

Слайд
1

Псориатический артрит (Современные методы оценки активности)

(диагностические критерии, периферический артрит, энтезит, спондилит, дактилит, поражение кожи, ответ на терапию, стандартные и новые методы лечения).

Коротаева Т.В.

ГУ Институт ревматологии РАМН

Слайд
2

Псориатический артрит (ПсА)

- Воспалительное заболевание суставов и энтезисов, обычно ассоциированное с псориазом. Распространенность ПсА среди больных псориазом варьируется от 7% до 40%, частота встречаемости ПсА в общей популяции составляет около 2%.
- Диагноз «ПсА» - второй по частоте после РА.
- ПсА ассоциируется с значительными нарушениями функциональных возможностей больных, повышением риска смертности по сравнению с популяцией, ухудшением качества жизни
- До недавнего времени возможности терапии ПсА были крайне ограничены. По данным US National Psoriasis Foundation 25% больных ПсА не удовлетворены результатами и возможностями лечения своего заболевания (2002г).
- Расширение знаний в области иммунопатогенеза ПсА и псориаза привело к настоящему терапевтическому прорыву - применение биологических агентов. В связи с этим встал вопрос о разработки новых и стандартизации известных критериев ответа на терапию, общепринятых алгоритмов оценки активности ПсА.

Слайд
3

Клинические проблемы ПсА

- Отсутствие общепринятых диагностических и классификационных критериев ПсА. До сих пор критерии Moll и Wright, 1973г (ч/с-0,94\0,993) считают лучшими. В 2003г создана Group for Research and Assessment of Psoriasis and Psoriatic Arthritis (GRAPPA). Одна из задач группы разработка единых критериев и классификации ПА. В клинических испытаниях новых лекарственных средств применяют модифицированные критерии Bennett R. M. и соавт., 1979 г. ПсА имеет черты РА и АС. Особенности ПсА по сравнению с РА: у 50% больных вовлекаются ДМФ, одинаково страдают мужчины и женщины, артрит асимметричный, наличие дактилита, остеолита и анкилоза суставов, вовлечение позвоночника (40% больных). Поражение позвоночника клинически и рентгенологически сближает ПсА с АС. Часто спондилит протекает бессимптомно, при этом изолированное поражение позвоночника без доказательства периферического артрита большая редкость и встречается только у 2-4% больных ПсА. В этом случае возникают трудности в адекватной оценке активности заболевания. Приведу пример из нашей практики. У пациентки с давностью заболевания 32 года только в начале болезни отмечался стойкий асимметричный периферический артрит. В последние годы активность суставного синдрома минимальна (поражено 2 сустава), при этом главная жалоба-выраженная, боль и скованность в позвоночнике и с этих позиций активность заболевания у нее крайне высокая. Как правильно оценить активность ПсА в данном случае?
- У 20% больных ПсА поражение суставов предшествует псориазу.

Слайд
4

Модифицированные диагностические критерии ПсА (Bennett R.M.и соавт, 1979)

- **Основные**
- ✓ Наличие в анамнезе или к моменту осмотра клинических проявлений псориаза(кожа\или ногти) подтвержденных врачом в сочетании с болью или припухлостью мягких тканей и\или ограничением подвижности не менее чем в 1 суставе, длительностью 6 недель или более.
- **Дополнительные**
- ✓ Наличие артрита дистальных межфаланговых суставов кистей. Исключение-узелки Гебердена и Бушара.
- ✓ Наличие «сосискообразной» деформации пальцев стоп.
- ✓ Асимметричный хронический артрит кистей и стоп.
- ✓ Отсутствие подкожных узелков.
- ✓ Отсутствие ревматоидного фактора.
- ✓ Рентгенологические признаки эрозивного артрита мелких суставов с относительно небольшими признаками околоуставного остеопороза. Критерий исключения-эрозивный остеоартроз.
- ✓ 1 Или более следующих рентгенологических признаков поражения позвоночника: (a) сакроилеит; (b) синдесмофиты (иногда атипичные); (c) паравертебральные оссификаты.
- ✓ Диагноз ПсА: Основной критерий плюс любые 3 дополнительных.

Слайд
5

Основные клинические варианты ПсА (Moll JM, Wright V. Psoriatic arthritis. Semin. Arthritis & Rheum. 1973;3:55-78)

- Артрит дистальных межфаланговых суставов кистей и стоп
- Мутилирующий артрит с сакроилиитом
- Симметричный артрит, подобный ревматоидному артриту, но отрицательный по ревматоидному фактору.
- Асимметричный, моно-олигоартрит с вовлечением мелких суставов кистей и стоп.
- Анкилозирующий спондилоартрит с или без периферического артрита.
- Заметьте!**
- Ревматоидный фактор может выявляться по данным Gladman у 12% больных ПсА. Это не повод для отказа от диагноза ПсА. В этом случае помощь может оказать исследование на антитела к циклическому цитруллинированному пептиду (anti-CCP). Для РА Anti-CCP более специфическая реакция, чем наличие IgM RF.

Слайд
6

Периферически артрит при ПсА.

Трудности:

- Отсутствуют какие-либо специфические методы оценки клинических проявлений при ПсА. Используют суставные индексы и критерии ответа на терапию, принятые при РА. Многие из этих методов не тестированы на чувствительность и специфичность при ПсА, но в то же время демонстрируют свои возможности в клинических исследованиях.
- Применяют ACR счет суставов, модифицированный для ПсА. Оценивают 76 болезненных и 74 припухших суставов (тазобедренные суставы не включают в счет). Особенность для ПсА-включены дистальные межфаланговые суставы кистей и стоп, суставы предплюсны. В некоторых исследованиях считают 78 болезненных и 76 припухших суставов, включая таранно-пяточные. Болезненные и припухшие суставы считают раздельно.
- Вопрос о адекватном (для ПсА) использовании Индекса Ричи является предметом обсуждения, так как его счет входит в DAS4, DAS28 и в Европейские критерии ответа на терапию.

Слайд
7

Дактилит при ПсА

- Дактилит (воспаление пальца) - типичное проявление ПсА. По данным Gladman D.D. и соавт. (2005) дактилит обнаруживают у 48% больных ПА, при этом чаще (65%) вовлекаются пальцы стоп.
- Дактилит развивается, главным образом, за счет воспаления сухожилий сгибателей пальцев. В то же время может наблюдаться артрит мелких суставов одного пальца.
- Клинически проявляется выраженной болью, припухлостью, отеком всего пальца, ограничением подвижности, главным образом, за счет сгибания, цианотичным окрашиванием кожных покровов с формированием характерной "сосискообразной" деформации.
- Может быть острым или хроническим (утолщение пальца без боли и покраснения).
- Учитывая важность этого симптома для ПсА, оценку дактилита необходимо включать в клинические испытания.

Слайд
8

Форма для оценки терапии с использованием модифицированного ACR

Всч-чел	Пожалуйста, отметьте болезненные суставы				Пожалуйста, отметьте припухшие суставы								
Груд.-ключ.	[Diagram]				[Diagram]								
Ключ.-акр.	[Diagram]				[Diagram]								
Плечевой	[Diagram]				[Diagram]								
Локтевой	[Diagram]				[Diagram]								
Лучез.-пл.	[Diagram]				[Diagram]								
ПсФС 1-5	[Diagram]				[Diagram]								
ПМФС 1-5	[Diagram]				[Diagram]								
ДМФС 2-5	[Diagram]				[Diagram]								
Тазобедр.	[Diagram]				[Diagram]								
Колленный	[Diagram]				[Diagram]								
Голеностоп.	[Diagram]				[Diagram]								
Суст. Пред.	[Diagram]				[Diagram]								
ПсФС 1-5	[Diagram]				[Diagram]								
ПМФС 1-5	[Diagram]				[Diagram]								
ДМФС 2-5	[Diagram]				[Diagram]								
Лечение	ЧБС	ЧПС	ОЗП	ОБ	ОЗВ	Уг. ск	ИАО	СОЭ	ЦРБ	дактилит(палец, сустав)	какой	остр	хрон
			/10	/10	/10	м.				<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Слайд
9

Спондилит при ПсА

- Встречается у 40% больных ПсА. В редких случаях (2%) обнаруживается изолированный спондилоартрит без признаков периферического артрита. Изменения локализуются в илиосакральных сочленениях, связочном аппарате позвоночника с формированием синдесмофитов, паравerteбральных оссификатов. Клинические проявления сходны с АС.
- Илиосакральные сочленения не оценивают так как эти суставы неподвижны и труднодоступны, а среди исследователей нет единого мнения о их локализации для пальпации.
- Подвижность позвоночника определяют по следующим показателям: экскурсия грудной клетки (см) (измеряется на уровне 4 межреберья), расстояние «верхушка 3 пальца-пол» при максимальном наклоне вперед не сгибая колени (см), тест Шобера и его модификации (см), боковые наклоны позвоночника (см)- расстояние между 3 пальцем кисти и лодыжкой или полом при максимальном наклоне туловища в сторону.
- Подвижность шейного отдела позвоночника- фиксируется только нормальное или сниженное сгибание, измеряют как расстояние между подбородком и яремной вырезкой при максимальном наклоне головы; разгибание не оценивают, можно использовать суррогатный тест «расстояние tragus-стена».

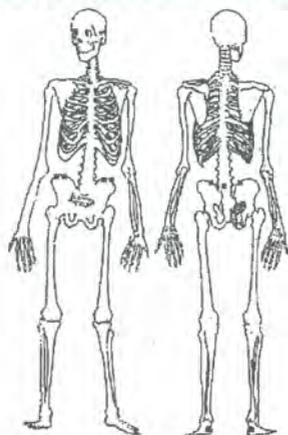
Слайд
10

Энтезит при ПсА

- Энтезит (Энтезопатия) – частое клиническое проявление ПсА, проявляющееся воспалением в местах прикрепления связок и сухожилий к костям с последующей резорбцией субхондральной кости.
- Наиболее типичными локализациями являются: задне-верхняя поверхность пяточной кости непосредственно в месте прикрепления ахиллова сухожилия, место прикрепления подошвенного апоневроза к нижнему краю пяточного бугра, бугристой большеберцовой кости, место прикрепления связок плеча (вращающая манжета). Первые 3 точки наиболее чувствительны, последняя-малочувствительна для определения.
- В связи с этим в клинические исследования включают индекс MASES (Maastricht Ankylosing Spondylitis Enthesis Score), где оценивают 13 точек прикрепления сухожилий и связок.

Слайд
11

Индекс MASES (Maastricht Ankylosing Spondylitis Enthesis Score)



Слайд
12

Оценка псориазического поражения кожи.

- Определение общей площади псориазического поражения кожи (BSA), при этом 1 ладонь пациента соответствует 1%. В случае, если BSA > или = 3%
- Используют индекс PASI (Psoriasis Area Severity Index).
- Общая оценка активности псориазического поражения кожи врачом по пятибалльной шкале Likert - очень плохо, плохо, удовлетворительно, хорошо, отлично (от 0 до 4 баллов).

Слайд
13

Бланк расчёта PASI					
поражение кожи		голова	туловище	руки	ноги
площадь поражения (%)	нет (0)				
	<10% (1)				
	10-30% (2)				
	30-50% (3)				
	50-70% (4)				
	70-90% (5)				
	>90% (6)				
индекс эритемы	нет (0)				
	лёгкий (1)				
	умеренный (2)				
	тяжёлый (3)				
	очень тяжёлый (4)				
индекс инфильтрации	нет (0)				
	нет (0)				
	лёгкий (1)				
	умеренный (2)				
	тяжёлый (3)				
	очень тяжёлый (4)				
индекс десквамации	нет (0)				
	лёгкий (1)				
	умеренный (2)				
	тяжёлый (3)				
	очень тяжёлый (4)				

Слайд
14

Пример расчёта PASI				
Процент площади от общей площади тела:				
<ul style="list-style-type: none"> • Голова – 0,1 • Туловище – 0,2 • Руки – 0,3 • Ноги – 0,4 				
область для оценки	голова	туловище	верхние конечности	нижние конечности
протяжённость поражения	3	5	3	4
тяжесть:				
- эритемы	2	3	2	2
- инфильтрации	1	2	3	2
- десквамации	3	3	2	2
- общая	6	8	7	6
сумма	18	40	21	24
сумма*%площади	1.8	8	6.3	9.6
Общее количество баллов 25.8				

Слайд
15

Оценка эффективности терапии
<ul style="list-style-type: none"> • PsARC, Clegg et.al. 1996 (Оценка активности заболевания врачом по шкале Likert в баллах от 0 до 4, оценка активности заболевания пациентом по шкале Likert в баллах от 0 до 4, количество болезненных суставов (30% улучшения), количество припухших суставов (30% улучшения). • ACR 20%, 50%, 70%, модифицированные для ПсА. В критерии эффективности терапии ACR входят количество болезненных суставов из 76, количество припухших суставов из 74, общая оценка активности ПсА врачом по ВАШ (мм), общая оценка активности ПсА пациентом по ВАШ (мм), оценка интенсивности боли в суставах за последнюю неделю пациентом по ВАШ (мм), HAQ, СРБ. • PsA индекс ответа на терапию Daunt et.al., 1987 основан на оценке боли по ВАШ, длительности утренней скованности, силе сжатия, индексе Ричи, концентрации гемоглобина. Однако, этот индекс применим только к ревматоидоподобной форме ПсА. • SF-36.

Слайд 16

Клинический ответ на различные виды терапии							
исследование	число пациентов	продолжительность болезни	продолжительность исследования	PsARC	ACR 20	ACR 50	ACR 70
лефлуноמיד 20 мг/день	190	11 лет	24 недели	58.9%	36.3 %	-	-
этанерцепт 25 2 раза в нед.	60	9 лет	12 недели	87%	73%	50%	13%
этанерцепт 25 2 раза в нед.	205	9 лет	12 недели 24 недели	72% 70%	59% 50%	38% 37%	11% 9%
инфликсимаб 5 мг/кг	102	8.5 лет	16 недели	78%	70.6 %	52,9 %	25,7 %
инфликсимаб 3 мг/кг	16	почти 12 лет	30 недели		64%	57%	57%

Слайд 17

