

Псориатический артрит: клинико-лабораторная характеристика ранней стадии

Т.К.Логинова, Н.А.Шостак, А.А.Клименко, А.А.Кондрашов, Д.В.Бухтояров

Российский государственный медицинский университет,
кафедра факультетской терапии им. акад. А.И.Нестерова лечебного факультета, Москва
(зав. кафедрой – проф. Н.А.Шостак)

Были обследованы 85 пациентов в возрасте 17–65 лет с ранним ПсА с длительностью от 3 мес до 1 года. Оценивалась боль согласно визуальной аналоговой шкале (ВАШ), а также определялся индекс активности заболевания (DAS3) и индекс Ли. Использовались диагностические критерии, разработанные Институтом ревматологии РАМН в 1989 г. Была показана недостаточная чувствительность существовавших диагностических критериев для диагностики раннего ПсА и определены самые типичные диагностические признаки и симптомы раннего ПсА.

Ключевые слова: псориаз, псориатический артрит, ранний псориатический артрит

Psoriatic arthritis: the clinical-laboratory characteristic of an early stage

T.K.Loginova, N.A.Shostak, A.A.Klimenko, A.A.Kondrashov, D.V.Bukhtoyarov

Russian State Medical University, Department of Facultative Therapy
named after Acad. A.I.Nesterov of Medical Faculty, Moscow
(Head of the Department – Prof. N.A.Shostak)

The aim of the investigation was to define the most important signs and symptoms of early psoriatic arthritis (PsA) according to clinical, laboratory and instrumental methods. We examined 85 patients at the age from 17 to 65 years with early PsA from 3 months to 1 year duration. We defined pain according to Visual Analogue Scale (VAS); also Disease Activity Index (DAS3) and Lee index were determined. There were used diagnostic criteria developed in Rheumatology Scientific Institute of Russian Academy of Medical Sciences in 1989. We showed lack of sensitivity of existed diagnostic criteria for early PsA and determined the most typical diagnostic signs and symptoms for early PsA.

Key words: psoriasis, psoriatic arthritis, early psoriatic arthritis

Ранние признаки псориатического артрита (ПсА) часто не являются специфичными, что приводит к диагностическим ошибкам. Известно, что для ПсА разработаны диагностические критерии, которые объективно характеризуют период развернутых клинических проявлений и недостаточно чувствительны на ранних стадиях.

Для диагностики ранних стадий ПсА определенное значение имеет обнаружение псориатического дерматита. Сложности выявления псориаза обусловлены незначительной выраженностью или неправильной оценкой кожных проявлений, которые иногда трактуются как аллергический или какой-либо другой дерматит, а также недостаточно тщательным обследованием пациента [1].

Четкой зависимости между выраженностью кожного и суставного процессов не выявлено. Описаны одновременное

поражение суставов и кожи, а также случаи развития ПсА без кожных проявлений. Последний вариант представляет значительные трудности в распознавании, так как псориатический дерматит может развиваться в разные сроки после начала ПсА [2–4].

Предметом исследования явилось совершенствование диагностики раннего периода ПсА на основе клинических, лабораторных и инструментальных показателей.

Был проведен анализ наиболее значимых проявлений ранней стадии ПсА по клиническим, лабораторно-инструментальным показателям и оценены особенности раннего ПсА у больных женского и мужского пола.

Работа выполнялась на кафедре факультетской терапии им. акад. А.И.Нестерова лечебного факультета РГМУ на базе Городской клинической больницы № 1 им. Н.И.Пирогова.

Пациенты и методы

Были обследованы 85 больных с ПсА (средний возраст $42,03 \pm 10,23$ года), общая характеристика которых представлена в табл. 1.

Из существующих в настоящее время классификаций ПсА нет общепринятой. В своей работе мы использовали

Для корреспонденции:

Логинова Татьяна Константиновна, доктор медицинских наук, доцент кафедры факультетской терапии им. акад. А.И.Нестерова лечебного факультета Российского государственного медицинского университета

Адрес: 119049, Москва, Ленинский пр-т, 8, корп. 10

Телефон: (495) 236-9905

E-mail: shostakkaf@yandex.ru

Статья поступила 04.05.2009 г., принята к печати 10.06.2009 г.

Таблица 1. Общая характеристика обследованных больных (n = 85)

Характеристика больных		Число больных абс., чел. %	
Пол	Женский	53	62,3
	Мужской	32	37,6
Возраст, лет	16–39	36	42,3
	40–59	45	52,5
	60 и больше	4	4,7
Длительность болезни, месяцы	≤ 3	16	18,8
	≤ 6	17	20
	≤ 12	22	25,9
	> 12	30	35,3

классификацию ПсА, разработанную проф. В.В.Бадюкиным (1995), в которой достаточно объективно и подробно отражена характеристика суставного и кожного синдромов. Диагноз раннего ПсА основывался на критериях, разработанных НИИ Ревматологии РАМН (1989 г.).

Оценка интенсивности болевого синдрома при ПсА проводилась по 10-сантиметровой визуальной аналоговой шкале (ВАШ), активность заболевания – по DAS 3 (Disease

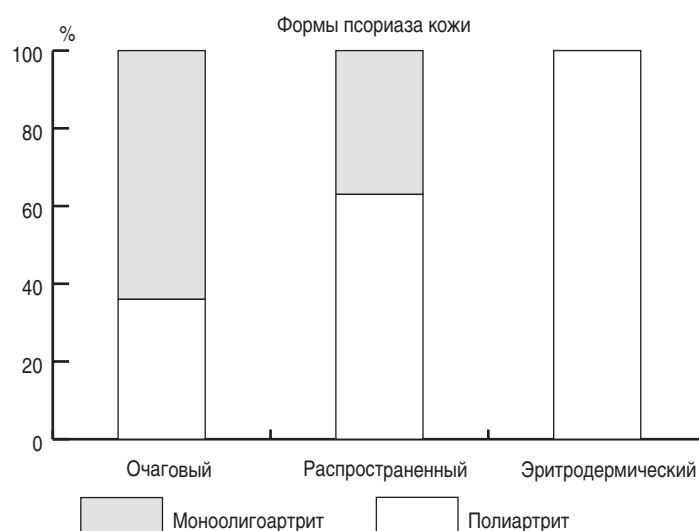


Рис. 1. Частота встречаемости моноолиго- и полиартрита в зависимости от варианта поражения кожи.

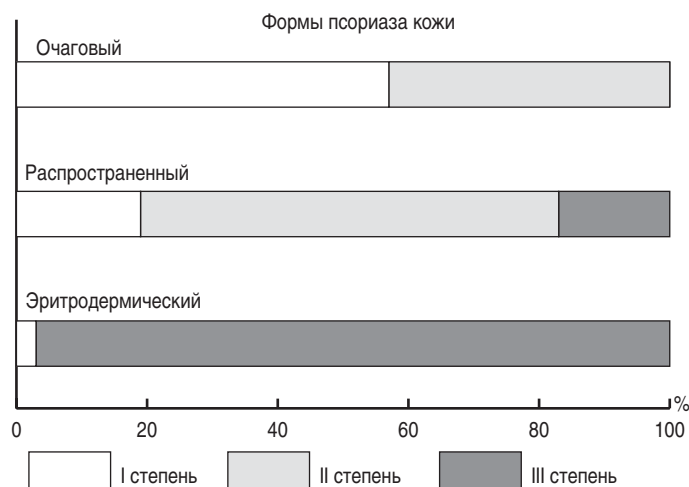


Рис. 2. Распределение больных с различной степенью активности ПсА в зависимости от формы кожного псориаза.

Activity Score), для оценки функциональной активности пациента использовался тест Ли.

Статистическая обработка данных проводилась в программе Statistica 6,0. Использовались методы описательной статистики: количество случаев – n, среднее значение – M, стандартное отклонение – σ, минимум, максимум, медиана – Me. Для сопоставления в случае нормального распределения использовался критерий Стьюдента (t-тест), при ненормальном – критерий Манна–Уитни.

Результаты исследования и их обсуждение

ПсА в большинстве случаев возникал на фоне разнообразных форм кожного псориаза. Чаще встречалась очаговая форма вульгарного псориаза (60%), у 3 пациентов ПсА развивался одновременно с тяжелой эритродермией. В 8 случаях кожный псориаз возник уже на фоне ПсА. Длительность псориаза колебалась в широких пределах (от нескольких дней до 30 лет).

Моноолигоартрит был у 56,5% обследованных, полиартрит – у 43,5%, преобладало медленно прогрессирующее течение болезни с преимущественно I и II степенью активности.

Отягощенная по псориазу наследственность отмечена у 18 (21,2%) больных.

Чаще кожный псориаз предшествовал началу ПсА, однако у 9,4% отмечалось одновременное появление кожного и суставного синдромов, а у 7,1% больных ПсА возник раньше поражения кожи. Наблюдалась определенная зависимость между характером кожных и суставных поражений в дебюте ПсА (рис. 1, 2).

На фоне очагового псориаза чаще возникал моноолигоартрит (64% больных) с умеренной степенью активности (I, II степень). При распространенном псориазе было больше случаев полиартрита (63%), причем у 17% больных диагностирована III степень активности ПсА.

Оценка наиболее значимых клинических проявлений раннего ПсА показала (табл. 2), что болевой синдром в суставах наблюдался у всех пациентов в основном слабой и умеренной интенсивности (48,2%; 43,5%). Характерным также был болевой синдром в позвоночнике, преимущественно в пояснично-крестцовом отделе (31,8% больных), а также пяточных областях (17,6% больных). Утренняя скованность, в отличие от РА, чаще не превышала 30 мин, хо-

Таблица 2. Клинические проявления раннего ПсА

Симптомы		Число пациентов (n = 85) абс., чел. %	
Выраженность боли по ВАШ (см)	1 ≤ 4	41	48,2
	> 4 ≤ 7	37	43,5
	> 7 до 10	7	8,2
Боль и скованность в позвоночнике:	шейно-грудной отдел	11	12,9
	пояснично-крестцовый отдел	27	31,8
Талалгия, ахиллодния		15	17,6
Повышение температуры тела	до 37,5°C	35	41,2
	> 37,5°C	4	4,7
Утренняя скованность	до 30 мин	40	47,1
	> 30 мин ≤ 60 мин	19	22,4
	> 60 мин	7	8,2
Снижение массы тела		17	20,0
Багрово-синюшное окрашивание кожи над пораженными суставами		12	14,1
«Сосискообразная» деформация пальцев стоп		9	10,6

тя в отдельных случаях длилась больше 60 мин (8,2% больных).

В начальном периоде чаще вовлекались суставы нижних конечностей (коленные, ДМФС, голеностопные), суставы верхних конечностей, в отличие от РА, поражались реже (рис. 3).

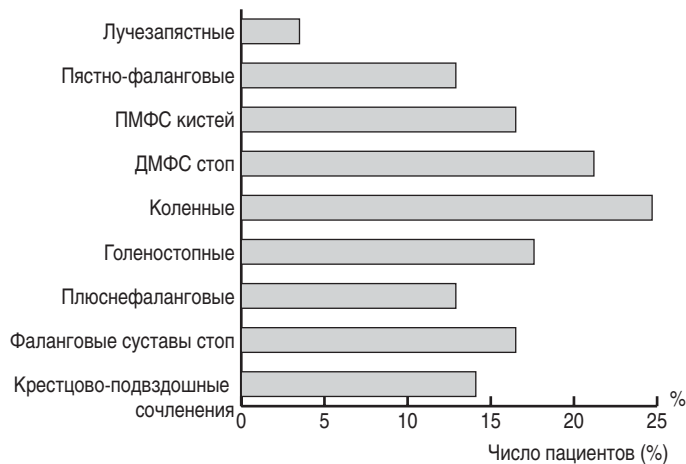


Рис. 3. Локализация поражения суставов в начальном периоде ПсА.

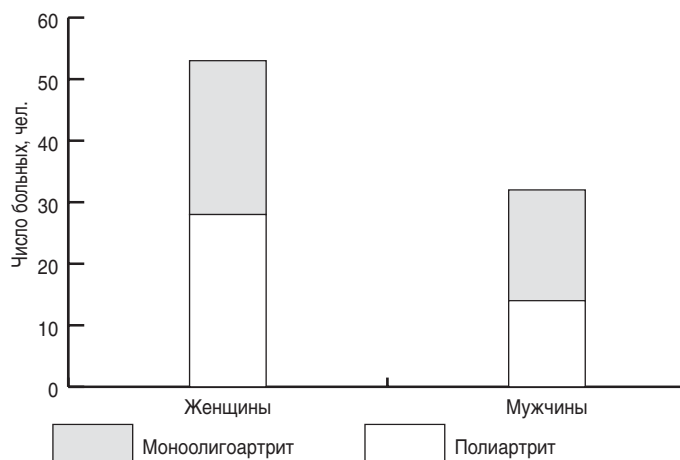


Рис. 4. Характеристика суставного синдрома на ранней стадии ПсА в зависимости от пола.

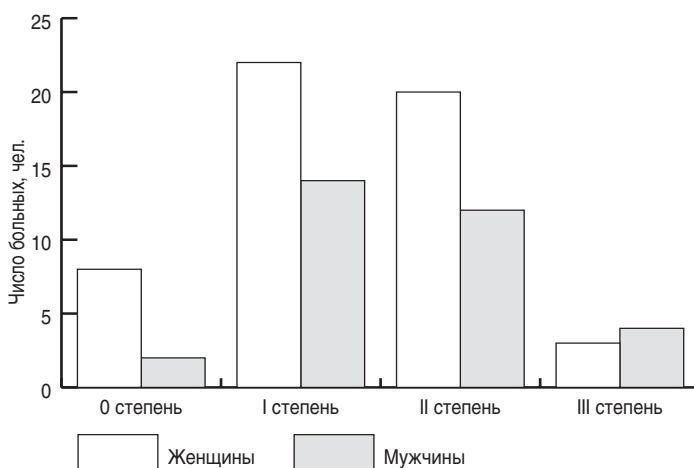


Рис. 5. Выраженность степени активности ПсА в зависимости от пола.

По мере прогрессирования заболевания у 67% больных отмечалась тенденция к формированию полиартрита, напоминая РА.

Анализ варианта суставного синдрома при раннем ПсА в зависимости от пола показал, что моноолигоартрит и сакроилеит чаще возникали у пациентов мужского пола (56,3%). Как в группе мужчин, так и в группе женщин преобладала умеренная (I и II степень) активность. Однако высокая активность артрита наблюдалась чаще среди мужчин (12,5%), чем среди женщин (5,7%) (рис. 4, 5).

Анализ показателей суставного синдрома выявил достоверно более высокие значения боли по ВАШ у пациентов мужского пола (табл. 3). Значения индекса DAS 3, утренней скованности и теста Ли достоверно не различались.

При анализе лабораторных показателей (табл. 4) следует отметить, что среди мужчин и женщин имели место умеренное повышение СОЭ (28 мм/ч у женщин и 22,5 мм/ч у мужчин), циркулирующих иммунных комплексов (ЦИК) ($67,43 \pm 28,34$ ед. и $70,06 \pm 28,79$ ед. соответственно), отрицательные значения ревматоидного фактора (РФ). В обеих группах отмечено повышение уровня АСЛ-О ($337,7 \pm 103,80$ ед. и $348,37 \pm 108,75$ ед.), что достоверно превышало нормальные показатели, однако значимых различий перечисленных лабораторных параметров у пациентов женского и мужского пола при раннем ПсА не выявлено.

Также вне зависимости от длительности ПсА отмечено снижение содержания CD3 лимфоцитов. Кроме того, выявлено достоверное повышение уровня CD16 и CD29 при более длительном течении ПсА.

Выводы

1. Комплексное клинико-инструментальное обследование пациентов позволило выявить наиболее характерные признаки раннего периода псориатического артрита: в доклиническом периоде – боль в нижнем отделе спины (19,8% больных), талалгия или ахиллоденция (17,6%); зависимость между характером кожных и суставных проявлений: у 64,2% больных очаговым псориазом поражение суставов начиналось с моноолигоартрита, у 57,8% больных распространенным псориазом – с полиартрита.

Таблица 3. Показатели суставного синдрома у пациентов женского и мужского пола при раннем ПсА

Показатель	Число больных	
	женщины (n = 53)	мужчины (n = 32)
Утренняя скованность (минуты)	30 (10; 60)	20 (0; 60)
Тест Ли	10 (6; 14,5)	10 (7; 17)
Индекс DAS 3	$2,67 \pm 1,04$	$2,69 \pm 0,9$
Боль по ВАШ (баллы)	$4,72 \pm 1,41$	$6,0 \pm 1,43^*$

* $p < 0,05$

Таблица 4. Лабораторные показатели при раннем ПсА в зависимости от пола

Лабораторные показатели	Число больных	
	женщины (n = 53)	мужчины (n = 32)
Гемоглобин (г/л)	$119,32 \pm 16,95$	$129,22 \pm 18,69$
СОЭ (мм/ч)	28 (13;36)	22,5 (15;32)
СРБ (мм)	0 (0;2)	1 (0;2)
ЦИК (отн. ед)	$67,4 \pm 28,34$	$70,06 \pm 28,79$
АСЛ-О (отн. ед)	$337,74 \pm 103,80$	$348,37 \pm 108,75$

2. Течение ранней фазы заболевания у пациентов мужского пола отличалось достоверно более высокими значениями степени активности, показателя боли по ВАШ ($p < 0,05$).

Литература

1. Бадюкин В.В. К вопросу о классификации псориатического артрита // Клин. ревматол. – 1995. – №1. – С.53–56.
2. Бадюкин В.В. Особенности течения злокачественной формы псориатического артрита // Врач. – 1999. – №5. – С.9–11.
3. Логинова Т.К., Шостак Н.А., Магай М.П. Ранний псориатический артрит – клинические особенности. Новые подходы к лечению // Вестник РГМУ. – 2005. – №.8 – С.23–26.
4. Shostak N.A., Klimenko A.A. Current approaches to diagnosis and treatment of psoriatic arthritis (review) // Ter. Arkh. – 2008. – V.80 (10). – P.82–87.

Информация об авторах:

Шостак Надежда Александровна, доктор медицинских наук, профессор, заведующая кафедрой факультетской терапии им. акад. А.И.Нестерова лечебного факультета Российского государственного медицинского университета

Адрес: 119049, Москва, Ленинский пр-т, 8, корп. 10

Телефон: (495) 236-9905

E-mail: shostakkaf@yandex.ru

Клименко Алеся Александровна, кандидат медицинских наук, ассистент кафедры факультетской терапии им. акад. А.И.Нестерова лечебного факультета Российского государственного медицинского университета

Адрес: 119049, Москва, Ленинский пр-т, 8, корп. 10

Телефон: (495) 236-9920

E-mail: shostakkaf@yandex.ru

Кондрашов Артем Александрович, студент VI курса лечебного факультета Российского государственного медицинского университета

Адрес: 119049, Москва, Ленинский пр-т, 8, корп. 10

Телефон: (495) 236-9905

Бухтояров Дан Владимирович, студент VI курса лечебного факультета Российского государственного медицинского университета

Адрес: 119049, Москва, Ленинский пр-т, 8, корп. 10

Телефон: (495) 236-9905

ИСТОРИЯ КАФЕДРЫ В ЛИЦАХ

ЛАНГОВОЙ Алексей Петрович (1856–1939) – терапевт, доктор медицины, приват-доцент, один из ближайших учеников А.А.Остроумова, профессор Московского университета. С 1922 г. по 1924 г. он заведует Факультетской терапевтической клиникой медицинского факультета 2-го Московского государственного университета, гласный Московской городской думы, коллекционер русской живописи (до 1917 г. в его коллекции насчитывалось свыше 150 работ).

Основой научной тематики кафедры в тот период были клинические проблемы болезней желудка, печени, почек. Талантливый ученый и врач, А.П.Ланговой ввел прогрессивный термин «септический эндокардит» вместо использовавшегося «злокачественный эндокардит». Ланговому принадлежит и первое описание «узелкового полиартериита».

А.П.Ланговой был также страстным охотником, занимался цветоводством: в центре Москвы выращивал 150 видов орхидей, рододендроны, камелии, о чем также написал книгу. Серьезным увлечением Алексея Петровича было коллекционирование картин русских художников. Он считается весьма авторитетным экспертом: в 1903 г. И.Е.Репин предложил наряду с В.М.Васнецовым, В.Д.Поленовым, И.С.Остроуховым, В.А.Серовым включить А.П.Лангового в Комиссию по приобретениям для Третьяковской галереи, а в 1913 г. Алексей Петрович вошел в Совет галереи. Он сблизился со многими выдающимися художниками, оказывал врачебную помощь И.И.Левитану, В.А.Серову и др.

