

1. Диспансерный учет у педиатра, иммунолога, гематолога.

2. Лабораторные исследования: общий клинический анализ крови (обязателен подсчет лейкоцитарной формулы) проводится 1 раз в 2-3 мес.; биохимический анализ крови с определением активности печеночных ферментов, С-реактивного белка – 1 раз в 6 мес. Общий анализ мочи – 2 раза в год, и при интеркуррентных заболеваниях.

3. Инструментальные исследования: электрокардиография – 1 раз в год; УЗИ брюшной полости – 1 раз в год; рентгенография грудной клетки – 1 раз в год.

4. Консультации: иммунолога 1 раз в 3 мес. в первый год наблюдения, далее 1 раз в 6 мес.; хирурга – 1 раз в год, окулиста – 1 раз в 6 мес., стоматолога – 1 раз в год, отоларинголога – 1 раз в год.

5. Вакцинация противопоказана.

Заключение. В статье описан клас-

сический случай синдрома Вискотта-Олдрича у ребенка 2 мес. Клинически выявлены микробно-воспалительное заболевание в виде парапроктита, геморрагический синдром в виде эрозивно-геморрагического колита и экземы, расцененная как atopический дерматит [3]. Нами описана классическая триада синдрома Вискотта-Олдрича. Ключевым моментом в диагностике наследственного заболевания стал тщательный сбор анамнеза. В анамнезе отмечается высокая смертность детей мужского пола в раннем возрасте, возможно, связанная с микробно-воспалительным заболеванием на фоне первичного иммунодефицита. Не оценимо использование в диагностике наследственных заболеваний молекулярно-генетического исследования [1]. Прогноз для жизни у пациентов с синдромом Вискотта-Олдрича зависит от своевременной диагностики, заместительной терапии и грамотного диспансерного наблюдения [2,4,5].

Литература

1. Кузьменко Н.Б. Молекулярно-генетическая диагностика первичных иммунодефицитных состояний / Н.Б. Кузьменко, Т.В. Варламова, И.В. Мерсиянова [и др.] // Вопросы гематологии онкологии и иммунопатологии в педиатрии. - 2016. - № 15(1). - С. 10-16.

Kuzmenko N.B. Molecular genetic diagnostics of primary immunodeficiency states/ N.B. Kuzmenko, T.V. Varlamova, I.V. Mersyanova [et al.] // Questions of Hematology Oncology and immunopathology in Pediatrics. - 2016. - Vol. 15(1). - P. 10-16.

2. Buchbinder D. Wiskott-Aldrich syndrome: diagnosis, current management, and emerging treatments/ D.Buchbinder, D.J. Nugent, A.H. Fillipovich // Appl. Clin. Genet. - 2014. - Vol.7. - P. 55-66.

3. Chen N. The clinical features of autoimmunity in 53 patients with Wiskott-Aldrich syndrome in China: a single-center study/ N. Chen, Z.Y. Zhang, D.W. Liu// Eur. J. Pediatr. - 2015. - Vol. 174(10). - P.1311-8.

4. Outcomes following gene therapy in patients with severe Wiskott-Aldrich syndrome / A. S. Hacein-Bey, H.B. Gaspar, J.Blondeau [et al.]// JAMA. - 2015. - Vol. 313(15). - P.1550-63.

5. Worth A.J. Current and emerging treatment options for Wiskott-Aldrich syndrome / A.J. Worth, A.J. Thrasher// Expert. Rev. Clin. Immunol. - 2015. - Vol.11(9). - P. 1015-32.

К.Е. Попова, Т.Е. Попова

ПСОРИАТИЧЕСКИЙ АРТРИТ: КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ

DOI 10.25789/YMJ.2020.70.32

УДК 616.72-002.77.-08-02

В статье представлено клиническое наблюдение семейного случая псориаза с присоединением такого осложнения, как псориатический артрит. Описанный случай настраивает на осторожность врачей в отношении псориатического артрита при дифференциальной диагностике с такими специфическими заболеваниями, как ревматоидный артрит, подагра. Активное выявление больных с псориатическим артритом требует, прежде всего, правильной интерпретации анамнестических, клинических, лабораторных, рентгенологических данных.

Ключевые слова: псориаз, псориатический артрит, дерматоз.

The article presents clinical observation of a family case of psoriasis complicated with a psoriatic arthritis. The described case sets up physicians' alertness with respect to psoriatic arthritis in differential diagnostics with such specific diseases as rheumatoid arthritis, gout. Active detection of patients with psoriatic arthritis requires first of all correct interpretation of anamnesis, clinical, laboratory and radiological data.

Keywords: psoriasis, psoriatic arthritis, dermatosis.

Введение. Псориатическая болезнь – это системное воспалительное заболевание, которое поражает кожу, энтезы и суставы [9]. Псориатические заболевания кожи, энтезии и суставов имеют общую патофизиологию, основанную на активации врожденной иммунной системы, а также на генерации патогенных Т-клеток, которые вызывают воспаление. Иммунопатология при псориазе и псориатическом артрите (ПА, PsA) контролируется сочетани-

ем генетических и внешних факторов, таких как механическая нагрузка, которые ускоряют воспаление [2]. Воспаление в контексте псориатической болезни считается системным, и не в последнюю очередь потому, что оба состояния связаны с повышенным сердечно-сосудистым риском, остеопорозом и метаболическими нарушениями [9]. Распространенность ПА у больных псориазом, по данным разных авторов, колеблется от 13,5 до 47% (в среднем 36%), а распространенность самого псориаза в популяции составляет 0,06–1,4%. Причины поражения суставов до сих пор не выяснены. К важным факторам риска ПА относят генетическую предрасположенность, иммунные нарушения II типа, связан-

ные с дезорганизацией коллагена, а также наличие очагов бактериальной, хламидийной и других видов инфекций [1-4]. В 2006 г. предложены критерии диагностики ПА CASPAR, которые представлены в таблице [6].

Псориатический артрит (PsA) является иммуноопосредованным, клинически гетерогенным заболеванием, характеризующимся артритом, энтезитом, дактилитом, спондилитом и псориазом кожи и ногтей. Постоянное воспаление суставов у пациентов с ПА может привести к структурному повреждению, что может вызвать снижение физической функции и качества жизни. Структурное повреждение может происходить быстро, и необратимое повреждение сустава может

ПОПОВА Кристина Евгеньевна – врач-терапевт Городской поликлиники №100 Невского района Санкт-Петербурга; **ПОПОВА Татьяна Егоровна** – д.м.н., зам. директора по науке ЯНЦ КМП; проф. МИ СВФУ им. М.К. Аммосова, tata2504@yandex.ru.

Диагностические критерии псориатического артрита, CASPAR

Псориатическое воспаление суставов можно диагностировать у пациента с периферическим артритом, спондилоартритом и сакроилеитом или энтезитом и ≥ 3 баллов из нижеследующих:	
Симптомы псориаза (псориатические кожные изменения, выявленные ревматологом или дерматологом): - псориаз в личном или семейном анамнезе (у родственника I или II степени) - псориатические изменения присутствуют в данный момент	1 балл 2 балла
Типичные псориатические изменения ногтей (отделение ногтя, углубления в ногтевой пластинке и гиперкератоз), установленные при объективном обследовании	1 балл
Отрицательный результат определения ревматоидного фактора каким-либо методом (за исключением латексного теста), лучше всего ELISA или нефелометрическим методом	1 балл
Дактилит , определяемый как отек всего пальца (т.н. сосискообразный палец) в данный момент или в анамнезе, фиксированный ревматологом	1 балл
Радиологические признаки околосуставной костной пролиферации в виде нечетко ограниченного окостенения по краям сустава (за исключением остеофитов) на рентгенограммах кисти или стопы	1 балл

наблюдаться, если пациенты не получают своевременного и надлежащего лечения [5].

Трудности диагностики ПА связаны с ее сходством с ревматоидным артритом, подагрой ввиду отсутствия специфических клинических маркеров [7]. Диагноз ревматоидного артрита (РА) основывается на клинических симптомах и серологической позитивности ревматоидного фактора (РФ) и/или антител к антицитруллинированным пептидам (анти-CCPs), тогда как для ПА в диагностике заболевания помогают только клинические и визуализирующие особенности [7].

Представляем клиническое наблюдение семейного случая псориаза, осложненного псориатическим артритом.

Цель исследования – демонстрация семейного случая псориатического артрита и проведение дифференциальной диагностики с ревматоидным артритом, подагрой.

Материалы и методы исследования. Приведены данные клинического наблюдения пациента с диагнозом: псориатический артрит, полиартритический вариант, тяжелое течение, активность II ст., функциональная недостаточность II–III ст. Фоновый диагноз: распространенный вульгарный псориаз, экссудативный, внесезонный вариант, стационарная стадия.

Результаты и обсуждение. Пациентка А., 48 лет, обратилась к участковому терапевту с жалобами на боли и припухлость в области правого плечевого и локтевого суставов, левого коленного сустава, межфаланговых суставов кистей и стоп с обеих сторон, боль в шейном отделе позвоночника, которая возникает в ночное время и

уменьшается после физических нагрузок или приема НПВП.

Из анамнеза известно, что пациентка болеет около 11 лет. Вначале в волосистой части головы и на разгибательной поверхности локтевых и коленных суставов появились папулы розовато-красноватого цвета, покрытые рыхлыми серебристо-белыми чешуйками, четко отграниченные от здоровой кожи. Позже присоединилась боль во всех суставах 3-го и 4-го пальцев обеих стоп. В течение двух лет болезненность распространилась на коленные суставы. Больной был поставлен диагноз: Ревматоидный артрит. Псориаз. От предложенной терапии пациент отказался.

В последние два года отмечала выраженные обострения с усилением артралгического синдрома с вовлечением новых суставов и субфебрильной температурой около двух раз в год. Появилась «редискообразная» деформация пальцев стоп и «сосискообразная» деформация пальцев кисти. Постоянно принимает Найз по 2 табл. 2 раза в день.

Росла и развивалась соответственно возрасту. Контакты с инфекционными больными отрицает. Гемотрансфузии отрицает. Наследственный анамнез: матери в возрасте 52 лет был установлен диагноз псориаз, псориатический артрит.

Пациентка страдает артериальной гипертензией в течение 6 лет: повышение артериального давления до 150/90 мм рт. ст., постоянно получает гипотензивную терапию препаратом Престанс 1 раз в день утром.

Аллергологический анамнез не отрицает.

Объективно: рост 175 см, масса тела 95 кг. ИМТ 31,02 кг/м², что соответствует ожирению 1-й степени. Наличие псориатических бляшек в волосистой части головы, на разгибательных поверхностях правого плечевого, локтевого суставов, а также обоих коленных суставов. Присутствует псориатическая триада: стеариновое пятно, терминальная пленка и феномен «кровавой росы» Полотебнова. «Редискообразная» деформация пальцев стопы и «сосискообразная» деформация, отек и гиперемия 2-го, 3-го и 4-го пальцев правой кисти и 2-го и 3-го пальцев левой кисти. Все суставы стоп и кистей увеличены в объеме. Патологическая подвижность в области дистальных межфаланговых суставов пальцев кистей.

Общий анализ крови: эритроциты – $4,5 \times 10^{12}/л$; гемоглобин – 145 г/л; лейкоциты – $6,5 \times 10^9/л$ (сегментоядерные – 68%, лимфоциты – 31 %, моноциты – 1%); тромбоциты – $353 \times 10^9/л$; СОЭ – 42 мм/ч.

Общий анализ мочи – без особенностей.

Ревмопробы: СРБ – 2 мг/л, РФ – отр., антистрептолизин-0 – 152 Ед/мл, мочевая кислота – 0,3 ммоль/л, А-ЦЦП – 20 Ед/л.

Бактериальный посев синовиальной жидкости – без особенностей.

ЭКГ: синусовый ритм. Гипертрофия левого желудочка. ЭОС отклонена влево. ЧСС 68 в 1 мин.

Рентгенография кистей: суставные щели проксимальных межфаланговых суставов 2, 3, 4-го пальцев сужены; головки 2-го, 3-го и 4-го пястных костей изъедены, уменьшены в размерах, с наличием краевых узур и кистовидных просветлений. Отсутствуют головки 1-й пястной кости справа и головки проксимальных фаланг пяти пальцев (остеолиз).

Рентгенография стоп: эрозии в сочетании с пролиферацией костной ткани в межфаланговом суставе большого пальца стопы, первом предплюсне-плюсневом суставе и вывихи во II–V плюснефаланговых суставах; в нескольких пальцах эрозии бугристых дистальных фаланг.

Рентгенография коленных суставов в 2 проекциях: определяются неравномерные сужения суставной щели, краевые костные разрастания, субхондральный остеосклероз.

Консультация дерматолога: распространенный вульгарный псориаз, экссудативный, внесезонный вариант, стационарная стадия.

Проведена дифференциальная

диагностика с ревматоидным артритом, подагрой и другими системными поражениями. По шкале CASPAR у пациентки 6 баллов: псориаз в личном семейном анамнезе (у мамы) – 1 балл, псориатические изменения присутствуют в данный момент – 2 балла, отрицательный результат определения ревматоидного фактора – 1 балл, дактилит – 1 балл, радиологические признаки околосуставной костной пролиферации в виде нечетко ограниченного окостенения по краям сустава – 1 балл [5]. Таким образом, на основании жалоб, анамнеза, клинических и параклинических данных установлен диагноз: псориатический артрит, полиартритический вариант, тяжелое течение, активность II ст., функциональная недостаточность II–III ст. Фон: распространенный вульгарный псориаз, экссудативный, внесезонный вариант, стационарная стадия. Сопутствующий диагноз: гипертоническая болезнь 2, АГ-2, риск -3. Ожирение I ст.

Проведена терапия нестероидными противовоспалительными препаратами, цитостатическая терапия метотрексатом с начальной дозой 10 мг с последующим увеличением до 20 мг, гепатопротекторы, тиосульфат натрия для снятия обострения псориатических элементов, салициловая кислота наружно. На фоне лечения псориатические элементы на коже уменьшились, стала менее заметна инфильтрация вокруг высыпаний, образовались псевдоатрофические ободки Воронова, зуд полностью исчез, воспаление пораженных суставов стало меньше, регрессировал артралгический синдром.

Выводы. Этот случай настраивает на осторожность врачей в от-

ношении псориатического артрита при дифференциальной диагностике с такими специфическими заболеваниями, как ревматоидный артрит, подагра. Активное выявление больных с псориатическим артритом требует, прежде всего, правильной интерпретации анамнестических, клинических, лабораторных, рентгенологических данных. Представленное клиническое наблюдение свидетельствует о значимом вкладе генетической предрасположенности к развитию заболевания. Важным моментом является то, что у пациентов с псориатическим артритом повышается риск сердечно-сосудистых нарушений [8]. Правильно поставленный диагноз позволяет назначить единственное правильное лечение и предупредить осложнения, которые могут привести к инвалидизации пациента.

Литература

1. Бутов Ю.С. Дерматовенерология: руководство для врачей / Ю.С. Бутов, Н.Н. Потеев. – М., 2017. – С. 206-220.
2. Бутов Ю.С. Дерматовенерология: a guide for doctors / Yu.S. Butov, N.N. Poteev. – M.: Geotar Media, 2017. – P. 206-220.
3. Васильева Л.В. Сравнительный анализ эффективности базисной терапии метотрексатом в комбинации с хромолазерной терапией и монотерапии метотрексатом у больных псориатическим артритом / Л.В. Васильева, Е.Ф. Евстратова, А.В. Никитин // Global science. Development and novelty. Collection of scientific papers on materials International Scientific Conference. – 2016. – С. 19-23.
4. Васильева Л.В. A comparative analysis of the effectiveness of basic methotrexate therapy in combination with chromolaser therapy and methotrexate monotherapy in patients with psoriatic arthritis / L.V. Vasilieva, E.F. Evstratova, A.V. Nikitin // Global science. Development and novelty. Collection of scientific papers, on materials of the international scientific-practical conference. – 2016. – P. 19-24.
5. Псориаз: клинико-эпидемиологические особенности и вопросы терапии / А.Л. Бакулев, Т.В. Фитилева, Е.А. Новодережжина [и др.] // Вестник дерматологии и венерологии. – 2018. – Т.94, №3. – С. 67-76.
6. Psoriasis: clinical and epidemiological features and treatment issues / A.L. Bakulev, T.V. Fitileva, E.A. Novoderezhkina [et al.] // Bulletin of Dermatology and Venereology. – 2018. – V. 94, № 3. – P. 67-76. DOI.org/10.25208/0042-4609-2018-94-3-67-76.
7. Псориатический артрит. Клинические рекомендации по диагностике и лечению / Т.В. Коротаева, Ю.Л. Корсакова, Е.Ю. Логинова [и др.] // Современная ревматология. – 2018. – №2. – С. 22–35.
8. Psoriatic arthritis. Clinical recommendations for diagnosis and treatment / T.V. Korotaeva, Y.L. Korsakova, E.Yu. Loginova [et al.] // Modern Rheumatology Journal. – 2018. – V. 12, № 2. – P. 22–35. DOI: 10/14412/1996-7012-2018-2-22-35.
9. Assessing structural damage progression in psoriatic arthritis and its role as an outcome in research / D. Van der Heijde, D.D. Gladman, A. Kavanaugh, P.J. Mease // Arthritis Res Ther. – 2020. – V.22, № 1. – P. 18. doi: 10.1186/s13075-020-2103-8
10. Classification criteria for psoriatic arthritis: development of new criteria from a large international study / W. Taylor, D. Gladman, P. Helliwell [et al.] // Arthritis Rheum. – 2006. – V. 54, № 8. – P. 2665–2673. DOI:10.1002/art.21972.
11. Differences in the serum metabolome and lipidome identify potential biomarkers for seronegative rheumatoid arthritis versus psoriatic arthritis / M. Souto-Carneiro, L. Tóth, R. Behnisch [et al.] // Ann Rheum Dis. – 2020. – pii: annrheumdis-2019-216374. DOI: 10.1136/annrheumdis-2019-216374.
12. Ma J. The association between biologic agents and the risk of cardiovascular events in patients with psoriasis and psoriatic arthritis: a protocol for a systematic review and meta-analysis / J. Ma, N. Liang, J. Chen, Y. Bai. // Medicine (Baltimore). – 2019. – V.98, № 47. – e18063. DOI: 10.1097/MD.00000000000018063.
13. Ritchlin C.T. Psoriatic arthritis / C.T. Ritchlin, R.A. Colbert, D.D. Gladman // N. Engl. J. Med. – 2017. – V. 376, № 10. – P. 2095–2096. DOI: 10.1056/NEJMra1505557.

