriasis with suboptimal performance of screening questionnaires. *Ann Rheum Dis*. 2012;0:1–5. DOI: <http://dx.doi.org/10.1136/annrheumdis-2012-201706>.
- Radtke M, Langenbruch A, Herberger K. Nail psoriasis as a severity indicator: results from the PsoReal study. *Patient Relat Outcome Meas*. 2011;2:1–6.
- Azevedo V, Buiar P. Risk factors and predictors of psoriatic arthritis in patients with psoriasis. *An Bras Dermatol*. 2013;88(2):233–36. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0365-05962013000200008>.
- Haroon M, Gallagher P, FitzGerald O. Diagnostic delay of more than 6 months contributes to poor radiographic and functional outcome in psoriatic arthritis. *Ann Rheum Dis*. 2014. DOI: <http://dx.doi.org/10.1136/annrheumdis-2013-204858>.
- Canete J, Dauden E, Queiro R. Recommendations for the coordinated management of psoriatic arthritis by rheumatologists and dermatologists: a delphi study. *Actas Dermosifiliogr*. 2014;105:216–32.