

**ВРАЧ – ПАЦИЕНТУ  
ИНФОРМАЦИЯ  
О РЕВМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ**

# **Псориазический артрит**

**методическое пособие по материалам  
Всероссийских конференций в рамках  
«12 октября – Всемирный День Артрита»  
(World Arthritic Day)**

**ОБЩЕРОССИЙСКАЯ ОБЩЕСТВЕННАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ ИНВАЛИДОВ  
РОССИЙСКАЯ РЕВМАТОЛОГИЧЕСКАЯ АССОЦИАЦИЯ  
«НАДЕЖДА»**

[www.revmo-nadegda.ru](http://www.revmo-nadegda.ru)

Федеральное государственное бюджетное научное учреждение  
"Научно-исследовательский институт  
ревматологии им. В.А. Насоновой"

Общероссийская общественная организация  
«Ассоциация Ревматологов России»

Общероссийская общественная организация инвалидов  
"Российская ревматологическая ассоциация «Надежда»

АВТОРЫ:

д.м.н. Т. В. Коротаева  
к.м.н. Е. Ю. Логинова.

2018 год

Псориатический артрит - хроническое воспалительное заболевание суставов из группы серонегативных спондилоартритов часто ассоциированное с псориазом. В основном поражаются пальцы кистей и стоп, запястья, колени, щиколотки, нижняя часть спины (крестцово-подвздошные сочленения) и шея.

Распространенность псориаза в популяции составляет 2- 3%, а распространенность псориатического артрита среди больных псориазом колеблется от 7 до 40%. Появление кожных изменений обычно предшествует развитию поражения суставов. Приблизительно в 80% случаев происходит поражение ногтей.

Наиболее часто псориатический артрит начинается в возрасте от 20 до 50 лет, причем мужчины и женщины заболевают одинаково часто.

Основными отличительными симптомами являются несимметричное поражение суставов, боль, скованность, припухлость пораженных суставов иногда с багрово-синюшной окраской кожи над ними, частое поражение трех суставов одного пальца, отек пальцев по типу «сосиски», боли в пятках при ходьбе, боли и скованность в шее и нижней части спины во второй половине ночи и по утрам, уменьшающиеся после просыпания и физической разминки.

Псориатический артрит может быть как мягким не прогрессирующим, так и активно прогрессирующим заболеванием, приводящим к разрушению суставов. Иногда наблюдаются признаки поражения внутренних органов: глаз, миокарда, кишечника. Часто больные псориатическим артритом страдают ожирением, повышением артериального давления, сахарным диабетом.

### Этиология

Причина развития псориатического артрита на сегодняшний день неизвестна. Псориатический артрит чаще развивается при отчетливом поражении кожи, при этом явной связи между выраженностью и течением кожных и суставных проявлений нет. В суставах возникают воспалительные изменения и деформация. Провоцирующими факторами в развитии псориатического артрита часто являются перенесенные травмы, стрессы и

инфекционные заболевания. Отмечена генетическая предрасположенность к развитию псориаза и псориатического артрита.

Из-за отсутствия точных данных об этиологии заболевания, профилактика псориатического артрита не разработана. Проводится профилактика ухудшения состояния больных после начала заболевания (т.н. вторичная профилактика), направленная на сохранение функциональной способности суставов и замедление темпов прогрессирования псориатического артрита.

Как правило, кожные проявления псориаза предшествуют развитию псориатического артрита (часто за много лет), реже артрит и псориаз развиваются одновременно. В редких случаях артрит возникает раньше, чем псориаз.

Известны случаи, когда псориаз долгое время расценивался как аллергический дерматит, а псориатический артрит - как реактивный артрит, при котором показано совершенно другое лечение. Для правильной интерпретации кожных и суставных проявлений, правильной постановки диагноза и, соответственно, назначения правильного лечения требуется тщательный осмотр специалистом - ревматологом.

Характерные признаки псориатического артрита - поражение фаланговых суставов кистей и стоп, что нередко сочетается с поражением ногтей. Кроме того, при псориатическом артрите могут поражаться коленные, голеностопные суставы, шейный и пояснично-крестцовый отдел позвоночника. Иногда наблюдаются боли в области пяток и ахилловых сухожилий, что связано с воспалительным процессом в местах прикрепления сухожилий к пяточной кости.

В клиническом анализе крови при псориатическом артрите может наблюдаться увеличение СОЭ (скорость оседания эритроцитов). В биохимическом анализе - повышение титров Ц-реактивного белка. Между активностью псориатического артрита и степенью повышения СОЭ и Ц-реактивного белка обычно наблюдается прямая зависимость.

В отличие от ревматоидного артрита, при псориатическом артрите в крови редко находят ревматоидный фактор - особый вид антител. Наличие или отсутствие ревматоидного фактора в крови пациента иногда используется в

дифференциальной диагностике (для выявления отличия одного вида артрита от другого).

### Диагностика

В диагностике также широко используется рентгенографическое исследование суставов и позвоночника. При псориатическом артрите на рентгенограммах часто обнаруживаются характерные изменения.

При постановке диагноза врачу необходимо правильно оценить как поражение кожи, так и суставов. Псориаз необходимо дифференцировать с себоррейным и аллергическим дерматитом и с экземой. Псориатическое поражение ногтей нужно отличать от грибковой инфекции. Поражение суставов при псориазе иногда напоминает ревматоидный артрит, подагру, реактивный артрит, а поражение позвоночника – анкилозирующий спондилит.

Диагноз «псориатический артрит» ставится ревматологом при осмотре и после консультации дерматолога. Для подтверждения диагноза врач назначит анализ крови из вены для определения ревматоидного фактора и/или антител к циклическому цитруллинированному пептиду для исключения ревматоидного артрита. Также обязательно нужно сделать рентген дистальных отделов кистей и/или стоп, костей таза, а при необходимости – магнитно-резонансную томографию суставов или ультразвуковое исследование суставов. При поражении внутренних органов могут понадобиться консультации других врачей.

### Медикаментозное лечение

Лечение псориатического артрита должно быть комплексным и проводиться совместно с дерматологом. При отсутствии лечения псориатический артрит может сильно деформировать сустав и привести к инвалидности.

Основные цели лечения при псориатическом артрите:

- снижение активности воспалительного процесса в суставах и позвоночнике (для уменьшения или исчезновения симптомов поражения суставов)
- уменьшение проявлений псориаза
- замедление прогрессирования разрушения суставов
- сохранение качества жизни и активности пациентов

В настоящее время средства для полного излечения псориаза и псориатического артрита не существует, но имеется множество методик, которые могут уменьшать болезненные проявления. Современные препараты позволяют управлять болезнью, полностью снимая симптомы заболевания. Однако для этого необходимо постоянное наблюдение врача и систематическое лечение.

Лечение псориатического артрита сходно с лечением ревматоидного артрита. Для этого используют нестероидные противовоспалительные средства (диклофенак 100 – 150 мг/сутки, нимесулид 100-200 мг/сутки, аркоксиа 60-90 мг/сутки и т. п.), проводят внутрисуставное введение глюкокортикоидных гормонов (дипроспан, кеналог, флостерон и т. п.). При множественном поражении суставов, появлении на рентгене первых признаков их разрушения (эрозий), а также функциональных нарушениях назначают синтетические базисные противовоспалительные препараты – метотрексат в дозе от 10 до 20-25 мг/неделю, предпочтительно внутримышечно или подкожно, лефлуномид 20 мг/сутки, сульфасалазин 2-3 г/сутки, реже, преимущественно у больных с тяжелым псориазом – циклоспорин 2,5 - 3 мг/кг. На фоне лечения перечисленными выше препаратами необходимо контролировать картину крови и функцию печени, в период лечения по-возможности избегать простудных заболеваний, прием алкоголя, необходимо правильно питаться, рацион должен быть щадящий и сбалансированный. В процессе лечения необходимо поддерживать физическую активность, следить за весом, не курить – эти факторы могут негативно повлиять на результаты терапии.

Помимо этого, в последние годы появилась новая группа высокоэффективных препаратов – биологические агенты (biologic agents). Одни – ингибиторы фактора некроза опухоли альфа (ФНО- $\alpha$ ) - инактивируют воспалительный белок - ФНО- $\alpha$ . Другие – избирательно блокируют действие интерлейкинов 12/23. Эти белки являются посредниками и проводниками системного воспаления в результате которого появляются признаки заболевания.

Биологическую терапию назначают при очень активном воспалительном процессе в суставах и позвоночнике и обширном поражении кожи при отсутствии эффекта от применения нестероидных

противовоспалительных препаратов и синтетических базисных противовоспалительных препаратов.

К ингибиторам ФНО- $\alpha$  относятся инфликсимаб (Ремикейд), адалимумаб (Хумира), этанерцепт (Энбрел), голимумаб (Симпони) и цертолизумаба пегол (Симзия).

Ремикейд вводится внутривенно капельно из расчета 5 мг/кг веса пациента по схеме: первое введение, через 2 недели – второе, через 4 недели – третье, далее – каждые 6-8 недель. Инфузии проводят под контролем врача или обученного медицинского персонала в ревматологическом стационаре или антицитокиновом центре. Другие ингибиторы ФНО- $\alpha$  вводятся подкожно: Хумира по 40 мг 1 раз в 2 недели, Энбрел по 50 мг 1 раз в неделю или по 25 мг 2 раза в неделю, Симпони по 50 мг 1 раз в 28 дней, Симзия – по 400 мг в виде двух подкожных инъекций по 200 мг в один день на 1-й, 2-й и 4-й неделе лечения, далее по 400 мг 1 раз в 4 недели. Препараты с подкожным введением рассчитаны на самостоятельное введение пациентом.

К блокаторам интерлейкинов 12/23 относится Устекинумаб (Стелара). Стелара вводится подкожно по 45 мг, вторую инъекцию делают 4 недели спустя после первого применения, затем каждые 12 недель (всего 5 инъекций в год).

Все биологические препараты действуют быстро и эффективно как на основные клинические проявления псориатического артрита, так и на псориаз. Перед их назначением, а также каждые 6 месяцев терапии необходимо проводить исследование на скрытый туберкулез (проба Манту или Диаскин-тест и рентгенография легких) и консультацию фтизиатра.

В период ремиссии или минимальной выраженности артрита показано санаторно-курортное лечение.

#### Лечебная физкультура

При псориатическом артрите назначают также ЛФК, рекомендуется подвижный образ жизни.

Данные упражнения рекомендуется выполнять в течение 15-20 минут по 2-3 раза в день. Кисти:

- 1) сжать-разжать (несколько раз, быстро);
- 2) вращать в обе стороны в лучезапястном суставе;

3) кисти (вскинутые, с выпрямленными пальцами) сгибаются вправо-влево, вперед-назад.

Локтевые суставы:

- плечи и плечевые суставы недвижны, руки свисают. Локти свободно (как на шарнирах) совершают колебательные движения. Плечевые суставы:

Руку, свободно опущенную, вращаем во фронтальной плоскости перед собой до появления чувства тяжести в кисти. Тренируем поочередно оба плеча. Каждую руку вращаем по часовой стрелке, затем - в обратную сторону.

Стопы:

4) тянем носок (на себя и от себя), совершая небольшие колебательные движения;

5) топчемся, переминаясь с ноги на ногу, на наружных боковинах стоп, на внутренних боковинах стоп, на пальцах, на пятках;

б) поочередно каждой стопой совершаем вращательные (в обе стороны) движения.

Коленные суставы (работаем стоя, плечи прямые):

1) колени «вихляются», совершая круговые движения, сначала - вовнутрь, затем - наружу (кисти рук расположены на коленях и как бы помогают движениям);

2) ноги сгибаются и разгибаются (как бы пружиня).

Тазобедренные суставы:

1) отводим ногу в сторону (примерно на 90 градусов) и делаем легкое колебательное движение, стремясь увеличить угол;

2) ходим на выпрямленных ногах, опираясь на всю стопу и работая только тазом.