

УДК 616.53-002.282-06:616.5-002.954

ТРАНСФОРМАЦИЯ ИНТЕГРАТИВНЫХ ДЕРМАТОЛОГИЧЕСКИХ ИНДЕКСОВ У БОЛЬНЫХ ПСОРИАТИЧЕСКИМ АРТРИТОМ ПОД ВЛИЯНИЕМ ТРАДИЦИОННОГО ЛЕЧЕНИЯ С МЕТОТРЕКСАТОМ

¹Шаповалов Р.Г., ²Исаенко Т.П.

¹Лечебно-диагностический центр, Алексеевка, e-mail: roman_077@mail.ru;

²ГБОУ ВПО «Курский государственный медицинский университет», Курск, e-mail: isaenko.tat@yandex.ru

Проведено исследование 45 человек, страдающих псориатическим артритом (ПА), получавших стандартную терапию псориатической болезни (с ведущим артропатическим синдромом) с инъекционной формой метотрексата – методжектом. По окончании терапии выявлено значительное уменьшение значений интегративных дерматологических индексов. Комплексная терапия с метотрексатом в значительной степени нивелировала кожные высыпания псориаза, ускоряя их регресс. Выбранная нами комплексная терапевтическая тактика лечения пациентов с ПА достоверно улучшала качество жизни пациентов.

Ключевые слова: псориатический артрит, методжект, качество жизни, суставной синдром

TRANSFORMATION DERMATOLOGICAL INDEXES AT PATIENTS WITH PSORIATIC ARTHRITIS INFLUENCED BY TRADITIONAL TREATMENT WITH METHOTREXATE

¹Shapovalov R.G., ²Isayenko T.P.

¹Medical and Diagnostic Center, Alekseyevka, e-mail: roman_077@mail.ru;

²Kursk State Medical University, Kursk, e-mail: isaenko.tat@yandex.ru

45 patients with psoriatic arthritis took part in a research. On adding Metoject to a standard therapy of psoriatic disease with leading arthropathic syndrome the integrative dermatological indexes decreased significantly. The complex therapy with Methotrexate forced the regression of cutaneous symptoms of psoriasis, improving the life quality of the patients.

Keywords: psoriatic arthritis, Metoject, arthropathic syndrome, life quality

Псориаз – системное иммуноассоциированное стрессогенное заболевание мультифакториальной природы с доминирующим значением в развитии генетических факторов, характеризующееся дисбалансом в иммунной сфере, выраженными психоэмоциональными нарушениями, патологией системы пероксидации, частыми патологическими изменениями опорно-двигательного аппарата и внутренних органов [1, 2].

Псориаз является одним из наиболее распространенных хронических дерматозов, в мире зарегистрировано около 125 млн. больных этим заболеванием, причем частота встречаемости в структуре дерматологических заболеваний составляет около 40% [8].

Несмотря на то, что в большинстве случаев псориаз не представляет угрозы для жизни, но, тем не менее, он является непосредственной причиной появления весьма серьезных патологических проблем, социальной дезадаптации [1, 2, 7]. При обострении процесса у пациентов возникает тяжелый психологический стресс, сопровождающийся чувством собственной неполноценности, психологического и социаль-

ного дискомфорта, существенное снижение качества жизни больных [3, 4].

В последнее время все большее число исследователей говорят о псориазе не как об изолированном кожном заболевании, а как о системной «псориатической болезни» с доминирующими проявлениями на коже. «Системность» заболевания проявляется в частом вовлечении в процесс не только кожного покрова, но и других систем и органов, в частности, опорно-двигательного аппарата при артропатической форме псориаза [2, 7]. Распространенность ПА среди больных псориазом колеблется от 7 до 47%, причем у 15% больных артрит развивается до поражения кожи, при обычном псориазе артрит бывает в 6-7% случаев, а при уже выявленной псориатической артропатии в 73,2% встречается пустулезный или экссудативный псориаз, а также псориатическая эритродермия [5, 6]. Примерно у 50% больных ПА протекает с поражением мелких суставов. Коварной особенностью артропатической формы псориаза является то, что у части пациентов заболевание может протекать безболезненно, что приводит к поздней постановке диагноза, когда

изменения в суставах, приводящие в итоге к ограничению движений, уже необратимы.

Цель работы: оценить действие комплексной схемы лечения больных артропатической формой псориаза с учетом трансформации общеклинических показателей и интегративных суставных и дерматологических индексов.

Материалы и методы исследования

Исследование выполнено с участием 45 больных артропатическим псориазом, получавших амбулаторное или стационарное лечение в Курском областном клиническом кожно-венерологическом диспансере. У восьми пациентов псориазический артрит сочетался с псориазической эритродермией. Больные исследуемой группы были в возрасте от 25 до 40 лет, соматически здоровы, не принимали никаких других лекарственных препаратов, кроме схемы лечения псориаза, назначенной дерматовенерологом. Всем пациентам проводили традиционное лечение в соответствии со «Стандартом медицинской помощи больным псориазом» (утвержд. МЗ и СР РФ от 30.05.2006 г. № 433). Схема традиционного лечения включала в себя десенсибилизирующие средства (натрия тиосульфат), антигистаминные препараты (лоратадин), седативные препараты (экстр.валерианы табл.), витамины группы В, аевит, нестероидные противовоспалительные препараты (диклофенак), омепразол, наружные лекарственные формы с салициловой кислотой, серой, нафталанской нефтью. Дополнительно все пациенты получали метотрексат/методжект по схеме 7,5 мг в неделю 4 недели с повышением дозы 15 – 20 мг в неделю с ее использованием в течение 10 недель, и снижением дозы до 7,5 мг в течение следующих десяти недель. Кроме того, все больные получали фолиевую кислоту (витамин В9), уменьшающую неблагоприятные эффекты методжекта. Метотрексат – антагонист фолиевой кислоты, цитостатик, относящийся к группе антиметаболических препаратов, который ингибирует иммунные и воспалительные реакции. Все больные прошли обследование, включающее общеклиническое и дерматологическое обследование, рентгенологическое исследование суставов и позвоночника.

Общими критериями включения пациентов в группу наблюдения являлись:

- наличие различных форм псориазического артрита, максимально часто встречающиеся (периферический артрит, энтезит, дактилит (сосискообразный палец) и спондилит);
- возраст пациентов от 40 до 60 лет;
- наличие не менее двух рецидивов в год;
- отсутствие коморбидных заболеваний в стадии обострения, требующих поддерживающей медикаментозной терапии;
- значение индекса PASI более 5 баллов;
- наличие информированного согласия пациента на участие в исследовании и соблюдение указаний врача относительно назначенной терапии и проводимых клинико-лабораторных исследований.

Критериями исключения являлись отсутствие хотя бы одного из критериев исключения.

Критериями включения в группу больных псориазическим артритом и подтверждающими диагноз, были критерии, утвержденные Американской ревматологической ассоциацией (ASA):

- поражение дистальных межфаланговых суставов кистей и стоп;
- одновременное поражение трех суставов одного пальца;
- раннее вовлечение в процесс пальцев стоп;
- талалгия;
- наличие кожных псориазических высыпаний или поражений ногтевых пластинок;
- случаи псориаза у кровных родственников;
- отрицательные реакции на ревматоидный фактор (РФ);
- наличие остеолизиса;
- сакроилеит;
- развитие паравертебральных оссификаций.

Оценку клинических проявлений псориаза проводили по выявлению основных симптомов заболевания: эритема, инфильтрация, шелушение, зуд, псориазические феномены (триада и Кебнера). Для оценки проводимого лечения использовался индекс PASI и дерматологический индекс качества жизни (ДИКЖ). Диагноз псориазический артрит устанавливали согласно диагностическим критериям, разработанным институтом ревматологии РАМН (1989). Активность ПА оценивали по количеству болезненных и воспаленных суставов, уровню С-реактивного белка, выраженности боли в суставах, а также на основании мнения врача и пациента. Клинический эффект определяли по изменению суставного индекса Ричи, индексу оценки ПА на основании критериев CASPAR и выявлении характерных клинических признаков ПА – периферический артрит, энтезит, дактилит (сосискообразный палец) и спондилит. Все пациенты с ПА с клинически значимым псориазом кожи и ногтей (в соответствии с величиной индекса (PASI) наблюдались двумя специалистами – врачом дерматологом и врачом ревматологом и выбор терапии основывался на тесном взаимодействии врача и пациента (в соответствии с уровнем доказательности С). Достоверность полученных результатов определялась по парному и непарному t-критерию Стьюдента.

Результаты исследования и их обсуждение

При формировании группы исследуемых больных нами учитывались распространенность различных форм псориазической болезни. Нами выявлено, что из общего числа пациентов больные с асимметричным моноолигоартритом составили 25 человек (55,6%), с симметричным ревматоидно-подобным артритом – 15 человек (33,3%) и артритом дистальных межфаланговых суставов (дактилитом) – 5 (11,1%). Для объективной оценки эффективности проводимого лечения клиническая группа формировалась таким образом, чтобы дерматологический и суставной статус представленных в ней пациентов был сопоставим.

Выполненное нами исследование показало, что с началом применения лечения пациенты отмечали отчетливый положительный клинический эффект на 10-12 день после начала комплексной терапии – отме-

чалось уменьшение боли и отека в области пораженного сустава; к 25 суткам терапии после начала лечения у подавляющего числа больных наблюдался переход суставного синдрома в неактивную фазу, отмечалось значительное улучшение/трансформация дерматологического статуса – просветление в центре крупных бляшек дополнялось формированием псевдоатрофического ободка Воронова, а к 29-32 суткам лечения мелкие и средние папулы разрешались вторичной пигментацией. В случае же сочетания ПА с псориатической эритродермией трансформация патологически измененной дермы происходила интенсивнее – изменялся цвет с ярко-краснорозового на застойно-синюшный, уменьшалось шелушение, инфильтрация кожи, появлялись участки с нормальным цветом дермы.

Выраженность основных клинических проявлений псориаза и субъективных симптомов, являющихся составляющими дерматологический индекс PASI, была представлена следующим образом: следует отметить, что в обеих группах получено достоверное уменьшение показателей индекса PASI в результате лечения.

Отмеченное нами регрессирование симптоматики подтверждалось также положительной динамикой интегративных дерматологических индексов. Хотелось бы отметить, что через восемь недель применения внутрикожных инъекций методжекта динамика изменения индекса PASI по сравнению с исходным составила – 31% ($p < 0,001$), а через двадцать недель – 62% ($p < 0,001$). У двух пациенток отмечалось незначительное повышение печеночных трансаминаз, у двоих – нежелательные побочные явления со стороны ЖКТ.

Также нами получено снижение величины индекса Ричи (болезненность и припухлость суставов) у пациентов, получавших метотрексат. До начала проведения терапии все показатели, касающиеся суставного индекса, существенно не различались, что также указывало на одинаковые исходные условия в группе и правильном ее формировании. Следует обратить внимание на факт, что у больных, получавших метотрексат, на восьмой неделе терапии отмечалось снижение показателя болезненности на 13%, а припухлости – на 43%, а также снижение указанных показателей на 66% и 71% со-

ответственно. Безусловно, использование внутрисуставных инъекций с кортикостероидными препаратами, а также проведение блокад быстрее и выраженнее уменьшило бы болевой синдром и другие составляющие индекса Ричи, но проведение таких манипуляций требовало бы специальных навыков лечащего врача или привлечения к проведению терапии специалиста-ревматолога или травматолога.

Выводы

1. Добавление к стандартной терапии псориатической болезни с ведущим артропатическим синдромом методжекта вызывает по ее окончании значительное уменьшение значений интегративных дерматологических индексов.

2. Комплексная терапия с метотрексатом в значительной степени минимизирует кожные эфлоресценции псориаза, ускоряя их регресс.

3. Выбранная нами комплексная терапевтическая тактика лечения пациентов с ПА достоверно улучшает качество жизни пациентов.

Список литературы

1. Бунчук Н.В., Бадокин В.В., Коротаева Т.В. Псориатический артрит // В кн. Ревматология национальное руководство / Под ред. Е.Л. Насонова, В.А. Насоновой – М.: ГЭОТАР-МЕДИА, 2008. – С. 355–366.
2. Бурдейный А.П. Псориатический артрит // В кн. Ревматические болезни / Под ред. В.А. Насоновой, Н.В. Бунчук. – М.: Медицина, 1997. – С. 314–324.
3. Шаповалов Р.Г., Силина Л.В., Бобынцев И.И., Письменная Е.В. Исследование показателей качества жизни больных распространенным псориазом с использованием опросника SP-36 // Вестник новых медицинских технологий. – 2011. – Т. 18, № 1. – С. 90-92.
4. Шаповалов Р.Г., Силина Л.В., Бобынцев И.И., Яцун С.М., Письменная Е.В., Сумина Д.С. Определение степени выраженности симптомов тревоги у больных различными формами псориаза в стадии обострения патологического процесса // Научные ведомости Белгородского государственного университета. Серия: Медицина. Фармация. – 2011. – Т. 15, № 16. – С. 72-77.
5. Kane D., FitzGerald O. Tumour necrosis factor alpha in psoriasis and psoriatic arthritis: a clinical, genetic, and histopathologic perspective // Curr. Rheumatol. Rep., 2004, 6, 292–198.
6. McHugh N., Balakrishnan C, Jones S. Progression of peripheral joint disease in psoriatic arthritis // Rheumatology, 2003, 42, 778–783.
7. Taunton R. Southwood. Psoriatic arthritis. Cassidy J. T., Petty R.E. Textbook of pediatric rheumatology. Toronto, W.B. Saunders Company. 2002. 819 p., 345–354.
8. Veale D., Ritchlin C, FitzGerald O. Immunopathology of psoriasis and psoriatic arthritis // Ann. Rheum. Dis., 2005, 64 (Suppl. II), ii26–ii29.