

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ПСОРИАТИЧЕСКОГО АРТРИТА

Белкина Ирина Сергеевна

студент Гомельского государственного медицинского университета, Беларусь, г. Гомель

Пинчук Виктория Юрьевна

студент Гомельского государственного медицинского университета, Беларусь, г. Гомель

Кузьмук Вероника Юрьевна

студент Гомельского государственного медицинского университета, Беларусь, г. Гомель

Кузьмук Александр Владимирович

студент Гомельского государственного медицинского университета, Беларусь, г. Гомель

Порошина Лариса Александровна

Псориатический артрит – это хроническое воспалительное заболевание, характеризующееся разнообразием клинической картины, включая периферический артрит, энтезит, дактилит, дистрофию ногтей, увеит и остеоит, в дополнение к сопутствующим заболеваниям [1].

Клиническая картина. Клинические проявления: припухание, боль, беспокоящая ночью и утром, незначительно уменьшается днем при движениях, присутствует утренняя скованность. Преимущественно, поражение суставов происходит ассиметрично, подобно моно- и олигоартриту. Свойственно вовлечение всех суставов одного пальца кисти, что сочетается с тендовагинитом сгибателей, и пораженный палец имеет “сосискообразную” форму. Кожа над пораженными суставами имеет багрово-синюшную окраску [1]. Типичной чертой суставного синдрома часто является наличие резких мучительных “морфинных” болей, усиливающихся при незначительных движениях.

Диагностика псориатического артрита

Диагноз псориатический артрит устанавливается на основании критериев CASPAR (Classification criteria for Psoriatic Arthritis) 2006 г [2]. Согласно критериям CASPAR, пациенты должны иметь признаки воспалительного заболевания суставов ≥ 3 баллов из следующих пяти категорий. (табл. 1)

Таблица 1.

Критерии постановки диагноза

Признак:	Ба
Псориаз:	
<ul style="list-style-type: none"> • в момент осмотра • в анамнезе • в семейном анамнезе 	2 1

Псориатическая дистрофия ногтей: точечные вдавления, онихолизис, гиперкератоз.	1
Отрицательный результат теста на ревматоидный фактор (кроме латекс-теста)	1
Дактилит: <ul style="list-style-type: none"> • припухлость всего пальца в момент осмотра • дактилит в анамнезе (зафиксированный ревматологом) 	1 1
Рентгенологические признаки внесуставной костной пролиферации по типу краевых разрастаний (кроме остеофитов) на рентгенограммах кистей и стоп	1

Дифференциальная диагностика

Псориатический артрит следует дифференцировать с ревматоидным артритом, реактивным артритом, анкилозирующим спондилоартритом, подагрой, остеоартрозом, палиндромном ревматизмом и другими [3].

Ревматоидный артрит

Ревматоидный артрит (РА) – аутоиммунное заболевание неизвестной этиологии, характеризуется течением хронического эрозивного артрита и системным воспалительным поражением внутренних органов [4]. Лица женского пола болеют чаще, заболевание выявляют примерно 40 - 50 лет. С преобладающей частотой развития у близких родственников [5].

Чаще РА развивается с полиартрита, нежели артралгии, утренняя скованность в суставах, ухудшение общего состояния, слабость, снижение веса, субфебрильная температура тела, лимфаденопатия, васкулит. Ревматоидные узелки - классическое проявление РА, но их редко обнаруживают на ранней стадии (выявляют спустя 3-5 лет от начала заболевания). Свойственным для РА является стойкое симметричное полиартикулярное воспаление пястнофаланговых, проксимальных межфаланговых и лучезапястных суставов обеих кистей (трудно или невозможно сжать руку в кулак). К относительно ранним признакам относят атрофию червеобразных мышц [6].

Реактивный артрит

Реактивный артрит (РеА) – заболевание, характеризующееся развитием асептического воспаления суставов, в ответ на внесуставную кишечную, хламидийную и урогенитальную инфекцию, нередко ассоциированное с HLA- B27 [10]. Клиника: в патологический процесс вовлекаются коленные и голеностопные суставы, реже – проксимальные и дистальные межфаланговые суставы стоп. Поражаются 2-3 сустава одного или более пальцев, формируется теносиновит и бурсит. В остром периоде отмечается лихорадка, снижение массы тела, общая слабость, мышечная слабость, в сочетании с полиартралгией, миалгией и утренней скованностью в пораженных суставах. Кожа поражается узловатой эритемой, баланопоститом, кератодермией. Рентгенологические изменения чаще отсутствуют. Лабораторные исследования: анализ крови – незначительное снижение уровня гемоглобина, гематокрита, умеренный лейкоцитоз и нейтрофилез, тромбоцитоз, повышение СОЭ. При тяжелом течении РеА – гипохромная анемия (80–100 г/л), тромбоцитоз (> 400× /л), повышение СОЭ. Микробиологические исследования: выявление возбудителей в фекалиях, соскобах со слизистых оболочек, в моче, крови и синовиальной жидкости [8].

Анкилозирующий спондилит

Анкилозирующий спондилит (АС) – хроническое воспалительное заболевание, характеризующееся поражением крестцово-подвздошных суставов и/или позвоночника с переходом их в анкилоз, и вовлечением периферических суставов в патологический процесс. Лица мужского пола больше подвержены заболеванию [9].

Клиника: вовлечение в патологический процесс суставов позвоночника, нарастающей болью и скованностью в пояснице и ягодицах, усиливающихся при движениях и в покое. Типичен восходящий характер поражения позвоночника. Формируются стойкие ограничения движений во всех отделах позвоночника и кифотические деформации грудного и шейного отделов [10]. Рентгенологически выявляют передний спондилит позвоночника, приводящий к уменьшению вогнутости тел позвонков в поясничном отделе с характерной «квадратизацией» тел позвонков.

Лабораторная диагностика: специфических диагностических лабораторных тестов нет. Лабораторные показатели, СОЭ и СРБ, примерно у 50% больных в пределах нормы. Основная роль в развитии АС отводится наследственным факторам и HLA-B27, который включен в качестве одного из признаков новых критериев [11].

Подагра

Подагра - системное заболевание, клинически проявляющееся рецидивирующими острыми артритамии или хроническим артритом, тофусами различной локализации, что обусловлено отложением кристаллов моноурата натрия [5]. Подагра считается мужской болезнью, но в возрасте старше 50 лет подагра развивается с одинаковой частотой у мужчин и женщин [12]. Рентгенологические признаки: относительно поздний симптом «пробойника» - рентгеннегативный участок костной ткани, соответствующий внутрикостному тофусу. Выделяют наличие эрозий (при проникновении околосуставного тофуса в кость), на начальных этапах — симптом вздутия костного края. Типичный признак первой атаки чаще проявляется поражением первого плюснефалангового сустава стопы. Лабораторные исследования: в общем анализе крови выявляется лейкоцитоз, повышение СОЭ. В биохимическом анализе крови: повышается уровень СРБ [13].

Остеоартроз

Остеоартроз (ОА) - гетерогенная группа заболеваний различной этиологии, в основе которых лежит поражение всех компонентов сустава, в первую очередь хряща, субхондральной кости, синовиальной оболочки, связок, капсулы, околосуставных мышц [5].

Клинические проявления: боль, утренняя скованность, боль при пальпации, крепитацию, тугоподвижность в суставе. Чаще в процесс вовлекаются суставы, подвергающиеся нагрузке (коленные, тазобедренные), мелкие суставы кистей и позвоночник. Рентгенологические признаки на ранней стадии: неравномерное сужение суставной щели, уплотнение пограничной суставной пластинки, заострение краев суставных поверхностей, кистовидная перестройка костной ткани.

Лабораторные исследования: патогномоничных признаков не существует. Лабораторные исследования следует проводить в целях дифференциального диагноза [5].

Палиндромный ревматизм

Палиндромный ревматизм (ПР) – заболевание проявляющееся рецидивирующим через нерегулярные промежутки времени ярко выраженным, но полностью обратимым моноартритом, реже – олигоартритом.

Клиника: острая боль, припухание, гиперемия сустава. Обычно воспаляются коленные суставы, реже – лучезапястные, пястнофаланговые и проксимальные межфаланговые суставы. Как правило, поражается один и тот же сустав, но иногда локализация может меняться. Возможно появление быстроисчезающих подкожных узелков размером с горошину. Лабораторные проявления: острый период характеризуется умеренным ускорением СОЭ и повышением СРБ, РФ, антител к циклическим цитруллинированным пептидам (АЦЦП) и

антикератиновых антител [10].

Список литературы:

1. Коротаева Т.В. Псориатический артрит: классификация, клиническая картина, диагностика, лечение / Коротаева Т.В., Корсакова Ю.Л. // Научно-практическая ревматология - 2018 - С. 22-24
2. Chandran V. Sensitivity of the classification of psoriatic arthritis criteria in early psoriatic arthritis / Chandran V., Schentag C., Gladman D. // Arthr Rheum. - 2007. - Vol.57(8). - P.1560-3.
3. Смагина, Н. Н. Дифференциальная диагностика псориатического артрита/ Н. Н.Смагина, Л. А.Порошина, Е. А.Ивашкевич // Проблемы здоровья и экологии. - 2016. - № 4. - С 19-25.
4. Насонов Е.Л.Ревматоидный артрит/ Ревматология: национальное руководство// Под ред. Насонова Е.Л., Насоновой В.А. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. — С. 290-331.
5. Aletaha D. 2010 rheumatoid arthritis classification criteria: an AmericanCollege of Rheumatology/European League Against Rheumatism collaborative initiative / D. Aletaha, T. Neogi, A. J. Silman [et al.] // Ann. Rheum.Dis. — 2010. — Vol. 62, N. 9. — P. 1580 - 1588
6. Насонова, Е. Л. Ревматология: клинические рекомендации / Е. Л. Насонова. — 2-е изд. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. — 752 с.
7. Ajene A.N. Enteric pathogens and reactive arthritis: a systematic review of Campylobacter, salmonella and Shigella-associated reactive arthritis. / Ajene A.N., Fischer Walker C.L., Black R.E. // J Health Popul Nutr. - 2013 -Vol. 31 - P. 299-307
8. Selmi C., Gershwin M.E. Diagnosis and classification of reactive arthritis. / Selmi C. // Autoimmun Rev - 2014 - Vol.13 - P. 546-9.
9. Эрдес Ш.Ф. О терминологии спондилоартритов. / Эрдес ШФ, Бадюкин ВВ, Бочкова АГ и др. // Научно-практическая ревматология. - 2015 - 53(6) - С.657-60.
10. Y. Alamanos Epidemiology of psoriatic arthritis in northwest Greece / Y. Alamanos [et al.] // J Rheumtol. — 2003. — Vol. 30. — P. 2641-2644.
11. Эрдес Ш. Ф. Ранняя диагностика анкилозирующего спондилита. / Эрдес Ш. Ф., Бочкова А.Г., Дубинина Т.В., Румянцева О.А., Смирнов А.В.//Научно практическая ревматология - 2013- 51:4 - С.365-8.
12. Михневич, Э. А. Подагра: эпидемиология. Факторы риска / Э. А. Михневич, Н. Ф. Сорока // Здравоохранение. 2011. № 2. С. 36-43.
13. Барскова, В. Г. Хроническая подагра: причины развития, клинические проявления, лечение / В. Г. Барскова // Тер. архив. 2010. № 1. С. 64-68.