

Выявляемость периферических и аксиальных проявлений псориатического артрита у больных псориазом в дерматологической практике

Чамурлиева М.Н., Логинова Е.Ю., Коротаева Т.В.

ФГБНУ «Научно-исследовательский институт ревматологии им. В.А. Насоновой», Москва, Россия.
115522, Москва, Каширское шоссе, 34А

Псориатический артрит (ПсА) — гетерогенное заболевание, проявляющееся периферическим артритом, дактилитом, спондилитом и энтезитом. Часто ПсА не диагностируется дерматовенерологами из-за трудности определения разнообразных клинических признаков. Ранняя диагностика ПсА и правильная оценка всех его симптомов необходимы для своевременного выбора оптимальной терапии.

Цель исследования — оценить выявляемость клинических признаков ПсА у больных псориазом в дерматологической практике.

Пациенты и методы. В исследование включено 103 пациента (47 мужчин и 56 женщины) с псориазом, средний возраст — $44,0 \pm 13,7$ года, средняя длительность псориаза $10,7 \pm 10,2$ года, среднее значение распространенности и тяжести BSA и PASI — $9,3 \pm 13,6\%$ и $15,4 \pm 12,5$ балла соответственно. Все пациенты заполняли скринирующий опросник mPEST и были осмотрены дерматовенерологом и ревматологом. Диагноз ПсА устанавливали на основании критериев CASPAR. Артрит, дактилит, энтезит, воспалительную боль в спине (ВБС) оценивали по ревматологическим стандартам: ВБС — по критериям ASAS, энтезит — по индексу LEI.

Результаты и обсуждение. У 61 (59,2%) из 103 пациентов с псориазом был выявлен ПсА на основании критериев CASPAR и осмотра ревматологом. Дерматовенеролог диагностировал артрит в значительно меньшем числе случаев по сравнению с ревматологом: соответственно у 15 (24,6%) и 35 (57,4%) из 61 пациента ($p < 0,001$). В клинической оценке дактилита дерматовенерологом и ревматологом значимых различий не отмечено — он выявлен соответственно у 37 (60,7%) и 40 (65,6%) из 61 пациента ($p = 0,32$). Дерматовенеролог на основании жалоб пациента и по данным mPEST зафиксировал боль в пяточной области у 32 (52,5%) больных. Энтезит локтевых, коленных суставов и пяточной кости обнаружен ревматологом у 11 (18%), 8 (13,1%) и 25 (41%) больных соответственно. Дерматовенеролог на основании жалоб и опросника mPEST выявил боль в спине у 30 (49,2%) из 61 пациента. Ревматолог диагностировал ВБС у 21 (70%) из этих 30 больных, а механическую боль в спине — у 9 (30%). Таким образом, ВБС отмечена у 34,4% больных ПсА. Тендинит не был диагностирован дерматовенерологом, ревматолог определил тендинит кисти у 13 (21,3%) из 61 пациента с ПсА.

Выводы. Поражение позвоночника и энтезисов у больных псориазом часто недооценивается дерматовенерологами. Внедрение критериев ASAS для ВБС и методов оценки энтезита в дерматологическую практику может улучшить раннюю диагностику аксиального поражения при ПсА у больных псориазом.

Ключевые слова: псориатический артрит; псориаз; артрит; дактилит; спондилит; энтезит; недостаточная диагностика.

Контакты: Мария Нугзаревна Чамурлиева; mchamurlieva@mail.ru

Для ссылки: Чамурлиева МН, Логинова ЕЮ, Коротаева ТВ. Выявляемость периферических и аксиальных проявлений псориатического артрита у больных псориазом в дерматологической практике. Современная ревматология. 2019;13(4):48–54.

Detectability of the peripheral and axial manifestations of psoriatic arthritis in patients with psoriasis in dermatological practice

Chamurlieva M.N., Loginova E.Yu., Korotaeva T.V.

V.A. Nasonova Research Institute of Rheumatology, Moscow, Russia
34A, Kashirskoe Shosse, Moscow 115522

Psoriatic arthritis (PsA) is a heterogeneous disease manifested by peripheral arthritis, dactylitis, spondylitis, and enthesitis. PsA is often undiagnosed by dermatovenerologists because of the difficulty in identifying a variety of clinical signs. The early diagnosis of PsA and the accurate assessment of all its symptoms are necessary for the timely choice of optimal therapy.

Objective: to assess the detectability of clinical signs of PsA in patients with psoriasis in dermatological practice.

Patients and methods. The investigation enrolled 103 patients (47 men and 56 women) (mean age, 44.0 ± 13.7 years) with psoriasis (its mean duration, 10.7 ± 10.2 years), the average prevalence and severity according to the Body Surface Area (BSA) and the Psoriasis Area and Severity Index (PASI) were $9.3 \pm 13.6\%$ and 15.4 ± 12.5 scores, respectively. All the patients completed the Psoriasis Epidemiology Screening Tool (mPEST) and were examined by a dermatovenerologist and a rheumatologist. The diagnosis of PsA was based on the Classification Criteria for Psoriatic Arthritis (CASPAR). The investigators evaluated arthritis, dactylitis, enthesitis, and inflammatory back pain (IBP) according to the rheumatological standards: IBP by the Assessment of SpondyloArthritis International Society (ASAS) criteria, and enthesitis by the Leeds Enthesitis Index (LEI).

Results and discussion. Sixty-one (59.2%) of the 103 patients with psoriasis were found to have PsA on the basis of the CASPAR criteria and the rheumatologist's examination. The dermatovenerologist diagnosed arthritis in a significantly smaller number of cases than did the rheumatologist: in 15 (24.6%) and 35 (57.4%) of the 61 patients ($p < 0.001$), respectively. The dermatovenerologist and the rheumatologist demonstrated no significant differences in their clinical evaluation of dactylitis: it was detected in 37 (60.7%) and 40 (65.6%) of the 61 patients, respectively ($p = 0.32$). Based on patient complaints and mPEST findings, the dermatovenerologist recorded pain in the calcaneal region in 32 (52.5%) patients. The rheumatologist identified ulnar, knee, and calcaneus enthesitis in 11 (18%), 8 (13.1%), and 25 (41%) patients, respectively. Based on complaints and mPEST findings, the dermatovenerologist detected back pain in 30 (49.2%) of the 61 patients. The rheumatologist diagnosed IBP in 21 (70%) of these 30 patients and mechanical back pain in 9 (30%). Thus, IBP was noted in 34.4% of PsA patients. Tendonitis was undiagnosed by the dermatovenerologist; the rheumatologist identified wrist tendonitis in 13 (21.3%) of the 61 patients with PsA. **Conclusion.** Dermatovenerologists frequently underestimate damage to the spine and entheses in patients with psoriasis. The introduction of the ASAS criteria for IBP and methods for assessing enthesitis in dermatological practice can improve the early diagnosis of axial lesion in PsA in patients with psoriasis.

Keywords: psoriatic arthritis; psoriasis; arthritis; dactylitis; spondylitis; enthesitis; insufficient diagnosis.

Contact: Maria Nugzarevna Chamurlieva; mchamurlieva@mail.ru

For reference: Chamurlieva MN, Loginova EYu, Korotaeva TV. Detectability of the peripheral and axial manifestations of psoriatic arthritis in patients with psoriasis in dermatological practice. *Sovremennaya Revmatologiya=Modern Rheumatology Journal*. 2019;13(4):48–54.

DOI: <http://dx.doi.org/10/14412/1996-7012-2019-4-48-54>

Псориатический артрит (ПсА) относят к группе периферических спондилоартритов (СпА), в клинической картине которых преобладает воспаление периферических суставов (артрит), энтезисов (энтезит), пальцев кистей и стоп (дактилит), сухожилий (теносиновит), а также аксиальных структур — тел позвонков (спондилит) и крестцово-подвздошных суставов — КПС (сакроилиит, СИ) [1].

По данным метаанализа F. Alinaghi и соавт. [2], частота выявления ПсА по критериям CASPAR (Classification criteria for psoriatic Arthritis) [3] у больных псориазом составляет 23,8%. В последние годы отмечается значительный рост заболеваемости ПсА, увеличение числа случаев его тяжелого течения, что приводит к выраженному ухудшению качества жизни, трудоспособности и ранней инвалидизации больных [4].

Одним из факторов, отрицательно влияющих на функциональные способности больных ПсА, является поздняя диагностика заболевания, в том числе в дерматологической практике. Действительно, в большинстве случаев ПсА развивается в среднем через 5–7 лет после начала псориаза, в связи с этим возрастает роль дерматовенеролога в раннем выявлении больных как с потенциальным риском развития заболевания, так и с его клиническими проявлениями [5, 6].

Несмотря на наличие предикторов развития ПсА у больных псориазом (инверсный псориаз, поражение волосяной части головы, псориаз ногтей, ожирение, табакокурение и др.) [7] и активное внедрение в дерматологическую практику скринирующих опросников, в 26,2% случаев ПсА остается нераспознанным [8].

Цель исследования — проанализировать выявляемость основных клинических признаков ПсА (артрита, дактилита, энтезита и спондилита) у больных псориазом в дерматологической практике.

Пациенты и методы. В исследование включено 103 пациента (47 мужчин и 56 женщин) с различными формами кожного псориаза. Средний возраст больных составил $44,0 \pm 13,7$ года, средняя продолжительность псориаза — $10,7 \pm 10,2$ года. Клиническую форму псориаза устанавливали в соответствии с общепринятой классификацией по кодам МКБ-10. У всех больных определяли наличие псориаза ногтевых пластин. Площадь псориатического поражения кожи оценивали по BSA (Body Surface Area, от 0 до 100%)

[9], тяжесть псориаза — по индексу PASI (Psoriasis Area and Severity Index, от 0 до 72 баллов) [10]. В дерматологической клинике все пациенты заполняли модифицированный скрининговый опросник PEST (modified Psoriasis Epidemiology Screening Tool, mPEST) [11], после чего их осматривал дерматовенеролог для выявления основных клинических симптомов ПсА. При mPEST ≥ 3 балла дерматовенеролог предполагал наличие ПсА, при mPEST < 3 баллов — отсутствие ПсА.

Все пациенты, независимо от присутствия жалоб на суставы и результатов скринингового опросника mPEST, были осмотрены ревматологом с целью оценки соответствия критериям CASPAR и проведения стандартного ревматологического обследования, в том числе с прицельным выявлением симптомов ПсА (артрит, дактилит, энтезит и спондилит).

Дерматовенеролог оценивал наличие энтезита на основании жалоб пациента на момент осмотра и его ответа на вопрос опросника mPEST: «Были ли у Вас когда-либо боли в пяточных областях?». Ревматолог проводил клинический осмотр энтезисов по индексу LEI (Leeds Enthesitis Index) в трех парных точках (справа и слева): латеральный надмышелок плечевой кости, медиальный мышелок бедренной кости, места прикрепления ахиллова сухожилия к пяточной кости. При пальпации указанных областей определялось наличие или отсутствие болезненности по градации: «да» — 1 балл или «нет» — 0 баллов. Максимальный счет для индекса LEI — 6 баллов [12]. Тендинит оценивался на основании пальпаторной болезненности по ходу сухожилий сгибателей пальцев во время осмотра.

Клинические признаки спондилита определял как дерматовенеролог, так и ревматолог: в первом случае — на основании жалоб и ответов на вопросы mPEST, касающиеся боли в спине, а во втором — по критериям воспалительной боли в спине (ВБС) ASAS (2009) [13].

Статистическая обработка данных была проведена с помощью программ Statistica (Data analysis software system, StatSoft 10, Inc. 2011) в среде Windows с использованием общепринятых методов параметрического и непараметрического анализа. Для оценки качественных признаков в группах осуществляли анализ таблиц сопряженности с использованием метода χ^2 Пирсона. Выявление зависимостей между переменными проводили путем вычисления значимых

О Р И Г И Н А Л Ь Н Ы Е И С С Л Е Д О В А Н И Я

Оценка клинических проявлений ПсА (n=61)
дерматовенерологом и ревматологом, n (%)

Клинические проявления ПсА	Дерматовенеролог	Ревматолог
Артрит*	15 (24,6)	35 (57,4)
Дактилит	37 (60,7)	40 (65,6)
Энтезит латерального надмышелка плечевой кости*	Не выявлено	11 (18)
Энтезит медиального мышелка бедренной кости*	Не выявлено	8 (13,1)
Энтезит ахиллова сухожилия*	Не выявлено	25 (41)
ВБС (как признак спондилита)*	Не выявлено	21 (34,4)
Тендинит*	Не выявлено	13 (21,3)

*p<0,001 при выявлении признаков ПсА дерматовенерологом и ревматологом.



Рис. 1. Кожные проявления псориаза и псориаз ногтей (BSA – 36%, PASI – 16,2)

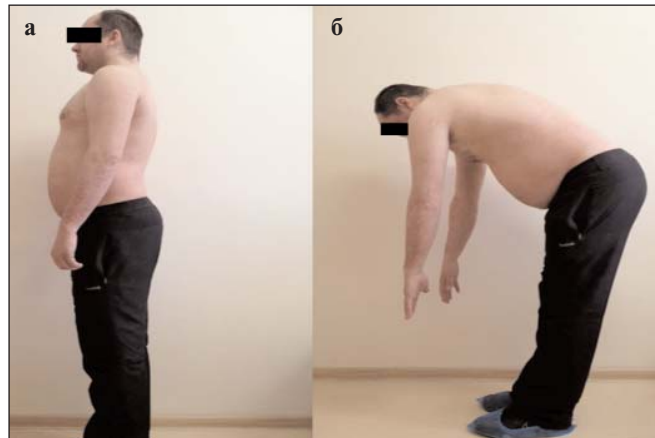


Рис. 2. Ограничение подвижности в поясничном отделе позвоночника (а, б)

коэффициентов корреляции по методу Спирмена. Различия считали статистически значимыми при $p < 0,05$. Данные представлены в виде среднего (М) ± стандартное отклонение либо медианы (Ме) [25-й; 75-й перцентили].

Результаты. У всех пациентов был выявлен псориаз умеренной распространенности и тяжести: средние значения индексов BSA и PASI составили $9,3 \pm 13,6\%$ и $15,4 \pm 12,5$ баллов соответственно. Из 103 пациентов у 39 (37,9%) был диагностирован вульгарный (обыкновенный, бляшечный) псориаз (L 40.0), у 24 (23,3%) – псориаз волосяной части головы (другой псориаз: себорейный; L.40.8), у 16 (15,5%) – ладонно-подошвенный псориаз (L 40.3), у 15 (14,6%) – псориаз сгибательных поверхностей

(другой псориаз: сгибательный инверсный; L 40.8), у 4 (3,9%) – патологический процесс по типу эритродермии (L40.8), у 3 (2,9%) – каплевидный псориаз (L40.4), у 2 (1,9%) – пустилезный псориаз (L 40.2).

Диагноз ПсА в соответствии с критериями CASPAR был установлен у 61 (59,2%) пациента. Во время клинического осмотра и по данным опросника mPEST дерматовенеролог отметил признаки артрита у 15 (24,6%) больных, что было значимо меньше, чем выявлено ревматологом, – 57,4% случаев ($p < 0,05$). Различия были обнаружены и при диагностике энтезита: дерматовенеролог диагностировал его

признаки у 52,5% больных, тогда как ревматолог – у 72,1%. При этом энтезит в области локтевых, коленных суставов и пяточной кости был выявлен у 11 (18%), 8 (13,1%) и 25 (41%) больных соответственно.

В то же время дактилит определен ревматологом и дерматовенерологом с одинаковой частотой: у 40 (65,6%) и 37 (60,7%) пациентов соответственно ($p = 0,32$).

Дерматовенеролог отметил наличие боли в спине у 30 (49,2%) больных ПсА, при этом не уточнялся характер боли (воспалительный или механический) и не применялись критерии ВБС. Из 30 пациентов с болью в спине у 21 (70%) ревматолог диагностировал ВБС, а у остальных 9 (30%) она носила механический характер. Таким образом, в общей группе больных ПсА частота выявления ВБС составила 34,4%.

На основании клинической оценки дерматовенерологом тендинит не был выявлен, хотя ревматологом он диагностирован у 13 (21,3%) пациентов (см. таблицу).

Представляем описание клинического случая, демонстрирующего позднюю диагностику в дерматологической практике поражения позвоночника у пациента с ПсА.

Пациент А., 28 лет, наблюдался у дерматовенеролога в течение 6 лет с диагнозом: распространенный бляшечный псориаз, псориазическая ониходистрофия, BSA – 36%, PASI – 16,2 (рис. 1). Лечение проводилось наружными средствами с временным положительным эффектом. За 6 мес до обращения к ревматологу появились жалобы на боль и припухлость суставов стоп, скованность и боль в спине. Ревматолог при осмотре больного установил, что боль в спине имеет хронический воспалительный характер. При этом ее первые эпизоды появились за несколько лет до консультации, в дебюте боль носила периодический характер, а в последние полгода стала постоянной с постепенным формированием ограничений в подвижности позвоночника (рис. 2). Ревматологом также были выявлены дактилит пальцев стоп, энтезит пяточных областей (LEI – 2 балла), артриты суставов нижних конечностей (голеностопных, мелких суставов стоп). Число болезненных суставов – 15, число припухших суставов – 13. Экскурсия грудной клетки – 2 см, модифицированный тест Шобера – 4 см, ротация в шейном отделе позвоночника – 200 с двух сторон.

Данные лабораторного обследования: HLA-B27 – положительный, ревматоидный фактор (РФ) – отрицательный, СОЭ – 35 мм/ч; СРБ – 90 мг/л. Отмечалась высокая активность заболевания (DAS 5,4, BASDAI 6,8).

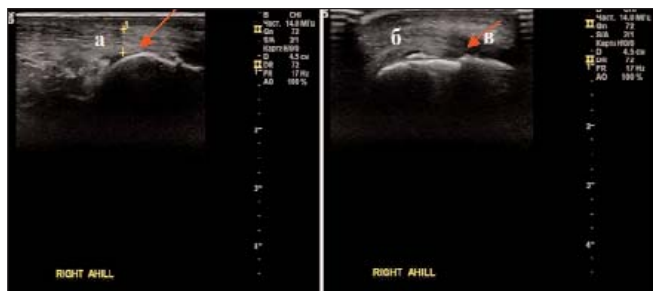


Рис. 3. УЗИ пяточных областей: поражение ахиллова сухожилия: утолщение (а, стрелка), кальцификаты (б), бурсит преахиллова сумки (в, стрелка)



Рис. 5. МРТ КПС в режиме STIR. Активный СИ слева (остеит, стрелка)



Рис. 7. Рентгенограмма дистальных отделов стоп: эрозивный полиартрит, костные пролиферации (стрелки)

При УЗИ пяточных областей выявлено утолщение ахиллова сухожилия до 10 мм (а) с наличием кальцификатов (б) и бурсита преахиллова сумки (в) (рис. 3).

При обзорной рентгенографии костей таза определялся двусторонний асимметричный СИ II стадии справа, III стадии слева (рис. 4), а при магнитно-резонансной томографии (МРТ) КПС в режиме подавления жира — активный СИ слева (остеит; рис. 5).



Рис. 4. Рентгенограмма таза. Асимметричный СИ II стадии справа, III стадии слева



Рис. 6. Сужение межпозвоночных промежутков C_{IV-V}, C_{V-VI} и дугоотростчатых суставов с анкилозом на уровне C_{IV-V} (стрелки)

На рентгенограммах шейного отдела позвоночника визуализировалось сужение межпозвоночных промежутков C_{IV-V}, C_{V-VI} и дугоотростчатых суставов с анкилозом на уровне C_{IV-V} (рис. 6). По данным МРТ и рентгенографии поясничного отдела позвоночника изменений не выявлено. На рентгенограммах дистальных отделов стоп определялись множественные эрозии, кистовидные просветления, костные пролиферации, периостит (рис. 7). Структурных изменений в кистях не обнаружено.

Таким образом, несмотря на небольшую длительность боли в суставах и позвоночнике, у пациента имелись деструктивные изменения в суставах стоп, анкилоз дугоотростчатых суставов шейного отдела позвоночника с формированием выраженных ограничений его подвижности, а также ограничение функции грудного и поясничного отделов.

На основании жалоб, объективного осмотра, данных инструментального обследования был установлен диагноз: ПСА —

О Р И Г И Н А Л Ь Н Ы Е И С С Л Е Д О В А Н И Я

эрозивный полиартрит III стадии, спондилит, HLA-B27-положительный, двусторонний асимметричный СИ II–III стадии (МРТ-активный), поражение всех отделов позвоночника (боль и ограничение движений, анкилоз CIV-V, подозрение на синдесмофит CIV), энтезопатии пяточных областей, высокая активность, функциональный класс 2-й степени. Псориаз бляшечный, распространенная форма, стационарная стадия. Псориатическая ониходистрофия. Диагноз соответствовал критериям CASPAR, пациент набирал 5 баллов из 5 возможных категорий: псориаз – 2 балла, псориатическая ониходистрофия – 1 балл, отрицательный РФ – 1 балл, признаки костной пролиферации по результатам рентгенографии – 1 балл.

Обсуждение. Как показали результаты исследования, выявление ряда специфических для ПсА клинических признаков вызывает у дерматовенеролога трудности. Лучше диагностируется дактилит и реже – артрит, т. е. клинические проявления, которые позволяют с высокой степенью вероятности заподозрить наличие ПсА у больного псориазом. Однако распознавание таких симптомов ПсА, как энтезит, спондилит и тендинит, требует дополнительной специальной подготовки дерматовенеролога и его тесной кооперации с ревматологом. Важность выявления этих симптомов определяется не только их ролью в развитии ПсА, но и влиянием на прогноз заболевания. Так, энтезит и дактилит тесно связаны с деструктивными изменениями суставов и, соответственно, с тяжестью заболевания. Клинический осмотр позволяет выявить болезненность в области энтезиса, а УЗИ и МРТ особенно информативны у пациентов с субклиническим течением ПсА. Несвоевременность обнаружения данных признаков приводит к более позднему назначению лечения, что может способствовать необратимому повреждению суставов и ухудшению качества жизни больных. В связи с этим зарубежные авторы рекомендуют дерматовенерологам более тщательно наблюдать пациентов с псориазом и на этапе первых проявлений ПсА обязательно направлять их к ревматологу [14].

Поражение осевого скелета при раннем ПсА часто протекает клинически малосимптомно. ВБС нередко носит преходящий, эпизодический характер, что является причиной ее недостаточной диагностики. В то же время при МРТ КПС у половины этих пациентов уже определяются активные воспалительные изменения (остеит), а у трети при рентгенографии – достоверный СИ [15].

В настоящее время частота спондилита при ПсА широко варьируется, что связывают как с недостаточной диагностикой, так и с отсутствием общепринятых критериев аксиального ПсА. Так, при раннем ПсА (средняя длительность 6,5 мес) аксиальные поражения встречаются в 17% случаев [16]. К. De Vlam и соавт. [17], обследовав когорту больных ПсА (n=461), включенных в регистр BEPAS (Belgian Epidemiological Psoriatic Arthritis Study), отметили, что изолированное аксиальное поражение (так называемый чистый спондилит) выявлялось редко – только в 0,7% случаев, при этом у большинства пациентов (73,7%) спондилит сочетался с признаками воспалительного процесса в периферических суставах, ВБС, установленная в соответствии с Берлинскими критериями [18], имела у 34,1% и была более распространена среди женщин, чем среди мужчин (40,5% против 28,9%; p=0,007) [19].

В нашем исследовании боль в позвоночнике, согласно опросу и результатам анкетирования, выявлена у 49,2% па-

циентов, при этом ее характер был уточнен только в ходе ревматологического осмотра. Так, из 103 пациентов у 34,4% выявлена ВБС, а у 14,8% – невоспалительная или механическая боль в спине. С нашей точки зрения, это свидетельствует о необходимости внедрения критериев ASAS в практику дерматовенерологов, а также разработки новых скрининговых опросников, в которых учитывался бы не только сам факт наличия боли в спине, но и ее характер. Кроме того, результаты нашей работы подчеркивают важность проведения дифференциальной диагностики боли в спине у больных псориазом с целью предотвращения возможных диагностических ошибок и назначения неадекватной терапии, включая применение генно-инженерных биологических препаратов (ГИБП) [20]. U. Kiltz и соавт. [21] отмечают ряд причин, которые могут вызвать сходный симптомокомплекс, сопровождающийся болью в спине: новообразование, анкилоз, гиперкифоз, переломы позвонков, субарханоидальные кисты, грыжи дисков, стеноз позвоночного канала, фибромиалгия и др. Так как поражение осевого скелета у больных псориазом может длительно протекать с минимальными клиническими проявлениями, более широкое внедрение в клиническую практику стандартных инструментальных методов обследования, таких как рентгенография и МРТ, будет способствовать раннему выявлению аксиальных проявлений ПсА. Как показали Е.Е. Губарь и соавт. [22], у 23,8% пациентов с данным заболеванием структурные изменения КПС сформировались без предшествующей клинической картины ВБС. По нашему мнению, проведение МРТ КПС и позвоночника с использованием режима подавления жира, с целью поиска активных воспалительных изменений, особенно актуально у больных псориазом, имеющих ВБС. Необходимость такого обследования подтверждает представленный нами клинический случай.

Как было указано выше, основной причиной обращения пациента к врачу стал артрит суставов нижних конечностей, а не спондилит, который, очевидно, протекал субклинически в течение нескольких лет. Между тем своевременная диагностика спондилита крайне важна, поскольку поражение позвоночника рассматривается как фактор неблагоприятного прогноза ПсА, который существенно влияет на выбор лечения, в том числе ГИБП. По данным ряда крупных наблюдательных исследований, спондилит чаще выявляется у носителей HLA-B27-антигена и ассоциируется с развитием эрозивного артрита, энтезита и более тяжелого псориаза ногтей по индексу NAPS (Nail Psoriasis Severity Index) [23, 24]. Однако авторы этих работ отмечают, что позитивность по HLA-B27-антигену не может быть обязательным признаком развития спондилита при ПсА, так как частота его при этом заболевании составляет 40–50%. Таким образом, сочетание тяжелого псориаза ногтей с энтезитом и эрозивным артритом должно настораживать как ревматолога, так и дерматовенеролога в отношении высокого риска развития спондилита у пациента с ПсА, особенно при выявлении у него HLA-B27-антигена.

Особого внимания заслуживают данные о диагностике энтезита у пациентов с псориазом. В нашем исследовании поражение энтезисов различной локализации, преимущественно пяточных областей, выявлено более чем в 70% случаев, причем только ревматологом. Полученные результаты согласуются с материалами ранее проведенных исследований, в которых была обнаружена высокая частота энтезита

ОРИГИНАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

у больных псориазом даже при отсутствии у них признаков артрита [25]. Необходимо указать, что в соответствии с концепцией, разработанной D. McGonagle и соавт. [26], первичное воспаление при СПА, в том числе при ПсА, возникает в области так называемого синовиально-энтезиального органа, являющегося уникальной гистологической структурой, представленной постепенным переходом сухожилия в кость посредством хрящевой зоны, препятствующей разрыву сухожилия в области сухожильно-костного перехода. По мнению авторов, возникшее в области энтезиального органа воспаление далее распространяется на суставы. Поэтому в настоящее время псориагическое поражение ногтей считают проявлением энтезита прилежащих к ногтевой пластине сухожильных структур и рассматривают в качестве специфического маркера развития ПсА, который может обнаруживаться задолго до появления его первых клинических признаков. В недавнем исследовании A. Marchesoni и соавт. [27] показано, что раннее выявление энтезита существенно меняет прогноз и тактику лечения ПсА.

Таким образом, полученные нами данные показали недостаточную осведомленность дерматовенерологов о таких клинических признаках ПсА, как артрит, энтезит и ВБС. Учитывая отсутствие сегодня специфических лабораторных маркеров, которые могли бы упростить диагностику ПсА, в перспективе необходимо проводить междисциплинарные обучающие программы для широкого круга специалистов, вовлеченных в курацию этих больных. Актуальность таких программ подтверждается созданием междисциплинарных консенсусов, основной целью которых является разработка приемлемых алгоритмов ведения данной категории пациентов [28, 29]. Так, одним из междисциплинарных консенсусов [30] было единогласно одобрено активное использование дерматовенерологами следующих методов: скринирующие опросники, позволяющих выявлять артрит, дактилит, спондилит и энтезит, дифференцировать воспалительные и невоспалительные признаки поражения опорно-двигательного аппарата; визуальной аналоговой шкалы для оценки боли; числа болезненных и припухших суставов и пальцев с

дактилитом для оценки активности ПсА; критериев CAS-PAR; стандартной рентгенографии кистей и стоп, УЗИ, МРТ; определения уровня СОЭ, СРБ, РФ, антител к циклическому цитруллинированному пептиду, мочевой кислоты, HLA-B27-антигена. Однако в данных рекомендациях акцент сделан главным образом на диагностике периферических проявлений ПсА, в то время как результаты нашего исследования показывают, что необходимо активно выявлять и аксиальные симптомы у больных псориазом, внедрять в клиническую практику стандартные ревматологические методы диагностики спондилита. Создание описанных междисциплинарных групп способствует повышению уровня ранней диагностики ПсА у больных псориазом и улучшает прогноз заболевания в целом [31]. В последнее время активно обсуждается вопрос о наличии у больных псориазом, имеющих факторы риска, так называемой преклинической стадии ПсА, а также о возможности задержки прогрессирования костных пролифераций, исчезновения синовита и энтезита по данным УЗИ даже при отсутствии клинических признаков артрита на фоне терапии ГИБП [32].

Другим аспектом решения проблемы гиподиагностики ПсА у больных псориазом может стать разработка маршрутизации пациентов, которая будет способствовать своевременному направлению их к ревматологу. Так, по данным M. Naqoon и соавт. [33], несвоевременное обращение к ревматологу (даже через 6 мес после появления первых симптомов заболевания) является фактором риска развития эрозий, мутилирующего артрита, СИ и функциональных нарушений у больных ПсА.

Выводы. Таким образом, в нашем исследовании установлена недостаточная диагностика дерматовенерологами клинических проявлений ПсА (спондилит, энтезит, артрит) у больных псориазом. С целью раннего обнаружения аксиальных проявлений ПсА у больных псориазом целесообразно использовать критерии ВБС (консенсус экспертов ASAS, 2009). Создание междисциплинарных групп может способствовать раннему выявлению ПсА в дерматологической и ревматологической практике.

ЛИТЕРАТУРА

1. Насонов ЕЛ, редактор. Российские клинические рекомендации. Ревматология. Москва: ГЭОТАР-Медиа; 2017. 464 с. [Nasonov EL, editor. *Rossiiskie klinicheskie rekomendatsii. Revmatologiya* [Russian clinical guidelines. Rheumatology]. Moscow: GEOTAR-Media; 2017. 464 p.]
2. Alinaghi F, Calov M, Kristensen L, et al. Prevalence of psoriatic arthritis in patients with psoriasis: A systematic review and meta-analysis of observational and clinical studies. *J Am Acad Dermatol*. 2019 Jan;80(1): 251-265.e19. doi: 10.1016/j.jaad.2018.06.027. Epub 2018 Jun 19.
3. 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 Aug;54(8):2665-73.
4. Коротаева ТВ, Корсакова ЮЛ, Логинова ЕЮ и др. Псориагический артрит. Клинические рекомендации по диагностике и лечению. Современная ревматология. 2018;12(2):22-35. [Korotaeva TV, Korsakova YuL, Loginova EYu, et al. Psoriatic arthritis. Clinical guidelines for diagnosis and treatment. *Sovremennaya revmatologiya = Modern Rheumatology Journal*. 2018;12(2):22-35. (In Russ.)]. doi: 10.14412/1996-7012-2018-2-22-35
5. Tillett W, Charlton R, Nightingale A, et al. Interval between onset of psoriasis and psoriatic arthritis comparing the UK Clinical Practice Research Datalink with a hospital-based cohort. *Rheumatology (Oxford)*. 2017 Dec 1;56(12):2109-2113. doi: 10.1093/rheumatology/kex323.
6. Christophers E, Barker J, Griffiths C, et al. The risk of psoriatic arthritis remains constant following initial diagnosis of psoriasis among patients seen in European dermatology clinics. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2010 May;24(5):548-54. doi: 10.1111/j.1468-3083.2009.03463.x. Epub 2009 Oct 23.
7. Wilson F, Icen M, Crowson C, et al. Incidence and clinical predictors of psoriatic arthritis in patients with psoriasis: a population-based study. *Arthritis Rheum*. 2009 Feb 15;61(2):233-9. doi: 10.1002/art.24172.
8. Чамурлиева МН, Логинова ЕЮ, Коротаева ТВ. Выявляемость псориагического артрита у больных псориазом в дерматологической и ревматологической клинике. Современная ревматология. 2016;10(4): 47-50. [Chamurlieva MN, Loginova EYu, Korotaeva TV. Detection rates of psoriatic arthritis in patients with psoriasis in a dermatology and rheumatology clinic. *Sovremennaya revmatologiya = Modern Rheumatology Journal*. 2016;10(4):47-50. (In Russ.)]. doi: 10.14412/1996-7012-2016-4-47-50
9. Thomas C, Finlay A. The 'handprint' approximates to 1% of the total body surface area whereas the 'palm minus the fingers' does not. *Br J Dermatol*. 2007 Nov;157(5): 1080-1. Epub 2007 Sep 13.

10. Fredriksson T, Pettersson U. Severe psoriasis-oral therapy with a new retinoid. *Dermatologica*. 1978;157(4):238-44.
11. Чамурлиева МН, Логинова ЕЮ, Коротаева ТВ. 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):636-42. [Chamurlieva MN, Loginova EYu, Korotaeva TV. Osteoarticular injury in psoriatic patients according to the data of PEST (psoriasis epidemiology screening tool) questionnaire and rheumatological clinicoinstrumental examination. *Nauchno-prakticheskaya revmatologiya = Rheumatology Science and Practice*. 2014;52(6):636-42. (In Russ.)]. Doi: 10.14412/1995-4484-2014-636-642
12. Ibrahim G, Groves C, Chandramohan M, et al. Clinical and ultrasound examination of the leeds enthesitis index in psoriatic arthritis and rheumatoid arthritis. *ISRN Rheumatol*. 2011;2011:731917. doi: 10.5402/2011/731917. Epub 2011 May 4.
13. Sieper J, Van der Heijde D, Landewe R, et al. New criteria for inflammatory back pain in patients with chronic back pain: a real patient exercise by experts from the Assessment of SpondyloArthritis International Society (ASAS). *Ann Rheum Dis*. 2009 Jun;68(6):784-8. doi: 10.1136/ard.2008.101501. Epub 2009 Jan 15.
14. Bagel J, Schwartzman S. Enthesitis and Dactylitis in Psoriatic Disease: A Guide for Dermatologists. *Am J Clin Dermatol*. 2018 Dec;19(6):839-852. doi: 10.1007/s40257-018-0377-2.
15. Логинова ЕЮ, Коротаева ТВ, Смирнов АВ. Особенности поражения осевого скелета при раннем ПсА (исследовании РЕМАРКА). Научно-практическая ревматология. 2016;54(Прил.1):15-9. [Loginova EYu, Korotaeva TV, Smirnov AV. Specific features of axial skeleton involvement in early psoriatic arthritis (the REMARCA trial). *Nauchno-prakticheskaya revmatologiya = Rheumatology Science and Practice*. 2016;54(Suppl.1):15-9. (In Russ.)]. doi: 10.14412/1995-4484-2016-1S-15-19
16. Niccoli L, Nannini C, Cassara E, et al. Frequency of iridocyclitis in patients with early psoriatic arthritis: a prospective, follow up study. *Int J Rheum Dis*. 2012 Aug;15(4):414-8. doi: 10.1111/j.1756-185X.2012.01736.x. Epub 2012 Apr 29.
17. De Vlam K, Lories R, Steinfeld S, et al. Is Axial Involvement Underestimated in Patients with Psoriatic Arthritis? Data from the Bepas Cohort. *Arthritis Rheumatol*. 2015;67(suppl 10):704.
18. Rudwaleit M, Metter A, Listing J, et al. Inflammatory back pain in ankylosing spondylitis: a reassessment of the clinical history for application as classification and diagnostic criteria. *Arthritis Rheum*. 2006 Feb;54(2):569-78.
19. De Vlam K, Lories R, Steinfeld S, et al. Gender Differences in The Disease Expression and Articular Manifestations among Patients with Psoriatic Arthritis. Data from The Bepas Cohort. *Ann Rheum Dis*. 2016;75(Suppl 2):604
20. Van der Heijde D, Ramiro S, Landewe R. 2016 update of the ASAS-EULAR management recommendations for axial spondyloarthritis. *Ann Rheum Dis*. 2017 Jun;76(6):978-991. doi: 10.1136/annrheumdis-2016-210770. Epub 2017 Jan 13.
21. Kiltz U, Baraliakos X, Regel A, et al. Causes of pain in patients with axial spondyloarthritis. *Clin Exp Rheumatol*. 2017 Sep-Oct;35 Suppl 107(5):102-107. Epub 2017 Sep 29.
22. Губарь ЕЕ, Логинова ЕЮ, Смирнов АВ и др. Клинико-инструментальная характеристика аксиального поражения при раннем периферическом псориазическом артрите. (Данные исследования РЕМАРКА). Научно-практическая ревматология. 2018;56(1):34-40. [Gubar' EE, Loginova EYu, Smirnov AV, et al. Clinical and instrumental characteristics of axial lesion in early peripheral psoriatic arthritis (data of a REMARCA study). *Nauchno-prakticheskaya revmatologiya = Rheumatology Science and Practice*. 2018;56(1):34-40. (In Russ.)]. doi: 10.14412/1995-4484-2018-34-40
23. Mease P, Palmer J, Liu M. Influence of Axial Involvement on Clinical Characteristics of Psoriatic Arthritis: Analysis from the Corrona Psoriatic Arthritis/Spondyloarthritis Registry. *J Rheumatol*. 2018 Oct;45(10):1389-1396. doi: 10.3899/jrheum.171094. Epub 2018 Jul 1.
24. Jadon D, Sengupta R, Nightingale A, et al. Axial Disease in Psoriatic Arthritis study: defining the clinical and radiographic phenotype of psoriatic spondyloarthritis. *Ann Rheum Dis*. 2017 Apr;76(4):701-707. doi: 10.1136/annrheumdis-2016-209853. Epub 2016 Dec 2.
25. Gisondi P, Tinazzi I, El-Dalati G, et al. Lower limb enthesopathy in patients with psoriasis without clinical signs of arthropathy: a hospital-based case-control study. *Ann Rheum Dis*. 2008 Jan;67(1):26-30. Epub 2007 Aug 24. doi: 10.1136/ard.2007.075101.
26. McGonagle D, Lories R, Tan A, et al. The concept of a «synovio-enthesal complex» and its implications for understanding joint inflammation and damage in psoriatic arthritis and beyond. *Arthritis Rheum*. 2007 Aug;56(8):2482-91. doi: 10.1002/art.22758.
27. Marchesoni A, De Marco G, Merashli M. The problem in differentiation between psoriatic-related polytenositis and fibromyalgia. *Rheumatology (Oxford)*. 2018 Jan 1;57(1):32-40. doi: 10.1093/rheumatology/keu079.
28. Koolae R, Takeshita J, Ogdie A. Epidemiology and Natural History of Psoriatic Arthritis: an Update What Dermatologists Need to Know. *Curr Derm Rep*. 2013;(2):66-76. doi 10.1007/s13671-012-0032-8.
29. Villani A, Rouzard M, Sevrain M. Symptoms dermatologists should look for in daily practice to improve detection of psoriatic arthritis in psoriasis patients: an expert group consensus. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2014 Aug;28 Suppl 5:27-32. doi: 10.1111/jdv.12563.
30. Gisondi P, Altomare G, Ayala F, et al. Consensus on the management of patients with psoriatic arthritis in a dermatology setting. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2018 Apr;32(4):515-528. doi: 10.1111/jdv.14741. Epub 2018 Jan 11.
31. Raychaudhuri S, Wilken R, Sukhov A, et al. Management of psoriatic arthritis: early diagnosis, monitoring of disease severity and cutting edge therapies. *J Autoimmun*. 2017 Jan;76:21-37. doi: 10.1016/j.jaut.2016.10.009. Epub 2016 Nov 9.
32. Kampylafka E, Oliveira I, Linz C, et al. Disease interception in psoriasis patients with subclinical joint inflammation by interleukin 17 inhibition with secukinumab – data from a prospective open label study. *Ann Rheum Dis*. 2018. doi: 10.1136/annrheumdis-2018-eular.3904.
33. 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*. 2015 Jun;74(6):1045-50. doi: 10.1136/annrheumdis-2013-204858. Epub 2014 Feb 13.

Поступила 15.09.2019

Исследование не имело спонсорской поддержки. Авторы несут полную ответственность за предоставление окончательной версии рукописи в печать. Все авторы принимали участие в разработке концепции статьи и написании рукописи. Окончательная версия рукописи была одобрена всеми авторами.