

# Псориазический артрит: особенности клинического течения

А.А. Мартынов, Л.Ф. Знаменская, М.М. Бутарева, И.А. Каппушева, Д.В. Попов

Psoriatic arthritis: particular features of its clinical course

A.A. MARTYNOV, L.F. ZNAMENSKAYA, M.M. BUTAREVA, I.A. KAPPUSHEVA, D.V. POPOV

об авторах:

А.А. Мартынов — ведущий научный сотрудник отделения дерматологии ФГУ «ГНЦДК Минздравсоцразвития России», г. Москва, д.м.н.

Л.Ф. Знаменская — заведующая отделом дерматологии ФГУ «ГНЦДК Минздравсоцразвития России», г. Москва, к.м.н.

М.М. Бутарева — заведующая дневным стационаром ФГУ «ГНЦДК Минздравсоцразвития России», г. Москва, к.м.н.

И.А. Каппушева — врач-дерматовенеролог ФГУ «ГНЦДК Минздравсоцразвития России», г. Москва, к.м.н.

Д.В. Попов — врач-дерматовенеролог ФГУ «ГНЦДК Минздравсоцразвития России», г. Москва

В последние годы значительно увеличилось число больных, страдающих тяжелыми формами псориазического артрита. У части пациентов псориазический артрит сопровождается синовитом и образованием экссудата в полости сустава. Прогноз выздоровления при этом зависит от своевременного и правильного лечения.

Ключевые слова: **псориаз, псориазический артрит, синовит, синовкапсулэктомия.**

The number of patients suffering from severe forms of psoriatic arthritis has increased for the recent years. Psoriatic arthritis is accompanied by synovitis and exudation in the joint cavity in some patients. Healing depends on the timely and correct treatment.

Key words: **psoriasis, psoriatic arthritis, synovitis, synovial capsulectomy.**

■ Псориаз является одним из наиболее распространенных заболеваний кожи. В последние годы значительно увеличилось число пациентов, страдающих тяжелыми формами заболевания, одной из которых является псориазический артрит. Распространенность псориазического артрита среди всех больных псориазом в России составляет от 13,5 до 47% [1, 2]. Развитие псориазического артрита может быть стремительным либо медленно прогрессирующим, но всегда сопровождается значительным снижением показателей качества жизни пациентов и/или приводит к инвалидизации.

Псориазический артрит, наряду с идиопатическим анкилозирующим спондилоартритом и реактивными артритами, относится к группе серонегативных спондилоартритов. Заболевание представляет собой хронический прогрессирующий воспалительный процесс, ассоциированный с псориазом, приводящий к разви-

тию эрозивного артрита, внутрисуставного остеолита и спондилоартрита [3].

Некоторые исследователи полагают, что первичной мишенью при этом заболевании является не синовиальная оболочка, а костная ткань и воспалительные энтезы. Псориазический артрит характеризуется чрезвычайным полиморфизмом проявлений воспалительного процесса в суставах и позвоночнике, не имеющих себе подобных при других заболеваниях [2, 4].

В клинической картине псориазического артрита наиболее характерно развитие дактилитов («сосискообразных» пальцев кистей и/или стоп), отека пальцев, болезненности при пальпации, гиперемии; повышение температуры кожи в области проекции пораженных суставов (рис. 1); преимущественное поражение дистальных межфаланговых суставов с изменением ногтей по типу «наперстка», «масляного



**Рис. 1.** Псориазический артрит пальцев кистей (пальцы «сосискообразно» утолщены, отмечается деформация межфаланговых суставов)

пятна», дистрофией ногтевой пластины по гипертрофическому или атрофическому типу [1, 2, 5].

У части больных при псориазическом артрите (около 40%) отек суставной сумки сопровождается синовитом и скоплением экссудата в полости сустава [4, 6—9]. Синовит определяет собой реакцию организма на патогенный раздражитель, которая реализуется посредством трансформации синовии в своеобразный орган иммунной защиты. В дебюте заболевания в биоптатах синовиальной оболочки обнаруживают очаги мукоидного набухания, васкулит, кровоизлияния, фиброзные изменения. Затем усиливаются фиброзные наложения, появляются дистрофические и некротические изменения синовиоцитов. Патогенетическое значение иммунных нарушений в развитии псориазического синовита подтверждается обнаружением фиксированных на клетках покровного и подпокровного слоев синовиальной оболочки иммуноглобулинов и комплемента, ее инфильтрации иммунокомпетентными клетками, высокого уровня провоспалительных цитокинов в синовиальной жидкости и синовиальной оболочке, а также эффективностью селективных иммуноактивных средств [4, 6].

Со временем тонкая оболочка сустава превращается в мощный тканевый массив. Структура и функциональная активность ткани варьирует у разных пациентов, в разных суставах одного больного и даже в пределах одного сустава [2, 4, 7].

Развивающийся в синовиальной оболочке воспалительный процесс определяет основные особенности клинической картины заболевания.

Диагностика псориазического поражения позвоночника и суставов в ранние сроки осложняется отсутствием специфических лабораторных или рентгенологических изменений.

Согласно отдельным описаниям при проведении магнитно-резонансной томографии у пациентов молодого возраста может определяться избыточное количество синовиальной жидкости, что затрудняет своевременное диагностирование и адекватное лече-

ние псориазического артрита. Приводим собственные наблюдения двух пациентов с нетипичным течением псориазического артрита.

Пациент П., 18 лет, поступил в ГНЦД с жалобами на высыпания, сопровождающиеся выраженным зудом, умеренные боли в обоих коленных суставах и межфаланговых суставах стоп, утреннюю скованность в коленных суставах до 30—40 мин.

Из анамнеза заболевания: считает себя больным с 3-летнего возраста, когда впервые появились высыпания на коже заушной области. Дерматовенерологом по месту жительства был установлен диагноз псориаза. В 1997 г. (в возрасте 15 лет) кожный патологический процесс принял распространенный характер, в 2003 г. появились боли в правом коленном суставе. В сентябре 2008 г. присоединилась отечность III пальца левой стопы и I, III, IV, V пальцев правой стопы. С 1993 по 2007 г. не лечился. В феврале 2008 г. находился на стационарном лечении в областном кожно-венерологическом диспансере по месту жительства (ОКВД), где было проведено лечение: диклофенак по 3 мл внутримышечно № 5, наружная терапия (кератолитические, кератопластические, глюкокортикостероидные мази). На фоне терапии отмечалось улучшение. В июле 2008 г. повторно находился на стационарном лечении ОКВД, где было проведено 5 процедур ультразвуковой терапии на область коленных суставов, наружное лечение; пункция коленных суставов с эвакуацией 100 мл экссудата, с кратковременным положительным эффектом.

При первичном осмотре кожный патологический процесс носил распространенный характер: на коже волосистой части головы, туловища, верхних и нижних конечностей, паховой области и промежности были выявлены папулы и бляшки ярко-розового цвета с выраженной инфильтрацией, покрытые серебристо-белыми чешуйками. На коже спины, живота, паховой и лобковой области имелись крупные, сливающиеся бляшки. III палец левой стопы «сосискообразно» деформирован, I, III, IV, V пальцы правой стопы болезненны при пальпации, отечны, увеличены в размерах, кожа над суставами теплая на ощупь, красновато-синюшного цвета. Коленные суставы отечны, кожа над суставами не изменена, болезненность при пальпации отсутствует (рис. 2). Над коленными суставами имелся отек плотновато-эластической консистенции, безболезненный при пальпации. При измерении окружность над обоими коленными суставами составила 41 см.

Для уточнения диагноза проводилось следующее обследование:

1. Рентгенологическое исследование суставов. Заключение: на рентгенограммах коленных суставов в двух проекциях отмечается регионарный остеопороз, места истончения замыкательных пластин; на рентгенограмме стоп — неравномерное сужение суставных щелей в межфаланговых суставах, истон-



Рис. 2. Отек над коленными суставами. Пациент П.

чение замыкательных пластин, краевая узурация эпифиза I основной фаланги справа, остеопороз эпиметафизов.

2. Общий анализ крови при поступлении: лейкоциты  $13,2 \cdot 10^9$  л, СОЭ 38 мм/ч, остальные показатели в пределах физиологической нормы. В биохимическом анализе крови: С-реактивный белок 62 мг/л (норма < 5 мг/л), ревматоидный фактор 15 МЕ/мл (норма < 14 МЕ/мл).

3. Заключение УЗИ коленных суставов: большое количество жидкости во всех заворотах с двух сторон, жидкость неоднородная с эхопозитивными включениями. Синовия до 18 мм (в норме до 3 мм), с выростами (ворсинами). Хрящ не визуализируется из-за жидкости. Киста Бейкера с двух сторон  $\sim 50 \times 18 \times 26$  мм, с перегородками, эхопозитивными включениями.

Лечение: узкополосная фототерапия 10 процедур, метотрексат 10 мг внутримышечно (в/м) № 1, метотрексат 15 мг в/м № 2, реамберин 400 мл внутривенно капельно № 3, диклофенак 3 мл в/м утром № 3, фолиевая кислота 5 мг в неделю, найз 100 мг утром.

При пункции обоих коленных суставов эвакуировано 200 мл светлой прозрачной жидкости из левого коленного сустава и 180 мл жидкости из правого коленного сустава. В суставную полость введен дипроспан по 0,5 мл в каждый коленный сустав.

Наружно: 2% салициловая мазь, 2% серно-салициловая мазь, шампунь Фридерм Цинк, шампунь Фридерм деготь, мазь Локоид, 2% крем с мочевиной, шампунь Скин-Кап, 5—10% нафталановая мазь.

При выписке псориатические бляшки сохранились, однако отмечалось значительное побледнение и уменьшение инфильтрации высыпаний. На коже волосистой части головы, туловища, верхних и нижних конечностей отмечались незначительная инфильтрация, шелушение и эритема. Отек над правым и левым коленными суставами уменьшился, окружность

над коленными суставами уменьшилась до 34 и 35 см в диаметре соответственно. Больной выписан с улучшением.

На основании данных обследования в Институте ревматологии РАМН врачом травматологом-ортопедом был поставлен диагноз: «Псориатический двусторонний синовит» и рекомендовано оперативное лечение (синовкапсулэктомия).

Пациент У., 47 лет, поступил в дневной стационар ГНЦД с жалобами на высыпания на коже конечностей и умеренно выраженные боли в коленных суставах и левом плечевом суставе.

Из анамнеза заболевания: считает себя больным с 19-летнего возраста, когда впервые появились высыпания на коже левого плеча, не сопровождавшиеся субъективными ощущениями. В медсанчасти проведено «кварцевание», после которого высыпания разрешились. В 1986 г. (в возрасте 24 лет) появились боли в поясничном отделе позвоночника и мелких суставах стоп, в связи с чем обращался к ревматологу в Ревматологический центр, где впервые был установлен диагноз «Псориаз. Псориатический артрит». По поводу болей в суставах были назначены индометацин, вольтарен; наружная терапия не проводилась. В том же году появились высыпания на коже волосистой части головы, сопровождавшиеся зудом и шелушением.

В 1998 г. появились высыпания в области локтевых суставов и на коже голени, по поводу чего пациент обратился в Центр по борьбе с псориазом (Москва), где амбулаторно получил 12 сеансов ПУВА-терапии с оксораленом. После лечения отмечал полное разрешение высыпаний и регресс болей в суставах. Через 8 мес. появились новые высыпания на коже разгибательных поверхностей коленных и локтевых суставов. Самостоятельно применял глюкокортикостероидные мази. В мае 2007 г. обратился в консультативно-диагностическое отделение ФГУ «ГНЦД Росмедтехнологий», где была проведена симптоматическая терапия. Продолжительность последнего обострения 5 мес.

По назначению врача-ревматолога в течение 6 мес. по поводу болей в суставах постоянно принимал сульфасалазин по 1 таблетке 2 раза в день, аэртал по 1 таблетке 2 раза в день.

При первичном осмотре кожный патологический процесс носил распространенный характер. На коже разгибательных поверхностей локтевых суставов и предплечий имелись бляшки красно-розового цвета с умеренной инфильтрацией, покрытые серебристо-белыми чешуйками. На коже туловища имелись единичные, размером до 0,7 мм, слабо-инфильтрированные папулы красновато-розового цвета, покрытые серебристыми чешуйками. На коже бедер и ягодиц — бляшки диаметром до 4—5 см округлой формы, с четкими границами и выраженной инфильтрацией.

Ограничен объем движения в шейном отделе позвоночника. Над коленными суставами имелся отек

плотноэластической консистенции (диаметром 35 см над обоими суставами), объем движения в суставах ограничен, кожа над ними не изменена (рис. 3). Мелкие суставы кистей незначительно деформированы на обеих кистях в области II пястно-фалангового сустава, движение в них сохранено в полном объеме. В левом плечевом суставе затруднено отведение. Объем движения в височно-нижнечелюстном суставе уменьшен. Отмечается умеренно выраженная скованность в утренние часы в коленных суставах и мелких суставах кистей и стоп в течение 30 мин.

Результаты лабораторных исследований:

1. В общем анализе крови при поступлении лейкоциты  $10,7 \cdot 10^9/\text{л}$ , СОЭ 25 мм/ч, остальные показатели в пределах физиологической нормы.

2. В биохимическом анализе крови: С-реактивный белок 49 мг/л (норма до 5 мг/л), ревматоидный фактор 20 МЕ/л (норма до 14 МЕ/л).

От проведения УЗИ коленных суставов и рентгенографического исследования пациент отказался.

Учитывая высокую эффективность ПУВА-терапии в анамнезе, пациенту была назначена общая ПУВА-терапия с 4 таблетками аммифурина; на период проведения фототерапии был отменен сульфасалазин в связи с наличием у препарата фотосенсибилизирующего эффекта.

Проводимая терапия: общая ПУВА-терапия с 4 таблетками аммифурина — 23 процедуры, найз 100 мг 2 раза в день, альмагель 1 столовая ложка 3 раза в день. Наружно: 2%, 5% салициловая мазь, 3%, 10% нафталановая мазь, 10% мазь с мочевиной.

Врачом травматологом-ортопедом была выполнена пункция обоих коленных суставов, эвакуировано 80 мл светлой прозрачной жидкости из левого ко-

ленного сустава и 90 мл жидкости из правого коленного сустава. В суставную полость введен дипроспан по 0,5 мл в каждый коленный сустав.

При выписке все высыпания, локализованные на коже туловища и конечностей, разрешились с явлениями вторичной гиперпигментации, пальпация суставов безболезненная, визуально отмечается уменьшение суставов в объеме. При измерении окружность в области отека над обоими коленными суставами 29 см.

Пациент был направлен на консультацию в Институт ревматологии РАМН, где врачом травматологом-ортопедом был поставлен диагноз: «Псориатический двусторонний синовит» и рекомендовано оперативное лечение (синовкапсулэктомия). Через год была проведена субтотальная синовкапсулэктомия с пластикой синовиальной оболочки коленных суставов (рис. 4). После операции и восстановительного периода объем синовиальной жидкости не превышает физиологической нормы, объем выполняемых движений полный, боли в обоих коленных суставах отсутствуют.

Таким образом, в ФГУ ГНЦД наблюдалось двое пациентов со сходным течением псориатического артрита. В связи с отсутствием эффекта от консервативного лечения пациенты с подобной клинической картиной псориатического артрита с наличием хронического или подострого синовита нуждаются в оперативном лечении — синовкапсулэктомии. Из-за формирования необратимых изменений в синовиальной оболочке (склероз, образование гипертрофированных ворсинок, петрификатов и др.) этим пациентам показано оперативное лечение: частичная, субтотальная или тотальная синовкапсулэктомия в зависимости от тяжести и распространения процесса [7—10].



Рис. 3. Отек над коленными суставами, пациент У.



Рис. 4. Вид синовиальной оболочки во время операции, определяются выраженные фиброзные наложения

Прогноз при синовите зависит от своевременного и правильно назначенного лечения, при проведении которого возможно полное выздоровление с сохранением движений в суставе. При неадекватной терапии возможно развитие тугоподвижности или полной не-

подвижности в суставе, что может привести к инвалидизации пациента, поэтому на ранних стадиях синовита необходимо прибегать к консультации ревматолога (травматолога-ортопеда). ■

## Литература

1. Вульф К., Джонсон Р., Сюрмонд Д. Дерматология по Томасу Фицпатрику. М.: Практика, 2007: 98—177.
2. Насонова В.А., Бунчук Н.В. (ред.). Избранные лекции по клинической ревматологии. М.: Медицина, 2001: 82—90.
3. Бадокин В.В. Медикаментозная терапия псориатического артрита. РМЖ 2004; (6): 426—432.
4. Ritchlin C.T. The pathogenesis of psoriasis and psoriatic arthritis. New application for TNF inhibition. *Immunex*, Philadelphia 2000: 9—20.
5. Чепой В.М. Диагностика и лечение болезней суставов. М.: Медицина, 2002.
6. Choy E.H.S., Panayi G.S. Cytokine pathways and joint inflammation in Rheumatoid arthritis. *New Engl J Med* 2001; 344: 907—916.
7. Zschabitz A., Neurath M., Grevenstein J. et al. Correlative histologic and arthroscopic evaluation in rheumatoid knee joints. *Surg endosc* 1992; 6: 277—282.
8. Шапошник Ю.Г. (ред.) Травматология и ортопедия. М.: Медицина, 1997.
9. Корчевская Н.Н., Артишевская Н.И. Артропатический псориаз: клиника, диагностика. *Медицинские новости* 2003; (12): 10—14.
10. Насонова В.А. (ред.) Ревматические болезни. М.: Медицина, 1997.