

Клиническая гетерогенность раннего псориатического артрита

Бадокин В.В.¹, Трошкина И.А.²

¹ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия последипломного образования» Минздрава России, Москва, Россия;

²ФГБНУ «Научно-исследовательский институт ревматологии им. В.А. Насоновой», Москва, Россия

¹123836, Москва, Баррикадная ул., 2/1; ²115522, Москва, Каширское шоссе, 34А

Цель исследования — выявить характерные симптомы и синдромы ранней стадии псориатического артрита (рПсА), имеющие кардинальное значение для ранней диагностики этого заболевания.

Пациенты и методы. Обследован 51 больной с давностью ПсА до 2 лет (в среднем — 12 мес). Диагноз ПсА устанавливался на основании общепринятых критериев CASPAR и отечественных критериев, разработанных экспертным методом. Для выявления воспалительной активности использовали общепринятые современные критерии, включая число болезненных и припухших суставов, индекс DAS28, значения острофазовых показателей. Оценка кожного синдрома осуществлялась с использованием индекса PASI. Проводили рентгенографию кистей, дистальных и проксимальных отделов стоп, таза и других пораженных суставов, а также магнитно-резонансную томографию дистальных отделов кистей/стоп. Для оценки энтезопатии использовали индекс MASES и редуцированный счет GUESS.

Результаты. Выявлены варианты суставного синдрома рПсА в зависимости от длительности заболевания. Определены характерные особенности артрита, спондилита, энтезита, дактилита, их диагностическая значимость и ассоциации с другими проявлениями в первые 2 года ПсА. Определена взаимосвязь дерматита и псориатической онихопатии с клинической картиной суставного синдрома.

Выводы. рПсА характеризуется выраженной гетерогенностью суставного синдрома с преимущественно моно/олигоартритическим и полиартритическим суставным синдромом. Значимыми признаками являются энтезит и дактилит, которые служат факторами риска неблагоприятного течения заболевания.

Ключевые слова: ранний псориатический артрит; чувствительность симптомов; энтезит; дактилит; псориатический артрит; псориатический спондилит.

Контакты: Владимир Васильевич Бадокин; vbadokin@yandex.ru

Для ссылки: Бадокин ВВ, Трошкина ИА. Клиническая гетерогенность раннего псориатического артрита. Современная ревматология. 2016;10(4):51–56.

Clinical heterogeneity of early psoriatic arthritis

Badokin V.V., Troshkina I.A.²

¹Russian Medical Academy of Postgraduate Education, Ministry of Health of Russia, Moscow, Russia; ²V.A. Nasonova Research Institute of Rheumatology, Moscow, Russia

¹2/1, Barrikadnaya St., Moscow 123836; ²34A, Kashirskoe Shosse, Moscow 115522

Objective: to reveal the characteristic symptoms and syndromes of early-stage psoriatic arthritis (ePsA), which are pivotal to its early diagnosis.

Patients and methods. Fifty-one patients with a PsA duration of less than 2 years (mean 12 months) were examined. The diagnosis of PsA was established on the basis of the conventional CASPAR criteria and the Russian criteria developed by the expert method. The conventional current criteria, including the number of tender and swollen joints, DAS28, values of acute-phase indicators, were used to detect inflammatory activity. Skin syndrome was evaluated using the Psoriasis Area and Severity Index (PASI). X-ray study of the hands, distal and proximal feet, pelvis, and other involved joints and MRI of the distal hands/feet were performed. The Maastricht Ankylosing Spondylitis Enthesitis Score (MASES) and reduced GUESS were used to assess enthesopathy.

Results. The types of articular syndrome in ePsA were identified in accordance of the duration of the disease. The authors determined the characteristic features of arthritis, spondylitis, enthesitis, and dactylitis, their diagnostic value and associations with other manifestations in the first 2 years of PsA. There was a relationship of dermatitis and psoriatic onychopathy to the clinical picture of articular syndrome.

Conclusion. ePsA is characterized by marked heterogeneity of articular syndrome with predominantly mono/oligoarthritic and polyarthritic articular syndrome. The significant signs are enthesitis and dactylitis, which serve as risk factors for the unfavorable course of the disease.

Keywords: early psoriatic arthritis; sensitivity of symptoms; enthesitis; dactylitis; psoriatic arthritis; psoriatic spondylitis.

Contact: Vladimir Vasilyevich Badokin; vbadokin@yandex.ru

For reference: Badokin VV, Troshkina IA. Clinical heterogeneity of early psoriatic arthritis. *Sovremennaya Revmatologiya=Modern Rheumatology Journal*. 2016;10(4):51–56.

DOI: <http://dx.doi.org/10.14412/1996-7012-2016-4-51-56>

Псориазический артрит (ПсА) является одним из основных воспалительных заболеваний суставов и позвоночника. Это заболевание характеризуется выраженным полиморфизмом клинической картины и приводит к развитию деструктивного артрита, энтезита, дактилита, сакроилиита, спондилоартрита (СпА), а также к многочисленным системным проявлениям [1, 2]. ПсА входит в круг HLA-B27-ассоциированных заболеваний, объединенных в группу СпА. В то же время это заболевание отличается от анкилозирующего спондилита (АС) и других СпА выраженной гетерогенностью клинических проявлений.

Псориаз и ПсА встречаются повсеместно. Этот дерматоз поражает от 1 до 3% населения земного шара, а артрит, спондилит или энтезопатия наблюдаются у 14–47% больных псориазом [3, 4]. Распространенность ПсА в общей популяции составляет от 0,04 до 1,4% [5, 6].

В связи с наличием широкого спектра клинических проявлений данного заболевания в настоящее время нет единой общепринятой классификации, которая охватывала бы все его аспекты. J.M. Moll и V. Wright [7] предложили клиническую классификацию ПсА, в которой выделено пять основных форм поражения опорно-двигательного аппарата:

- асимметричный олигоартрит;
- артрит дистальных межфаланговых суставов (ДМФС) кистей и стоп;
- симметричный полиартрит (ревматоидоподобный);
- мутилирующий артрит;
- АС с поражением или без поражения периферических суставов.

В последнее время все больше внимания уделяется изучению ранней стадии этого заболевания. Моно- и олигоартрит чаще характеризует дебют ПсА, хотя ограниченное поражение суставов может встречаться на протяжении всего заболевания. R. Queiro-Silva и соавт. [8] наблюдали у больных ранним ПсА (рПсА) в течение первого года болезни олигоартритический вариант суставного синдрома в 42% случаев, полиартритический – в 28%, спондилоартритический – в 23%. К 10-му году наблюдения олигоартрит все еще имел место у 39% больных, полиартрит – у 34%, спондилит – у 24% и мутилирующий артрит – у 3%. По данным другого исследования, при рПсА также преобладал олигоартритический вариант (74%), существенно реже встречались полиартритический (13%) и спондилоартритический (13%) варианты [9]. Излюбленной локализацией моно- и олигоартрита являются суставы нижних конечностей (что характерно для всех СпА). При этом варианте суставного синдрома крайне редко наблюдаются выраженная боль, как и быстрое рентгенологическое прогрессирование; обычно он ассоциируется с минимальной воспалительной активностью и имеет доброкачественное течение.

Полиартритический вариант суставного синдрома при ПсА, напротив, чаще встречается на более поздних стадиях заболевания – в 40–68% случаев [8, 10]. P.S. Helliwell и соавт. [11], изучая больных ПсА и ревматоидным артритом (РА), установили, что полиартритический (ревматоидоподобный) вариант суставного синдрома имеет больше общих черт с другими СпА, чем с РА. Это относится к наличию характерных для ПсА экстраартикулярных проявлений (в частности, часто встречающейся энтезопатии), дактилита, артрита ДМФС, спондилита, типичных рентгенологических

признаков поражения суставов и позвоночника (различные виды костной резорбции, сакроилиит, паравертебральные оссификаты). Полиартритический вариант ассоциирован с высокой воспалительной активностью, быстрым рентгенологическим прогрессированием заболевания и является маркером неблагоприятного прогноза.

Артрит ДМФС – специфический признак ПсА, встречающийся у 35–70% больных. Изолированное поражение ДМФС диагностируется крайне редко ($\leq 2\%$ случаев). Поражение ДМФС на ранней стадии ПсА наблюдается у 38–39% больных и имеет большое диагностическое значение [12, 13].

R. Queiro-Silva и соавт. [8] выявили у больных рПсА ассоциацию артрита ДМФС с эрозивным процессом. В другом исследовании, включавшем 129 больных рПсА, было установлено, что поражение ДМФС сопровождалось более высокими острофазовыми показателями, энтезитом и дактилитом, хотя рентгенологически костно-суставная деструкция по индексу Sharp, а также частота выявления сакроилиита были у больных с этой локализацией артрита примерно такими же, как и в группе больных без поражения ДМФС [12]. По данным большинства авторов, на ранней и поздней стадиях заболевания артрит ДМФС ассоциирован с псориазической ониходистрофией, и этот стигмат обладает высокой диагностической значимостью [14].

Гетерогенность ПсА проявляется не только поражением периферических суставов, но и вовлечением в патологический процесс осевого скелета, для которого также характерен ряд особенностей. Воспалительный процесс при этом заболевании локализуется в крестцово-подвздошном сочленении, суставах и связках позвоночника, межпозвоночных дисках, паравертебральной ткани. Распространенность спондилита при длительно текущем ПсА составляет приблизительно 40–51%, а частота сакроилиита варьирует от 19 до 85% [15]. В то же время сакроилиит в первые 2 года болезни выявляется у 17–29% больных по данным рентгенологического исследования и у 30% – по данным сцинтиграфии [16]. При рПсА у 10–20% больных наблюдаются только клинические симптомы спондилита без соответствующей рентгенологической картины, а спондилоартритический вариант (когда в клинической картине доминирует поражение позвоночника) диагностируют лишь у 2% больных рПсА [17]. По сведениям других авторов, распространенность такого варианта суставного синдрома при рПсА со средней длительностью заболевания 12 мес составила 4–23%.

Остеолитический вариант суставного синдрома с развитием мутилирующего артрита – одно из наиболее значимых и характерных проявлений ПсА. Особенностью клинической и рентгенологической картины ПсА является наличие акрального и внутрисуставного остеолита. Распространенность остеолитического варианта при длительно текущем ПсА составляет 5–14% [18]. Однако для развития остеолитического (мутилирующего) артрита требуется значительное время, и при ранней стадии ПсА он не встречается [19].

Пациенты и методы. Нами проанализированы данные 51 больного рПсА с длительностью заболевания < 2 лет, обратившегося за помощью в ФГБНУ НИИР им. В.А. Нащоковой в период с 2008 по 2011 г. (табл. 1). Диагноз ПсА устанавливался на основании общепринятых критериев ПсА CASPAR [20] и отечественных критериев, разработанных экспертным методом [1]. Все больные подписали

О Р И Г И Н А Л Ь Н Ы Е И С С Л Е Д О В А Н И Я

информированное согласие на участие в исследовании.

Возраст больных рПСА варьировал от 19 до 72 лет; соотношение мужчин и женщин было примерно равным (51 и 49% соответственно). Медиана [25-й; 75-й перцентили] давности заболевания составила 12 [5; 17] мес, при этом у 19 (37,3%) больных рПСА она достигала 0–6 мес, у 13 (25,5%) – 7–12 мес и у 19 (37,3%) – 13–24 мес.

Среднее значение индекса DAS28 равнялось $4,7 \pm 1,5$, при этом умеренная воспалительная активность наблюдалась у 36% больных рПСА, высокая – у 45%.

Для анализа воспалительной активности использовались общепринятые современные критерии, включая число болезненных суставов (ЧБС), число припухших суставов (ЧПС), комбинированный индекс DAS28 и индекс активности спондилита BASDAI. Оценка кожного синдрома проводилась с использованием индекса активности и распространенности псориаза PASI по Т. Fredriksson и соавт. (1978).

В исследовании также учитывались высокочувствительные признаки ПСА, такие как осевой артрит (поражение трех суставов одного пальца) и дактилит (диффузное утолщение всего пальца). При оценке дактилита обращали внимание на локализацию пораженных пальцев (кисти и/или стопы), их число (множественный дактилит – три пальца и более), а также длительность воспалительного процесса (≤ 3 мес – острое течение, ≥ 3 мес – хроническое течение).

При оценке энтезопатии использовался счет энтезитов MASES (Maastricht Ankylosing Spondylitis Enthesitis Score) [21]. Максимальный счет при этом методе составляет 13 баллов. Учитывалась также болезненность в области плантарного апоневроза.

Изучение общеклинических, биохимических показателей крови и анализов мочи проводились унифицированными методами. Концентрацию СРБ в сыворотке крови определяли высокочувствительным нефелометрическим методом на анализаторе BN Pro-Spec (Siemens, Германия; вЧСРБ; верхняя граница нормы – 5 мг/л).

Проводилось рентгенологическое исследование кистей, стоп, таза, а также, по показаниям, других суставов и позвоночника. Рентгенологическая стадия определялась по Steinbroker. Для количественной оценки степени выраженности костно-хрящевой деструкции использовался метод Sharp/van der Heijde, модифицированный для ПСА (2005).

Для оценки патологических изменений с помощью УЗИ применяли редуцированный счет GUESS, который учитывал утолщение ахиллова сухожилия $\geq 5,29$ мм, утолщение плантарного апоневроза $\geq 4,4$ мм, преахилловый бурсит, эрозии и энтезофиты задней и нижней поверхностей пяточной кости. Билатерально патологические изменения в

Таблица 1. Клиническая характеристика больных рПСА ($n=51$)

Показатель	Значение
Пол	26/25
Средний возраст, годы, $M \pm \sigma$	$41,0 \pm 12,9$
Длительность псориаза, годы, $M \pm \sigma$	$10,5 \pm 1,5$
Длительность ПСА, годы, $M \pm \sigma$	$1,0 \pm 0,6$
Клинико-анатомический вариант суставного синдрома, n (%):	
олигоартритический	22 (43,1)
полиартритический	17 (33,3)
дистальный	8 (15,7)
спондилоартритический	4 (7,8)
остеолитический	0
Воспалительная активность (DAS28), баллы, $M \pm \sigma$	$4,7 \pm 1,5$
Рентгенологическая стадия артрита по Steinbroker, n (%):	
I	13 (25,5)
IIА	25 (49)
IIБ	5 (9,8)
III	2 (3,9)
Стадия сакроилиита (Dale), n (%):	
I	10 (19,6)
IIА–IIБ	16 (31,4)
III	3 (5,9)

Примечание. M – среднее значение, σ – стандартное отклонение. Использованы парные критерии Фишера (χ^2) и Уилкоксона (здесь и в табл. 3).

каждой исследуемой точке оценивали в 1 балл, при этом максимальный счет составил 14 баллов.

Магнито-резонансная томография (МРТ) дистальных отделов кистей/стоп проводилась с использованием аппарата 0,2 Т Artoscan (ESAOTE Biomedica, Италия) с получением T1- и T2-взвешенных изображений (без внутривенного контрастирования гадолинием). Осуществлялась полуколичественная оценка синовита, теносиновита, отека мягких тканей, отека костного мозга, кист, эрозий.

Статистическая обработка данных проводилась на персональном компьютере с использованием программ Microsoft Excel, статистического пакета Statistica 6.0 и EpiInfo, версия 5, с применением простых описательных статистик. Для количественных признаков, имеющих нормальное распределение, результаты представлены в виде средних значений и среднеквадратических отклонений ($M \pm SD$). Для признаков, не отвечающих нормальному распределению, применялись медиана (Me) и межквартирный интервал [25-й; 75-й перцентили]. Анализ взаимосвязи двух признаков проводился с использованием непараметрического корреляционного анализа по методу Спирмена. Результаты считались достоверными при уровне значимости $p < 0,05$.

Результаты. Клиническая характеристика больных рПСА представлена в табл. 1.

Первые 2 года клинической манифестации ПСА были условно разделены на четыре периода: 0–3; 4–6; 7–12 и 13–24 мес (табл. 2). Вариант суставного синдрома ассоциировался с длительностью заболевания. В первые 3 мес олигоартритический вариант суставного синдрома наблюдался у преобладающего большинства больных (74,5%), при этом полиартритический вариант выявлялся существенно реже

О Р И Г И Н А Л Ь Н Ы Е И С С Л Е Д О В А Н И Я

Таблица 2. Динамика вариантов суставного синдрома в зависимости от давности заболевания при рПсА, n (%)

Вариант суставного синдрома	0–3 мес (n=51)	4–6 мес (n=45)	7–12 мес (n=30)	12–24 мес (n=21)
Олигоартритический	38 (74,5)	26 (57,8)	10 (33,3)	6 (28,6)
Полиартритический	7 (13,7)	12 (26,6)	12 (40)	10 (47,6)
Дистальный	3 (5,9)	4 (8,9)	5 (16,7)	3 (14,3)
Спондилоартритический	3 (5,9)	3 (6,7)	3 (10)	2 (9,5)
Воспалительная боль в позвоночнике	8 (15,7)	9 (20)	13 (43,3)	12 (57,1)

(13,7%). По мере развития заболевания частота олигоартрита уменьшалась, а полиартрита – существенно увеличивалась. Спустя 3 и 6 мес после начала заболевания ограниченное поражение суставов имелось соответственно у 74,5 и 58% больных; к концу 2-го года олигоартрит наблюдался у 28,6% больных, а полиартрит – у 47,6%. Также увеличивалась распространенность дистального (с 5,9 до 14,3%) и спондилоартритического (с 5,9 до 9,5%) вариантов, но различия были недостоверными. Хотя для этого заболевания характерно ограниченное число пораженных суставов, все же множественное поражение (полиартритический вариант суставного синдрома) уже к концу 1-го года встречалось существенно чаще.

Анализируя взаимосвязь кожного и суставного синдромов при рПсА, следует отметить, что средняя длительность псориаза при рПсА составила $10,5 \pm 1,5$ года. У больных преобладал ограниченный и распространенный вульгарный псориаз (60,8%), тогда как экссудативный псориаз встречался значительно реже (23,5%), и еще реже (5,9%) – пустулезный. Псориазическая ониходистрофия кистей и/или стоп выявлена у половины больных, при этом чаще отмечалось поражение ногтевых пластинок кистей и стоп (35,1%), значительно реже – изолированное поражение кистей (7%) или стоп (10,5%).

Дебют ПсА с кожного синдрома наблюдался у подавляющего большинства больных (78,4%). У 11,8% больных рПсА заболевание дебютировало с артрита, при этом дерма-

тоз появлялся в среднем через 6 мес. Взаимосвязь появления/обострения псориазических высыпаний с развитием суставного синдрома или с его обострением отмечена у 28 (55%) больных рПсА.

При рассмотрении взаимосвязи степени тяжести псориаза с клиническими и лабораторными показателями заболевания выявлено, что индекс PASI был выше у больных с онихопатией ($9,8 \pm 2,2$), чем без нее ($3,3 \pm 0,7$; $p=0,004$). Онихопатия в свою очередь ассоциировалась с энтезитом и артритом ДМФС. Так, у больных с псориазическим поражением ногтевых пластинок энтезит по данным УЗИ был выявлен чаще, чем у больных без онихопатии (73 и 44% соответственно; $p=0,04$). Псориазическая ониходистрофия чаще встречалась и у больных с артритом ДМФС по сравнению с группой больных без поражения суставов данной локализации (72,2 и 39,4% соответственно; $p=0,01$).

Аррит ДМФС имелся у 18 (35,3%) больных рПсА, при этом дистальный вариант суставного синдрома (>50% поражения суставов данной локализации) наблюдался у 8 (15,7%) больных. Основная группа больных с поражением ДМФС не отличалась от группы сравнения (без поражения этих суставов) по таким показателям, как длительность ПсА и псориаза, а также тяжесть и распространенность дерматоза (табл. 3). В то же время псориазическое поражение ногтевых пластинок достоверно чаще встречалось в основной группе, чем в группе сравнения: 13 (72,2%) и 13 (39,4%) соответственно ($p=0,01$).

У больных с поражением ДМФС, кроме артрита этой локализации, наблюдалось также множественное поражение крупных и мелких суставов кистей и стоп. У них выявлялись и более высокая воспалительная активность по индексу DAS28, а также более тяжелая степень костно-хрящевой деструкции. Так, в группе с поражением ДМФС эрозии данной локализации имелись у 4 (22,2%) больных, тогда как в группе без поражения ДМФС – только у 1 (2,7%; $p=0,03$). В этой группе была выявлена ассоциация артрита ДМФС с индексом Sharp/van der Heijde ($r=0,45$; $p=0,001$). При детальном изучении клинического значения артрита ДМФС у больных рПсА выявлена взаимосвязь артрита ДМФС с ЧБС ($r=0,43$; $p=0,001$), ЧПС ($r=0,47$;

Таблица 3. Клинико-инструментальная характеристика больных рПсА с артритом ДМФС и без него, $M \pm \sigma$

Признак	Больные с поражением ДМФС (n=18)	Больные без поражения ДМФС (n=33)	p
Длительность ПсА, годы	$1,1 \pm 0,1$	$0,9 \pm 0,1$	0,1
Длительность псориаза, годы	$10,6 \pm 3,0$	$10,5 \pm 1,3$	0,8
ЧБС	$16,3 \pm 2,1$	$8,8 \pm 1,6$	0,01
ЧПС	$13,6 \pm 2,3$	$5,2 \pm 0,9$	0,001
СОЭ	$26,9 \pm 3,4$	$22,2 \pm 2,7$	0,1
вчСРБ	$25,8 \pm 13,7$	$30,0 \pm 6,9$	0,5
DAS28	$5,2 \pm 0,3$	$4,5 \pm 0,3$	0,03
PASI	$6,1 \pm 1,7$	$6,4 \pm 1,7$	0,6
Индекс Sharp/van der Heijde	$44,4 \pm 8,4$	$19,1 \pm 4,7$	0,001

$p=0,0001$), энтезитом по данным УЗИ ($r=0,40$; $p=0,001$), DAS28 ($r=0,30$; $p=0,002$).

Дактилит служит высокочувствительным и частым признаком ПсА как в продвинутой, так и в ранней стадии заболевания. Он представляет собой диффузное утолщение пальцев кистей и/или стоп, часто со значительным ограничением сгибания, незначительной болезненностью и характерной синюшно-багровой окраской кожных покровов. В обследованной нами когорте дактилит был выявлен у 49% больных рПсА, при этом изолированный дактилит кистей наблюдался у 5,9% пациентов, стоп – у 35,3% и множественный дактилит у – 15,7%.

При анализе взаимосвязи дактилита с клинико-лабораторными показателями рПсА отмечена его ассоциация с воспалительной активностью заболевания ($r=0,29$; $p=0,03$), деструктивным процессом в суставах кистей и стоп ($r=0,33$; $p=0,02$), а также с энтезитом по данным МРТ ($r=0,70$; $p=0,0001$).

Высокоспецифичным показателем ПсА является энтезит и как частное его выражение – мягкий отек в области кистей и/или стоп. Данные симптомы выявлялись у больных ПсА уже в первые месяцы заболевания, и с течением времени частота их увеличивалась. Методом MASES с включением плантарного апоневроза энтезит определялся у 22 (43,1%) больных рПсА. Значения индекса MASES колебались от 1 до 8 баллов, в среднем – $2,6 \pm 0,5$ балла.

При изучении значимости индекса MASES был проведен корреляционный анализ, который выявил взаимосвязь данного индекса с некоторыми клиническими и лабораторными показателями ПсА. Так, у больных рПсА индекс MASES ассоциировался с ЧБС ($r=0,31$; $p=0,03$), ЧПС ($r=0,29$; $p=0,04$), индексами BASDAI ($r=0,34$; $p=0,02$) и BASFI ($r=0,39$; $p=0,02$), а также индексом воспалительной активности заболевания – DAS28 ($r=0,31$; $p=0,03$).

Обсуждение. По нашим данным, у больных с продолжительностью заболевания до 2 лет чаще наблюдались олигоартритический (43,1%) и полиартритический (33,3%) варианты суставного синдрома, реже – спондилоартритический (7,8%) и дистальный (15,7%). В настоящем исследовании у больных рПсА не выявлено таких характерных для ПсА признаков, как остеолиз или анкилозирование суставов, для развития которых требуется более длительный период заболевания. В первые 3 мес ПсА олигоартритический вариант суставного синдрома отмечался у преобладающего большинства больных (74,5%), при этом полиартритический вариант наблюдался существенно реже (13,7%). С увеличением длительности заболевания возрастало множественное поражение суставов, и к концу 2-го года олигоартрит имелся только у 28,6% больных, а полиартрит – у 47,6%. Одновременно увеличивалась распространенность дистального и спондилоартритического вариантов, хотя различия были незначительными.

В изучаемой когорте артрит ДМФС сопровождался изменением формы дистальной фаланги в виде «барабанной палочки», синюшно-багровой окраской кожных покровов над суставами и незначительной болезненностью при пальпации и движениях. Дистальный вариант суставного синдрома (преимущественное поражение суставов данной локализации, $\geq 50\%$) наблюдался у 15,7% больных рПсА, хотя артрит ДМФС во всей когорте был выявлен у 35,3%.

Проведенные сопоставления артрита ДМФС с клиническими проявлениями рПсА выявили взаимосвязь с такими клинико-лабораторными показателями, как ЧПС и ЧБС, воспалительной активностью по показателю DAS28, а также с энтезитом. Кроме того, показана отчетливая ассоциация и с индексом Sharp/van der Heijde, как и в исследовании С.О. Красненко и соавт. [22].

Артрит этой локализации ассоциировался с псориатической онихопатией. Так, онихопатия чаще встречалась в группе больных с артритами ДМФС, чем в группе больных без поражения суставов данной локализации (75 и 40,5% соответственно; $p=0,01$). Взаимосвязь артрита ДМФС с дактилитом и энтезитом еще раз подтверждает, что ПсА является энтезис-ассоциированным заболеванием с рядом высокоспецифичных взаимообусловленных симптомов и синдромов.

По мнению многих авторов, артрит ДМФС является высокочувствительным признаком ПсА, который встречается у 35–70% больных [9, 12] и может быть единственной локализацией суставного синдрома. Поражение ДМФС на ранней стадии ПсА выявляется у 38–39% больных. D. Kane и соавт. [12] при изучении 129 больных рПсА установили, что поражение ДМФС ассоциировано с более высокими острофазовыми показателями, энтезитом и дактилитом. R. Queiro-Silva и соавт. [8] выявили ассоциацию артрита ДМФС с эрозивным процессом у больных рПсА. Как на ранней, так и на поздней стадии заболевания артрит ДМФС сочетается с псориатической ониходистрофией, что является важным энтезис-ассоциированным стигматом ПсА и имеет большое значение для его диагностики. Такие же данные были получены и в нашем исследовании.

Не менее важный клинический и диагностический признак ПсА – дактилит. В обследованной нами когорте дактилит выявлен у 49% больных рПсА. Дактилит, или «сосикообразные» пальцы, рассматривается как один из кардинальных признаков ПсА, обуславливающих гетерогенность данного заболевания. J.E. Brockbank и соавт. [23] показали, что дактилит не только служит специфичным признаком ПсА, но и ассоциируется с быстрым рентгенологическим прогрессированием заболевания, являясь маркером неблагоприятного прогноза. Дактилит, по данным разных авторов, наблюдается у 29–37% больных рПсА [24, 25]. При анализе взаимосвязи дактилита с клинико-лабораторными показателями при рПсА нами выявлена их ассоциация с деструктивным процессом в суставах кистей и стоп, высокой воспалительной активностью заболевания и энтезитом по данным МРТ. Дактилит, как правило, ассоциируется с псориатическим поражением ногтевой пластинки [26].

В число основных проявлений ПсА, наряду с артритом, спондилитом и дактилитом, входит и энтезит [25, 27, 28]. Для количественной оценки энтезита широко используется индекс MASES, который первоначально был разработан для АС. В дальнейшем его стали применять и при других СпА, включая ПсА. Воспаление энтезисов, входящих в индекс MASES, нами выявлено у 43,1% больных рПсА, при этом поражение области ахиллова сухожилия наблюдалось у 25,5%, плантарной фасции – у 11,8%. Счет MASES коррелировал с выраженностью воспаления по таким параметрам, как DAS28, ЧПС и ЧБС. Этот показатель адекватно отражает распространенность энтезита у больных ПсА на ран-

ней стадии заболевания и может использоваться для оценки воспалительной активности. Энтезит является характерным признаком не только ПсА в целом, но и его течения и исхода [23]. При ассоциированном с псориазом артритом показатели этого индекса четко коррелируют с воспалительной активностью заболевания.

Выводы. Детальное изучение большой группы больных рПсА с длительностью заболевания до 2 лет и средней дли-

тельностью 12 мес позволило выявить характерные особенности клинической картины этой стадии артрита, ассоциированного с псориазом. рПсА отличается выраженной гетерогенностью суставного синдрома с преимущественно моно/олигоартритическим и полиартритическим суставным синдромом. Значимыми признаками являются энтезит и дактилит, которые служат факторами риска неблагоприятного течения заболевания.

Л И Т Е Р А Т У Р А

- Агабабова ЭР, Бадюкин ВВ, Эрдес ШФ и др. Разработка и апробация диагностических критериев псориазического артрита. *Терапевтический архив*. 1998;12:117-21 [Agababova ER, Badokin VV, Erdes ShF, et al. Development and testing of the diagnostic criteria for psoriatic arthritis. *Terapevticheskiy Arkhiv*. 1998;12:117-21 (In Russ.)].
- Бадюкин ВВ. Псориазический артрит и псориаз: проблемы взаимосвязи и взаимообусловленности. В кн.: Насонова ВА, Бунчук НВ, редакторы. *Избранные лекции по клинической ревматологии*. Москва: Медицина; 2001. С. 82-91 [Badokin VV. Psoriatic arthritis and psoriasis: interrelation and interdependence problem. In: Nasonova VA, Bunchuk NB, editors. *Izbrannyye lektsii po klinicheskoy revmatologii* [Selected lectures in clinical rheumatology]. Moscow: Medicine; 2001. P. 82-91].
- Gladman DD, Brockbank J. Psoriatic arthritis. *Expert Opin Investig. Drugs*. 2000;9:1511-22. doi: 10.1517/13543784.9.7.1511
- Roussou EP. Incidence and prevalence of rheumatic condition in south Europe (Halkidiki study). *EULAR* 2001. *Ann Rheum Dis*. 2001;60(Suppl):343.
- Brockbank JE, Schentag C, Rosen C, et al. Psoriatic arthritis (PsA) is common among patients with psoriasis and family medicine clinical attendees. *Arthritis Rheum*. 2001;44(Suppl):94.
- O'Neill T, Silman AJ. Psoriatic arthritis. Historical background and epidemiology. *Bailliere's Clin Rheumatol*. 1994;8:245-61. doi: 10.1016/S0950-3579(94)80017-0
- Moll JM, Wright V. Psoriatic arthritis. *Semin Arthritis Rheum*. 1973;3:55-78. doi: 10.1016/0049-0172(73)90035-8
- Queiro-Silva R, Torre-Alonso JC, Tinture-Eguren T, Lopez-Lagunas I. A polyarticular onset predicts erosive and deforming disease in psoriatic arthritis. *Ann Rheum Dis*. 2003;62(1):68-70. doi: 10.1136/ard.62.1.68
- Scarpa R, Cuocolo A, Peluso R, et al. Early psoriatic arthritis: the clinical spectrum. *J Rheumatol*. 2008;35(1):137-41.
- Бадюкин ВВ. Псориазический артрит: клиника, диагностика, лечение: Дисс. докт. мед. наук. Москва; 2003. С. 188-97 [Badokin VV. Psoriatic arthritis: clinika, diagnostika, lechenie: Diss. dokt. nauk [Psoriatic arthritis: clinical features, diagnosis, treatment: Diss. Doct. med. sci.]. Moscow; 2003. P. 188-97].
- Helliwell PS, Porter G, Taylor WJ; CASPAR Study Group. Polyarticular psoriatic arthritis is more like oligoarticular psoriatic arthritis than rheumatoid arthritis. *Ann Rheum Dis*. 2007;66(1):113-7. doi: 10.1136/ard.2006.054288
- Kane D, Stafford L, FitzGerald B. A classification subsets in an inception cohort of early psoriatic peripheral arthritis — «DIP or not DIP revisited». *Rheumatology*. 2003;42:1469-76. doi: 10.1093/rheumatology/keg445
- Gladman DD, Shuckett R, Russell ML, et al. Psoriatic arthritis (PsA) — an analysis of 220 patients. *Q J Med*. 1987;62:127-41.
- McGonagle D, Marzo-Ortega H, O'Connor, et al. Histological assessment of the early enthesitis lesion in spondyloarthropathy. *Ann Rheum Dis*. 2002;61:534-37. doi: 10.1136/ard.61.6.534
- Battistone MJ, Manaster BJ, Reda DJ, Clegg DO. The prevalence of sacroiliitis in psoriatic arthritis: A new perspectives from large, multicenter cohort. A department of Veterans Affairs Cooperative Study. *Skeletal Radiol*. 1999;28:196-201. doi: 10.1007/s002560050500
- Chandran V, Schentag CT, Gladman DD. Sensitivity of the classification of psoriatic arthritis criteria in early psoriatic arthritis. *Arthritis Rheum*. 2007;15:1560-63. doi: 10.1002/art.23104
- Kane D, Stafford L, Bresnihan B, FitzGerald O. A prospective, clinical and radiological study of early psoriatic arthritis: an early synovitis clinic experience. *Rheumatology (Oxford)*. 2003;42:1460-8. doi: 10.1093/rheumatology/keg384
- Молочков ВА, Бадюкин ВВ, Альбанова ВИ, Волнухин ВА. Псориаз и псориазический артрит. Москва; 2007. С. 197-276 [Molochkov VA, Badokin VV, Albanova VI, Volnukhin VA. *Psoriaz i psoriaticeskiiy artrit* [Psoriasis and psoriatic arthritis]. Moscow; 2007. P. 197-276].
- Marsal S, Armadans-Gil L. Clinical, radiographic and HLA associations as markers for different patterns of psoriatic arthritis. *Rheumatology (Oxford)*. 1999;38(4):332-7. doi: 10.1093/rheumatology/38.4.332
- Taylor W, Gladman DD, Helliwell PS, et al. CASPAR Study Group. Classification criteria for psoriatic arthritis: development of new criteria from a large international study. *Arthritis Rheum*. 2006;4(8):2665-73. doi: 10.1002/art.21972
- Heuft-Dorenbosch L, Spoorenberg A, van Tubergen A, et al. Assessment of enthesitis in ankylosing spondylitis. *Ann Rheum Dis*. 2003;62(2):127-32. doi: 10.1136/ard.62.2.127
- Красненко СО, Логинова ЕЮ, Коротаева ТВ, Смирнов АВ. Сравнительная характеристика данных МРТ, рентгенологических и клинических исследований кистей и стоп у больных ранним псориазическим артритом. Научно-практическая ревматология. 2013; 51(2):149-53 [Krasnenko SO, Loginova EY, Korotaeva TV, Smirnov AV. Comparative characterization of the data of magnetic resonance imaging, X-ray and clinical studies of the hand and foot joints in patients with early psoriatic arthritis. *Nauchno-Prakticheskaya Revmatologiya = Rheumatology Science and Practice*. 2013;51(2):149-53 (In Russ.)]. doi: 10.14412/1995-4484-2013-642.
- Brockbank JE, Stein M, Gladman D. Dactylitis in psoriatic arthritis: a marker for disease severity? *Ann Rheum Dis*. 2005;64:188-90. doi: 10.1136/ard.2003.018184
- Punzi L, Pianon M, Rossini P, et al. Clinical and laboratory manifestations of elderly onset psoriatic arthritis: a comparison with younger onset disease. *Ann Rheum Dis*. 1999;58:226-9. doi: 10.1136/ard.58.4.226
- Логинова ЕЮ, Коротаева ТВ. Ранний псориазический артрит. Научно-практическая ревматология. 2008;46(6):47-55 [Loginova EY, Korotaeva TV. Early psoriatic arthritis. *Nauchno-Prakticheskaya Revmatologiya = Rheumatology Science and Practice*. 2008;46(6):47-55 (In Russ.)]. doi: 10.14412/1995-4484-2008-490.
- Scarpa R, Soscia E, Peluso R, et al. Nail and distal interphalangeal joint in psoriatic arthritis. *J Rheumatol*. 2006;33(7):1315-9.
- McGonagle D, Ash Z, Dickie L, et al. The early phase of psoriatic arthritis. *Ann Rheum Dis*. 2011;70(Suppl 1):71-6. doi:10.1136/ard.2010.144097
- Balint PV, Kane D, Wilson H, et al. Ultrasonography of enthesal insertions in the lower limb in spondyloarthropathy. *Ann Rheum Dis*. 2002;61:905-10. doi: 10.1136/ard.61.10.905

Поступила 20.08.2016

Исследование не имело спонсорской поддержки. Авторы несут полную ответственность за предоставление окончательной версии рукописи в печать. Все авторы принимали участие в разработке концепции статьи и написании рукописи. Окончательная версия рукописи была одобрена всеми авторами.