

# ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ТА ДІАГНОСТИКИ СУГЛОБОВОГО СИНДРОМУ ПСОРІАТИЧНОЇ ХВОРОБИ

О.О. Сизон

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

**Ключові слова:** псоріатична хвороба, артропатичний псоріаз, класифікація, клініко-діагностичні критерії.

На початку XIX століття завдяки роботам Роберта Віллана (1757–1812) та його учнів сформулювалось уявлення про псоріаз, з'явилися описи його з урахуванням варіацій клінічної картини. До цього періоду хворих на псоріаз включали в групу лепроматозних (проказних захворювань). На сьогоднішній день існує рекордна кількість робіт по вивченню етіопатогенезу псоріазу, налічується біля 7000 препаратів, які використовуються для його лікування [7,8,21]. З цього приводу дуже влучно сказано у монографії Шевченка Т.І. та Шлопова В.Г.: “Обилие информации по самым разнообразным аспектам псориаза, множество накопленных фактов и еще более число неоднозначных, а зачастую диаметрально противоположных их трактовок, способны повернуть в ужас любого исследователя, пожелавшего проанализировать это сказочное информационное сокровище. Недаром вывод о практической невозможности систематизировать накопленные сведения является одним из наиболее постоянных в обзорных работах по псориазу” [26].

У наш час псоріатична хвороба (ПХ) залишається актуальною медико-соціальною проблемою не лише за показником захворюваності, а й через більш важкий прогресуючий перебіг дерматозу, нерідко асоційованим із захворюваннями органів, що містять сполучну тканину, а також недостатню ефективність рекомендованої терапії [15, 17, 26]. З 1995 року кількість зареєстрованих випадків псоріазу лишень у Львівській області зросла з 3127 до 5133 у 2009, динаміка вперше виявленого дерматозу збільшилась на 27%, почастишали атипові та важкі форми хвороби, особливо в молодих осіб.

На фоні динаміки розвитку ПХ не вдалось представити відповідну артропатичного псоріазу (АП), оскільки частина пацієнтів з метою підтвердження інвалідності неодноразово ротувала з дерматологічних стаціонарів у ревматологічні, в інших випадках – діагноз при виписці не відповідав попередньому, враховуючи, що на сьогоднішній день АП виставляється при наявності лише рентгенологічної симптоматики.

Неможливість статистичної обробки АП була зумовлена й тим, що для опису одного і того самого патологічного суглобового процесу застосовувались поняття – “псоріатична артропатія”, “псоріатичний артрит” (ПсА), “деформуючий ПсА”, “псоріатична остеоартропатія”, які мають різні клініко-анатомічні прояви. Визначитись у еті-

опатогенетичному вживанні термінів для опису суглобового процесу при АП стало нашою однією із задач. “Псоріатична артропатія” це загальне поняття для опису суглобової патології, а оскільки, з дерматологічної точки зору, ми розглядаємо суглобовий синдром при ПХ як її різновид, то логічно є назва АП, який останнім часом представляється з позиції генералізованої ентезопатії і включає наступні стадії розвитку: псоріатичну ентезопатію, що проявляється у більшості випадків лише артралгіями (УЗД, МРТ, скінтіографія); у подальшому запальний процес з сухожильно-зв'язкового апарату переходить на синовіальну оболонку суглобів з розвитком власне ПсА, як реактивного процесу по відношенню до пошкоджених ентезисів та деформуючого ПсА, що підтверджується агато центровою змінами. Отже, слід розглядати як початкову стадію складної патологічної імунної відповіді. Вважаємо, що власне хронічний патологічний імунний суглобовий процес індукує розвиток вторинного ОП, який є критерієм вираженості остеопенії та однією з перших ознак АП. Це дозволило назвати ПсА “псоріатичною остеоартропатією”, підкреслюючи вирішальне значення змін в кістковій тканині [20,21].

Морфологічні прояви клінічного розвитку псоріатичної хвороби можуть імітувати різні дерматози. Крім того, в середині самої нозології необхідно чітко диференціювати тип хвороби, стадію, гостроту перебігу, різні клінічні форми.

Класифікаційні критерії псоріатичної хвороби, які б володіли високою чутливістю та специфічністю, необхідні як лікарям для сприяння у встановленні розгорнутого клінічного діагнозу псоріатичної хвороби, так і науковцям – для проведення скринінгу та створення однорідних груп хворих для подальших досліджень.

Найбільш поширеними в повсякденній вітчизняній практиці є класифікаційні та діагностичні критерії для постановки діагнозу ПсА, розроблені асоціацією ревматологів та ортопедів-травматологів України (2004) на основі рекомендацій інституту ревматології РАМН (Бадокін, 1989) [13]. У сучасній літературі подано різні класифікаційні набори для псоріатичної хвороби [24,27, 28,29,30,31,32,33,34]. Але в наших умовах деякі методи обстеження, запропоновані іноземними науковцями, особливо для встановлення діагнозу артропатичного псоріазу, залишаються недоступними на практиці. Інші – не в повній мірі розкривають етіопатогенез, фенотип псоріатичної

хвороби, що має значення для подальшої діагностики, особливо атипичних форм патологічного процесу та створення відповідних схем лікування.

Тому, розробка власних доступних наборів класифікаційних критеріїв на сьогоднішній день є вкрай необхідною та назрілою проблемою практичної та наукової дерматовенерології.

Мета – розробка і узагальнення діагностичних, класифікаційних критеріїв для використання їх в якості допоміжно-опорних при постановці діагнозу ПХ, АП та формування однорідних уніфікованих груп пацієнтів для проведення подальших наукових досліджень.

#### Матеріали та методи дослідження

На основі аналізу літературних джерел, баз фондів псоріазу, MedLine, PubMed, EMBASE, Кокранівської бібліотеки та власних спостережень стало необхідним розробити і узагальнити класифікаційні критерії ПХ, які стануть допоміжно-опорними при постановці поширеного уніфікованого діагнозу та формування однорідних груп пацієнтів для призначення ефективної терапії, проведення диференційної діагностики та визначення високо-достовірних клініко-діагностичних ознак АП, особливо для його латентної форми.

#### Результати та їхнє обговорення

Інтерес до проблем, що стосуються класифікації ПХ та АП, що зріс за останні роки, частково пов'язаний із застосуванням нових терапевтичних методик, зокрема біологічних препаратів. Питання класифікації особливо важливі для клініцистів, оскільки єдиний підхід в цій області сприяє кращому розумінню патогенетичних механізмів, допомагає визначити терапевтичну стратегію і прогнозувати відповідь на лікування. Опрацювавши дані літературних джерел сьогоднішнього та власних спостережень ми розширили, на нашу думку, найбільш фахову робочу класифікацію ПсА, запропоновану О.В. Терлецьким, і представлену в розробленій нами загальній класифікації ПХ у 2008 році [21]. Тож, враховуючи етіопатогенез ПХ, як поєднання шкірного, суглобового синдромів на фоні функціональних змін пошкодженого організму, для постановки розгорнутого діагнозу хвороби рекомендуємо враховувати наступне:

\* **Наявність шкірного синдрому**, який характеризується за [21]:

##### 1. Поширеність патологічного процесу [1,15]:

1. Обмежений псоріаз (візуалізуються полосовидні чи по-одинокі бляшки на шкірі волосистої частини голови або розгинальних поверхонь ліктів, колін, інших ділянок) [15];

2. Дисемінований або поширений псоріаз (спостерігаються численні елементи на різних ділянках тіла) [1];

3. Дифузний псоріаз (характерні суцільно зливні бляшки, котрі займають значні ділянки шкіри спини, живота, кінцівок) [10,15];

4. Універсальний псоріаз або псоріатична еритродермія (універсальне пошкодження шкірного покриву) [15].

##### II. Характером папульозних елементів:

3. Вульгарний псоріаз – psoriasis vulgaris (або типовий псоріаз) з типовою папульозною висипкою, за розміщенням якої розрізняють [7,19]:

· лінійний псоріаз (psoriasis linearis);

· географічний або фігурний псоріаз (psoriasis geografica);

· кільцевидний псоріаз (psoriasis annularis).

#### 2. Атипичний псоріаз:

· плямистий псоріаз – psoriasis exanthematica (характерна слабо виражена інфільтрація елементів, які мають вигляд не папул, а плям, що нагадує токсикодермію) [10,15];

· ексудативний або вологий псоріаз – psoriasis exudativa seu humida (луски просочуються ексудатом з утворенням жовтих, рихлих луско-кірок) [10,15];

· екзематичний псоріаз – psoriasis eczematoides (на шаруються явища ексудації, кірки, розчухи, що нагадує екзематозний процес) [12, 24];

· себорейний псоріаз – psoriasis seborrhoica (локалізація висипу в себорейних ділянках; лущення склеюється, набуває жовтуватого кольору через випот сальних залоз; процес нагадує себорейну екзему) [10,15];

· інтертригінозний або псоріаз складок – psoriasis intertriginosa (частіше патологічний процес спостерігається в фізіологічних складках; лущення слабо виражене, характерна мацерація; поверхня гладка, яскраво-червоного кольору) [12, 24];

· пустульозний псоріаз – psoriasis pustulosa (з пустулізацією та ерозіями по типу змішаного імпетиго). Мордовцев В.Н. [12] в 1995 р. виділив:

– генералізований пустульозний псоріаз Цумбуша (Zumbusch, 1909) [1,10,18,35];

– обмежений пустульозний псоріаз Барбера (Barber, 1930) [1, 4, 7, 22, 35];

– псоріазоформні пустульозні дерматози (хронічний гнійний акродерматит Аллопо, пустульозний бактерид Ендрюса, герпетиформне імпетиго Гебри) [24];

Згідно наших спостережень та даних результатів гістологічного досліджень останніх років [24] псоріазоформні пустульозні дерматози рекомендуємо розглядати, як окремі нозологічні одиниці, а до різновидностей пустульозного псоріазу відносити лише генералізований пустульозний псоріаз Цумбуша та обмежений пустульозний псоріаз Барбера.

· папіломатозний або бородавчастий псоріаз – psoriasis papilomatosa seu verrucosa (зі значною інфільтрацією та бородавчастим розростанням елементів висипу) [10];

· застарілий псоріаз – psoriasis inverata (в основі вогнищ – значний інфільтрат з масивними лусками, які важко знімаються, і то, зазвичай, не до кінця; як різновид – асбестовидний псоріаз) [10,24];

· рупіоїдний псоріаз – psoriasis rupioides (зі слоїстими кірками, що надає висипанням конічної форми та нагадує “мушлю слимака”) – Поспелов А.І., 1914;

· фолікулярний або інфундібуліформний псоріаз – psoriasis follicularis seu infundibuliformis вперше описав Крахт С.Ф. в 1891р. (дерматоз характеризується наявністю дрібних капсуловидних папул з лійкоподібним втисненням в центрі, які розміщені у сально-фолікулярних ділянках) [10];

· подразнений псоріаз – psoriasis irritabilis (внаслідок дії подразників (мазі, сонячна інсоляція) бляшки стають вишневого кольору, більш випуклі, з широким гіперемічним вінчиком довкола; часто переходить в еритродермію) [10,15];

· зворотній або псоріаз згинів – psoriasis agato seu flexuratum (локалізація висипу – на згинальних поверхнях) [10];

· псоріаз долоней і підошов – psoriasis agato et plantaris описали Бортняєв С.І. в 1926 та Арієвич А.М. в 1964 р. (автори відносять до атипичних форм у тих випадках, коли псоріатичні бляшки набувають гіперкератотичного характеру, стимулюючи утворення мозолей (clavi psoriatici) чи кератотичного, подібного до eczema tylosicum, або везикуло-пустульозного, що нагадує мікробну екзему) [24];

### III. Величиною елементів [1,7,8,10,22,24]:

3. Дрібнобляшковий псоріаз:

· міліарний або цятковий псоріаз – psoriasis punctata (розміром просяного зернятка або головки сірника);

· краплевидний або лентикулярний псоріаз – psoriasis guttata ( елементи від 2-3 мм до розміру шовковиці);

· нумулярний псоріаз – psoriasis nummularis (розміром з 3-5 копійкову монету);

2. Бляшковий псоріаз ( розміром з дитячу долоню – до 6-7 см);

3. Крупнобляшковий псоріаз (бляшки з долоню дорослої особи – 15 см і більше);

4. Дифузні бляшки ( суцільні зливні вогнища, що займають окремі ділянки тіла: шкіра спини чи живота, кінцівок; відповідає дифузному псоріазу).

5. Універсальне пошкодження ( шкірний покрив хворого – суцільна патологічно пошкоджена поверхня; відповідає універсальному псоріазу).

IV. Ступенем інфільтрації бляшок [1]: 1. Помірна. 2. Виражена (значна).

3. Різко виражена ( з наявністю тріщин ).

### V. Важкістю протікання [1, 21]:

1. Звичайна або неважка форма ( пошкодження до 1/3 шкірного покриву);

2. Середньої важкості псоріаз ( пошкодження шкірного покриву до 30-50%);

3. Важка форма (пошкодження шкірного покриву від 50 до 70%);

4. Дуже важка форма (пошкодження шкіри більше 70%).

Визначення ступеня важкості псоріатичного процесу здійснюється за допомогою індексу PASI (Psoriasis Area and Severity Index) або індексу площі і важкості псоріазу, який вираховується за формулою:

$$0.1x(Eg + Ig + Lg) \times Пг + 0.2x(Ev + Iv + Lv) \times Пв + 0.3x(Et + It + Lt) \times Пт + 0.4x(En + In + Ln) \times Пн,$$

де: E – еритема, I – інфільтрація, L – лущення, П – площа ураження шкіри.

Маленькі літери відображають до якої частини тіла належить цей показник (голова, тулуб, верхні та нижні кінцівки).

0 – відсутність симптомів; 1 – легкий прояв; 2 – помірний прояв; 3 – виражений прояв; 4 – різко виражений прояв.

Площа долоні – 1%, площа голови – 10%, тулуба – 30%, верхніх кінцівок – 20%, нижніх – 40%. Показник PASI коливається в межах 0.8 – 0.92.

Останніми роками оцінка впливу псоріазу на якість життя обстежуваних пацієнтів та їх змін в процесі лікування визначається за допомогою Дерматологічного індексу

якості життя DLQI (Dermatology Life Quality Index) та Індексу недієздатності при псоріазі PDI (Psoriasis Disability Index).

VI. Стадію патологічного процесу псоріатичної хвороби [1,7,8,10,15,22]:

1. Прогресуюча стадія: турбує незначний свербіж; спостерігається поява нових елементів висипу; характерний периферичний ріст елементів висипу; тенденція до злиття елементів висипу в більші вогнища; папули насиченого рожевого кольору з срібно-білим лущенням у їх центральній частині; наявність гіперемічного вінчика росту Пільнова довкола елементів висипу, вільного від срібно-білого лущення; позитивна псоріатична триада; позитивна ізоморфна реакція Кебнера чи Картамишова.

2. Стаціонарна стадія: свербіж не характерний або слабо виражений; не спостерігається поява нових елементів висипу; поверхня елементів висипу повністю вкрита срібно-білим лущенням, що легко спадає; папули – червоного кольору; псоріатична триада позитивна; феномен Кебнера не викликається; можлива поява вінчика Воронова.

3. Регресуюча стадія: утворення довкола папул псевдоартрофічного вінчика Воронова Д.Л., 1924 (злегка зморщеного, біло-блискучого кільця до 5 мм); побіління елементів висипу у центральній частині, що приводить до появи кільцевидних, географічних та інших чудернацьких обрисів; залишки лейкодерми (гіпо- рідше гіперпігментних плям) на місці висипань.

### VII. Діагностичними тестами [1,7,9,10,15,17]:

3. Пошкрябування скальпелем поверхні папул дає змогу виявити триаду характерних для псоріазу феноменів:

· феномен “стеаринової плями” характеризується посиленням лущення при пошкрябуванні, яке нагадує розтерту краплю стерину, що є результатом рихлості зроговілих пластин;

· феномен “термінальної плівки” виникає внаслідок видалення лусок і подальшого орогнення вологої поверхні шипуватого шару епідермісу;

· феномен “точкової кровотечі” (феномен Ауспіца) або “кров’яної роси” (феномен А.Г.Полотебнова) з’являється після подальшого легкого пошкрябування термінальної плівки і обумовлений травматизацією капілярних судин здовжених сосочків дерми, які легко доступні у зв’язку з наявністю ділянок витончення мальпігієвого шару над ним.

2. Феномен Кебнера, 1876 (ізоморфна реакція або травматичний псоріаз – psoriasis traumatica – поява псоріатичних висипань на місцях фізичних чи хімічних пошкоджень шкірного покриву (подряпина, травма частинами одягу, операційне втручання, УФО, застосування подразнюючих мазей). Найчастіше ізоморфна реакція з’являється через 10-14 днів (можливо і через 34 дні) після травми. У вогнищах виявлений лімфоцитарний інфільтрат, що свідчить про роль імунної системи в патофізіології псоріазу.

3. Симтом Картамишева (відчуття чітких меж уражень по периферії псоріатичних бляшок на волосяній частині голови, яке пропальповується із закритими очима (на

відміну від себорейного дерматиту, при якому чітке обмеження не відзначається).

*VIII. Сезонність висипань* [1,9,10,12, 15, 22]:

1. Зимовий тип (загострення хвороби в осінньо-зимовий період).

2. Літній тип (загострення хвороби в весняно-літній період).

3. Змішаний тип (не відмічається чіткої залежності загострень від пори року).

*IX. Частотою рецидивів псоріатичної хвороби* [1, 18, 21, 24]:

1. Рідко рецидивуючий псоріаз (загострення 1 раз в декілька років);

2. Помірно рецидивуючий псоріаз (загострення через 1-2 роки);

3. Часто рецидивуючий псоріаз (ремісія зберігається 1-3 місяці);

4. Безперервно рецидивуючий або агато це псоріаз (неповне клінічне одужання внаслідок проведеного курсу терапії; загострення відмічається до місяця після виписки з стаціонару).

*X. Чутливістю шкірного патологічного процесу до УФ-променів* [1]:

1. Фоточутливий псоріаз (УФ-опромінення має позитивну лікувальну дію, сприяє регресу елементів висипу без подразнення прилеглої нормальної шкіри).

2. Фототоксичний псоріаз (спостерігається фототоксична дія УФ-променів на пошкоджену та здорову шкіру з явищами агато центрального у вигляді фотосенсибілізації у вигляді фотодерматозу, загостреного патологічного процесу).

*XI. Характером пошкоджень нігтьових пластинок:*

3. Ранні форми псоріазу нігтів [9,10, 21, 24] у вигляді:

- Цяткова оніходистрофія “симптом наперстка” характеризується ятковим втисненням поверхні нігтьової пластинки, які обумовлені ділянками проксимальної частини матриксу [5,6,10,19];

- плямиста форма Кейнінга-Гасенфлюга (або симптом “масляних плям” характеризується наявністю жовто-бурих піднігтьових плям частіше в ділянках нігтьових валиків чи лунок і характерні для прогресуючої стадії псоріазу) [7,8,10,24];
- папульозний псоріаз нігтів (сосочки Hebra, Heller).

2. Пізні форми псоріазу нігтів [10,24]:

- гіпертрофічна оніходистрофія (оніхогрифоз у вигляді “симптому піщаних хвиль” або “кігтя птаха” завдяки піднігтьовому гіперкератозу) [7,8,10,24];

- атрофічна оніходистрофія або оніхолізіс [7,8,10,24];

- інші різновидності проявів псоріазу нігтів: поперечні та поздовжні борозди на нігтьових пластинках [10,24]; піднігтьові петехії (с-м Левенталія); симптом Попова або наявність дефекту епоніхії (Попов Л.Х., 1947).

*XII. Гістологічної діагностики.* В основі утворення псоріатичних папул та тріади лежать наступні основні патогістологічні зміни [18,19,22,26]:

1. Гіперкератоз – потовщення рогового шару епідермісу, яке часто супроводжується розвитком болючих тріщин (феномен “стеаринової плями”).

2. Паракератоз – неповноцінне зроговіння, що характеризується наявністю ядер у клітинах рогового шару,

недорозвиненням або відсутністю зернистого шару (феномен “стеаринової плями”).

3. Акантоз – патологічний процес, який супроводжується потовщенням та збільшенням кількості рядів шипуватого, зернистого шарів епідермісу (феномен “термінальної півки”).

4. Папіломатоз – значне подовження сосочків дерми, що клінічно виражається сосочковим розростанням тканин у вигляді вегетацій (феномен “кров’яної роси”).

5. Мікроабсцеси Мунро – накопичення нейтрофільних гранулоцитів внаслідок між- та внутріклітинного набряку, екзоцитозу шипуватого шару епідермісу (особливо в прогресуючій стадії).

6. Додаткові зміни епідермісу (збільшення його об’єму в 4-6 та гермінативних клітин в 3 рази; прискорення мітотичної активності і синтезу ДНК в клітинах; різке скорочення часу перетворення базальних кератоцитів в рогові луски (до 4, при N–28 дб); поява в епідермальних кератоцитах кератину – 17; порушення синтезу маркерів нормальної диференціації кератиноцитів (філагрину, інволюкрину).

**\* Наявність суглобового синдрому** [19, 20, 23], яка, на нашу думку, повинна враховувати:

I. Локалізацію суглобового патологічного процесу:

1. Періартикулярне пошкодження (агато ц,тендовагініти).

За допомогою МРТ, УЗД та скінтіграфії [2, 3, 12, 20, 23] у хворих на АП можна діагностувати наявність запалення в місцях прикріплення:

- зв’язок до хребців та інших кісткових утворів;

- м’язевих сухожиль до костей;

- апоневрозів до костей (гребенів клубових костей, п’яток).

2. Артикулярне ураження (артрити) [5,17]

*II. Кількість пошкоджених суглобів* [19, 20, 23]; агато цент – пошкодження одного суглоба; олігоартрит – пошкодження 2-3 суглобів; поліартрит – пошкодження більше трьох суглобів.

*III. Симетричність суглобового патологічного процесу:*

3. Симетричний. 2. Асиметричний.

*IV. Клінічний перебіг та анатомічний варіант пошкоджених суглобів:*

1. Периферичний форма [2, 20, 34]:

а) з домінуючим ураженням дрібних суглобів китиць по:

- дистальному або ідіопатичному типу (від ізольованого пошкодження одного дистального агато центрально суглобу (ДМФ) до поперечного варіанту з частіше асиметричним ураженням усіх кінцевих суглобів пальців китиць рук і ніг);

- променевому або вертикальному типу (ізольоване пошкодження основного, середнього та кінцевого фалангових суглобів одного і того ж пальця кистей – “сосиско-подібний палець”);

- подагричному типу (асиметричне ураження I плесне-фалангового суглобу стопи);

- проксимальному або ревматоїдноподібному типу (з переважаючим симетричним деструктивним пошкодженням основних суглобів кистей і стоп);

б) з домінуючим ураженням середніх та великих суглобів (з переважаючим асиметричним ураженням великих суглобів (колінних, ліктьових) і/або середніх (променевозапальних, гомілковоступневих) і/чи суглобів пальців китиць)

2. Центральна або Бехтереподібна форма (домінуюче пошкодження хребта, клубово-крижових та прикореневих (плечових, кульшових) суглобів з/без ознак периферичного суглобового ураження) [11, 16, 24]:

а) аксіальний тип ураження (спондиліт і/або сакроілеїт);

б) спондилоартритичний тип (спондиліт і/або сакроілеїт у поєднанні з пошкодженням плечових і/чи кульшових суглобів).

3. Поєднана форма (поєднання АП з подагрою, РА, хворобою Бехтерева)

4. Перехресні форми (перехід АП у будь-який інший СпА)

*V. Стадії перебігу та рентгенологічної недостатності* [24, 28, 32, 33]. Оскільки, на основі аналізу даних літературних джерел та власних спостережень, ми схилиємося до представлення патогенезу артропатичного псоріазу з позиції генералізованої ентезопатії, як генетично детермінованої патологічної адаптаційної реакції, тому, на нашу думку, відповідно розвитку патологічного суглобового процесу включає наступні стадії [21]:

1. Псорітична ентезопатія (у тому числі латентна форма ПХ):

- приховане протікання (виявлена лише при обстеженні);

- артралгічна форма.

Підтверджується за допомогою МРТ, УЗД та сцинтиграфії.

Запропонований діагноз “псоріатичної ентезопатії”, як початкової стадії розвитку суглобового синдрому ПХ є вкрай необхідним з метою ранньої діагностики та призначення адекватної терапії, що надасть можливість агато центрального появу деструктивних кісткових змін та функціональної недостатності суглобів при АП (а скеровуватись для встановлення професійної придатності пацієнти повинні при наявності діагнозу ПсА, як другої стадії перебігу АП).

2. Псоріатичний артрит (підтверджується рентгенологічно): синовіальна форма; синовіально-кісткова форма.

3. Деформуючий псоріатичний артрит (підтверджується рентгенологічно) на основі: деформацій суглобових поверхонь кісток; множинних агато цент; підвивихів (з різноосьовим зміщеннями кісток); остеолізу (мутиляція); анкілозу.

Слід відмітити, що, окрім вказаного, до рентгенологічних особливостей АП відносять: асиметричність пошкоджень, променевий тип артриту суглобів кистей, слабку вираженість субхондрального остеопорозу і поєднання остеолізу з остеосклерозом, кінцеве звуження дистальних епіфізів фаланг пальців, осифікація періосту діафізів, анкілоз дистальних і проксимальних міжфалангових суглобів одного і того ж пальця, дуговідросткових суглобів шийних хребців, мозаїчний характер запалення суглобів і осифікації зв'язок. Синдесмофіти грубі, асиметричні і нерідко поєднуються з паравертебральними осифікатами [5, 6, 15, 31, 34].

VI. Фази і ступінь активності суглобового патологічного процесу [5, 6, 14]:

1. Фаза активного патологічного процесу:

а) *ФН I або низького ступеня активності*: показники ШОЕ менше 20 мм/год; гіпохромна анемія легкого ступе-

ня; к-сть лімфоцитів – верхня межа норми; С-реактивний білок (+); переважають дистрофічні процеси в суглобах (зміни виявлені лише при рентгенологічному дослідженні у вигляді скритої артропатії або деформації без запальних ознак).

Б) *ФН II або середнього ступеня активності*: показники ШОЕ від 20 до 40 мм/год; анемія середнього ступеня; к-сть лімфоцитів від 40 до 50; С-реактивний білок (++) ; набряковість, почервоніння в ділянці суглобів, біль, підвищення температури, обмеженість рухів.

С) *ФН III або важке протікання*: показники ШОЕ більше 40 мм/год; виражена анемія (інколи Нв – нище 50 г/л); к-сть лімфоцитів – 50 і більше; С-реактивний білок (+++ і більше); диспротеїнемія; виражені запальні явища в суглобах; порушення загального стану

2. Фаза ремісії.

VII. Функціональну активність суглобів і професійну придатність [2, 3]:

1. Збережена ФАС

2. Порушена ФАС:

а) професійна здатність збережена;

в) професійна здатність порушена (вимагає зміну професії);

с) втрачена здатність до самообслуговування.

*VIII. Темп розвитку* [1, 20, 21]:

1. Хронічний повільно протікаючий агато (звичайна форма)

2. Генералізований швидко прогресуючий агато у вигляді наступних форм:

важка, злаякісна

3. Латентний перебіг

\* **Наявність системних пошкоджень** [1, 20, 24]:

1. Без системних проявів.

2. З системними проявами (трофічні порушення, генералізована аміотрофія, поліаденія, кардит, вади серця, неспецифічний реактивний гепатит, цироз печінки, амілоїдоз внутрішніх органів, шкіри і суглобів, дифузний гломерулонефрит, ураження очей, неспецифічний уретрит та аг.).

Враховуючи сказане, приведемо приклад постановки розширеного діагнозу псоріатичної хвороби.

Приклад постановки розширеного діагнозу ПХ

*Паспортна частина.* Хворий: Х Вік: 52 р.(1956 р.н.)

Стать: ага.

Дата поступлення: 11.02.08 р.

Домашня адреса: Львівська область, м. Старий Самбір.

Професія: електрик.

*Скарги на:* висипання на шкірі волосистої частини голови, нижніх кінцівок; помірний свербіж в ділянках висипання; набряк, обмеження і скованість рухів в колінних суглобах; погіршення сну.

*Анамнез захворювання.* Вважає себе хворим з 1998 року, відколи вперше на шкірі нижніх кінцівок і долонь з'явилися висипання. Початок захворювання пов'язує з контактом з хімічними речовинами. Лікувався амбулаторно і стаціонарно. Загострення 1 раз в 2 роки в зимовий час. Подальші загострення пов'язує з нервовими стресами та вживанням алкоголю. З 2003р.- інвалід III групи. Останнє загострення – рік тому.

*Анамнез життя.* Вірусний гепатит, туберкульоз, венеричні та психічні захворювання заперечує. Алергічних реакцій на продукти харчування, медикаменти не спостерігав. Спадковий анамнез не обтяжений. Шкідливі звички – часте вживання алкоголю. Супутні захворювання: неспецифічний реактивний гепатит.

*Status localis.* На шкірі волосистої частини голови, розгинальній поверхні нижніх кінцівок спостерігаються множинні інфільтровані елементи різних розмірів, рожево-червоного кольору; на голішках злиті в бляшки розміром до 7 см. Поверхня висипань вкрита срібно-білим лущенням, що легко спадає. Довкола елементів висипу – гіперемічний вінчик росту Пільнова. Псоріатична триада – позитивна. На нігтьових пластинках китиць рук – численні ц'яткові вдавлення (симптом “наперстка”). Колінні суглоби набрякли з обох сторін, рухомість в них обмежена, при пальпації – болючі.

Індекс PASI = 7,8 (до 30%)

*Попередній діагноз:* Дисемінований вульгарний бляшковий псоріаз з помірним ступенем інфільтрації, звичайної або неважкої форми, прогресуюча стадія, зимовий тип, фоточутливий помірно рецидивуючий перебіг. Оніходистрофія. Периферичний симетричний псоріатичний олігоартрит (колінних суглобів) з хронічно протікаючим перебігом. ФН II. ФАС 2а. Неспецифічний реактивний гепатит.

Напротязі 7 років під нашим спостереженням перебувало 85 пацієнтів з АП на фоні ПХ. Для постановки розгорнутого діагнозу ПХ враховували розроблені нами клінічні ознаки. Згідно власних спостережень та враховуючи дані літературних джерел **рекомендуємо для постановки діагнозу АП апробувати наступні критерії:**

Великі критерії:

1. Наявність хронічного периферичного і/або осьового суглобового синдрому (ентезит /артрит)

2. Від'ємна реакція на наявність ревматоїдного фактору (РФ) та anti-MSV

3. Псоріатичні ураження шкіри і/або нігтьових пластинок на момент обстеження і/або в анамнезі

**Малі критерії:**

1. Домінуюче асиметричне пошкодження суглобів по:

а) периферичному типу (моно-, олігоартрит, особливо ДМФС) і/або

б) осьовому типу (сакроілеїт і/або спондиліт)

2. Наявність остеодеструктивних (остеоліз, анкілоз) і/або остеопроліферативних (гіперостози, періостити, синдесмофіти) багатоцентричних змін

3. Відсутність тригерної інфекції (антитіл до хламідій (ПФ, ПЛР), ентеробактерій) в анамнезі за останній місяць

4. Відсутність наявності тофусів і урикемії (при нормі: у ага. До 0,42 ммоль/л (7мг%), у ага. До 0,36 ммоль/л (6мг%)) або вузликів Гебердена та Бушара

**Достовірний (класичний) діагноз АП** вимагає наявності 4 (3+1) критеріїв: 3 позитивних великих та 1 малого. **Визначений або імовірний діагноз АП** виставляється при наявності позитивних лише 2 великих критеріїв, що вимагає додатково ще одного малого критерію (2+2). Зокрема, при ЛАП (латентний АП) чи АП з позитивним РФ.

Виставити **посуданий діагноз:**

**АП і РА (3+1)** можна при протилежних значеннях другого великого і 1 (а) малого критеріїв, тобто при позитивній реакції на наявність РФ та симетричному ураженні ДМФС;

**АП і АС (3+1):** при 3 позитивних великих і протилежному значенні 1 (б) малого критеріїв;

**АП і РеА (3+1):** при 3 позитивних великих і протилежному значенні третього малого критеріїв.

Систематизація клінічних ознак псоріатичної хвороби наштовхула нас думку про необхідність створення уніфікованої “Анкети для обстеження хворого на псоріаз”, в анамнезі захворювання та описі вогнища ураження, які включають скорочений варіант запропонованих клінічних ознак ПХ, лікарю лишень потрібно підкреслити те, що характерне для кожного пацієнта зокрема (див. додаток 1). Розроблена анкета є передумовою для проведення широкого тестування хворих на псоріаз з метою удосконалення діагностичних ознак псоріатичної хвороби. Окрім цього, виставлення поширеного діагнозу ПХ, особливо вперше діагностованого, дасть можливість відстежити в подальшому шляхи розвитку дерматозу, роль тригерних факторів, ефективності лікування.

**Висновок**

1. Представлені клінічні ознаки і діагностичні критерії необхідні в роботі дерматологів в якості опорно-допоміжних для встановлення розширеного, диференційного діагнозу ПХ, служать додатковим стандартом для оцінки перебігу дерматозу, клініко-терапевтичного ефекту рекомендованої терапії.

2. Розроблені критерії для визначення фенотипу ПХ дозволяють формувати однорідні групи хворих, упорядкувати алгоритм їх лабораторного обстеження з метою подальшого лікування чи наукового дослідження.

3. Складання “Анкети для псоріатичного хворого” є передумовою для проведення багатоцентрового уніфікованого тестування хворих на ПХ з метою удосконалення класифікаційних ознак клінічної різновидності дерматозу, критеріїв для визначення та диференціації АП, а в подальшому – наближенню їх за чутливістю і специфічністю до 100%.

*Рецензент: д.мед.н., професор В.І.Степаненко*

**АНКЕТА ХВОРОГО НА ПСОРИАЗ****Паспортна частина:**

Прізвище, імя, по-батькові: \_\_\_\_\_

Вік: \_\_\_\_\_ Дата звернення: \_\_\_\_\_ Місце праці: \_\_\_\_\_

Домашня адреса: \_\_\_\_\_

**Скарги:**

Висипання на шкірі: \_\_\_\_\_

Свербіж в ділянках висипання: \_\_\_\_\_

Набряклість, обмеження, скованість рухів в \_\_\_\_\_ суглобах.

Погіршення сну: \_\_\_\_\_

**Анамнез хвороби (Anamnesis morbi) (необхідне підкреслити):**

Вважає себе хворим(ою) з \_\_\_\_\_ року. Початок (загострення) захворювання пов'язує з \_\_\_\_\_

Лікував(ла)ся: стаціонарно \_\_\_\_\_, амбулаторно \_\_\_\_\_ Ефект терапії \_\_\_\_\_ Сезонність висипань: зимовий, літній, змішаний тип.

Частота рецидивів: рідко рецидивуючий, помірно рецидивуючий, часто рецидивуючий, безперервно рецидивуючий.

Чутливість до УФ-променів: фоточутливий, фототоксичний.

Останнє загострення \_\_\_\_\_ . Інвалідність (дата) \_\_\_\_\_

**Анамнез життя (Anamnesis vitae):**

Вірусний гепатит \_\_\_\_\_, туберкульоз \_\_\_\_\_, венеричні \_\_\_\_\_ та психічні захворювання \_\_\_\_\_.

Алергічні реакції на медикаменти \_\_\_\_\_ та продукти харчування \_\_\_\_\_ . Спадковий анамнез \_\_\_\_\_ .

Шкідливі звички \_\_\_\_\_ Супутні захворювання \_\_\_\_\_

**Теперішній стан хворого ( status praesens communis):****Загальний огляд:**

Загальний стан хворого \_\_\_\_\_ Будова тіла \_\_\_\_\_

Шкірні покрови \_\_\_\_\_

Стан порожнини рота \_\_\_\_\_

Лімфатичні вузли \_\_\_\_\_

Стан органів:

Ендокринної системи \_\_\_\_\_

Легеневої системи \_\_\_\_\_

Серцево-судинна система \_\_\_\_\_

Система органів травлення \_\_\_\_\_

Система органів сечовиділення \_\_\_\_\_

**Опис вогнища ураження (status localis) – необхідне підкреслити:****1. Наявність шкірного синдрому :****1. Поширеність патологічного процесу :** обмежений, дисемінований, дифузний, універсальний (псоріатична еритродермія ).**2. Характер папульозних елементів:**

-вульгарний псоріаз: лінійний, гірляндовидний, географічний, фігурний псоріаз, кільцевидний;

-атиповий псоріаз: плямистий; ексудативний; екзематичний; себорейний; інтертригінозний; пустульозний (генералізований пустульозний псоріаз Цумбуша, обмежений пустульозний псоріаз Барбера); папіломатозний; застарілий; руліодний; фолікулярний; зворотний; подразнений; псоріаз долонею і підшов (гіперкератотична, кератотична, везикуло-пустульозна форми).

**3. Величина елементів:** дрібнопляшковий (міліарний, лентикулярний, нумулярний псоріаз), пляшковий, крупнопляшковий, дифузні пляшки, універсальне пошкодження.**4. Ступінь інфільтрації пляшок:** помірна, виражена, різко виражена.**5. Важкість протікання ( площа долони хворого – 1%):** звичайна \_\_\_\_\_ %, середньої важкості \_\_\_\_\_ %, важка \_\_\_\_\_ %, дуже важка форми \_\_\_\_\_ %.**6. Стадія псоріатичної хвороби:****\* Прогресуюча :** папули рожевого кольору з срібно-білим лушенням у їх центральній частині; поява нових елементів висипу; злиття елементів висипу; периферичний ріст елементів висипу; наявність гіперемічного вінчика росту Пільнова довкола елементів висипу; позитивна псоріатична триада; позитивна ізоморфна реакція Кебнера.**\* Стаціонарна:** немає появи нових елементів висипу; відсутність росту елементів висипу; поверхня елементів висипу повністю вкрита срібно-білим лушенням, що легко спадає; папули – червоного кольору; псоріатична триада позитивна; феномен Кебнера \_\_\_\_\_ викликається; поява вінчика Воронова.**\* Регресивна стадія:** утворення довкола папул псевдоартрофічного вінчика Воронова; побіління елементів висипу у центральній частині; залишки лейкодерми (гіпо-, гіперпигментної) на місці висипань.**7. Діагностичні тести :****\* Псоріатична триада:** феномен “стеаринової плями”, “термінальної плівки”, феномен “цяткової кровотечі”**\* феномен Кебнера** \_\_\_\_\_**\* Симтом Картамишева** \_\_\_\_\_**8. Характер пошкодження нігтьових пластинок:****\* Ранні форми псоріазу нігтів :** цяткова оніходистрофія “симптом наперстка”; симптом “масляних плям”; папульозний псоріаз нігтів ( сосочки Hebra, Heller).**\* Пізні форми псоріазу нігтів :** гіпертрофічна оніходистрофія (оніхогрифоз у вигляді “симптому піщаних хвиль” або “кігта птаха”); атрофічна оніходистрофія (оніхолізіс); поперечні, поздовжні борозди; піднігтьові петехії (с-м Левенталю); наявність дефекту епоніхії (с-м Попова).**9. Гістологічна діагностика:** гіперкератоз, паракератоз, акантоз, папіломатоз, мікроабсцеси Мунро, інше \_\_\_\_\_**II. Наявність суглобового синдрому (дата встановлення):** \_\_\_\_\_

- 1. Локалізація суглобового патологічного процесу :**  
 \* періартикулярне пошкодження (ентезити, тендовагініти): \_\_\_\_\_  
 \* артикулярне ураження (артрити) : \_\_\_\_\_
- 2. Кількість пошкоджених суглобів:** моноартрит \_\_\_\_\_; олігоартрит \_\_\_\_\_; поліартрит \_\_\_\_\_
- 3. Симетричність суглобового патологічного процесу :** симетричний, асиметричний.
- 4. Клінічний перебіг та анатомічний варіант пошкоджених суглобів :**  
 \* Периферичний форма з домінуючим ураженням дрібних суглобів китиць по :  
 - дистальному або ідіопатичному типу \_\_\_\_\_  
 - променевою або вертикальному типу \_\_\_\_\_  
 - псевдоподагричному типу \_\_\_\_\_  
 - проксимальному або ревматоїдноподібному типу \_\_\_\_\_  
 \* Периферичний форма з домінуючим ураженням середніх та великих суглобів \_\_\_\_\_  
 \* Центральна або Бехтереподібна форма: аксіальний тип ураження ( спондиліт і/або сакроілеїт); спондилоартритичний тип (спондиліт і/або сакроілеїт у поєднанні з пошкодженням плечових і/чи кульшових суглобів)  
 \* Поєднана форма (поєднання АП з подагрою, РА, хворобою Бехтерева) \_\_\_\_\_  
 \* Перехресні форми (перехід АП у будь-який інший СпА) \_\_\_\_\_
- 5. Стадія перебігу та рентгенологічної недостатності:**  
 \* Псоріатична ентезопатія: скрите протікання, артралгічна форма.  
 \* Псоріатичний артрит : синовіальна форма, синовіально-кісткова форма.  
 \* Деформуючий псоріатичний артрит (підтверджується рентгенологічно) на основі: деформацій суглобових поверхонь кісток; множинних остефітів; підвивихів (з різноосьовим зміщеннями кісток); остеолізу (мутиляція); анкілозу \_\_\_\_\_.
- 6. Фаза і ступінь активності суглобового патологічного процесу :**  
 \* Фаза активного патологічного процесу : ФН I, ФН II, ФН III.  
 \* Фаза ремісії.
- 7. Функціональна активність суглобів і професійна придатність:**  
 \* Збережена ФАС  
 \* Порушена ФАС: а) професійна здатність збережена; в) професійна здатність порушена (вимагає зміну професії); с) втрачена здатність до самообслуговування.
- 8. Темп розвитку :**  
 \* Хронічний повільно протікаючий процес (звичайна форма)  
 \* Генералізований швидко прогресуючий процес у вигляді наступних форм: важка, злоякісна  
 \* Латентний перебіг
- III. Наявність системних пошкоджень:**  
 \* Без системних проявів.  
 \* З системними проявами ( трофічні порушення, генералізована аміотрофія, поліаденія, кардит, вади серця, неспецифічний реактивний гепатит, цироз печінки, амілоїдоз внутрішніх органів, шкіри і суглобів, дифузний гломерулонефрит, ураження очей, неспецифічний уретрит та ін.) \_\_\_\_\_
- IV. Додаткові ознаки:** \_\_\_\_\_
- КЛІНІЧНИЙ ДІАГНОЗ:** \_\_\_\_\_

## СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Адашкевич В.П., Козин В.М. Кожные и венерические болезни: Учебное руководство. – М.: Мед. лит. – 2006. – С. 277–288.
2. Бадюкин В. В. К вопросу о классификации псориатического артрита / В. В. Бадюкин // Клиническая ревматология. – 1995. – № 5. – С. 53–56.
3. Бадюкин В. В. Псориатический артрит и псориаз: проблема взаимосвязи и взаимообусловленности / В. В. Бадюкин // Избранные лекции по клинической ревматологии / под ред. В. А. Насоновой, Н. В. Бунчука. – М.: Медицина, 2001. – С. 82–90.
4. Беляев Г. М. Псориаз, псориатическая артропатия / Г. М. Беляев, П. П. Рижко. – [3-е изд., доп.]. – М.: Мед. Пресс-информ, 2005. – С. 123–125.
5. Буянов О. А. Рентгенологична семіотика псоріатичного артриту / О. А. Буянов, В. Г. Коляденко, В.П. Кваша // Український журнал дерматології, венерології, косметології. – 2003. – № 2. – С. 28–31.
6. Вакіряк Н. П. Удосконалення критеріїв діагностики та терапії псоріатичного артриту / Н. П. Вакіряк // Український журнал дерматології, венерології, косметології. – 2005. – № 3 (18). – С. 131.
7. Довжанский С.И. Псориаз.- Саратов: Изд-во Саратов. ун-та. – 1976. – 283с.
8. Задорожний Б.А. Псориаз. – К.: Здоров'я, 1993. – 169с.
9. Иванов О.Л., Молочков В.А., Бутов Ю.С., Кряжева С.С. Кожные и венерические болезни / под ред. Проф. Иванова О.Л. – М.: Шико. – 2002. – 480 с.
10. Машикейсон Л.Н. Частная дерматология. – М.: Медицина. – 1965.-С.161-208.
11. Милевская С. Г. Поражение позвоночника при псориатическом артрите / С. Г. Милевская // Вестник дерматологии. – 1988. – № 7. – С. 62–65.
12. Мордовцев В.Н. Псориаз. Кожные и венерические болезни: Руководство для врач. В 4-х т./ Под ред. Ю.К.Скрипкина. – М: М: Медицина. – 1995. – Т.2. – С.185-209, 211–212.
13. Номенклатура, класифікація, критерії діагностики та програми лікування ревматичних хвороб // під редакцією проф. Коваленка В.М., проф. Шуби Н.М., 2004. – С.107 – 108.
14. Олійник І.О., Я.Ф.Кутасевич, Г.К.Кондакова Критерії оцінки ступеня виразності порушень кісткового метаболізму при артропатичному псоріазі // Дерматологія. Косметологія. Сексопатологія. – 2007. – №1-2. – С.92–97.



15. Павлов С.Т., Шапошников О.К., Самців В.И., Ильин И.И. Кожные и венерические болезни. – М.: Медицина. – 1985. – С.183–189.
16. Разработка и апробация диагностических критериев псориазического артрита / Агабабова Э. Р., Бадюкин В. В., Эдрес Ш. [и др.] // *Терапевтический архив*. – 1989. – № 2. – С. 56–58.
17. Рахматов А. Б. Современные проблемы псориазического артрита / А. Б. Рахматов, С. А. Хуждамердыев // *Український журнал дерматології, венерології, косметології*. – 2003. – № 2. – С. 32–37.
18. Романенко В.Н., Шлопов В.Г., Шевченко Т.И. и др. Морфофункциональное состояние кожи при псориазе // *Акт. вopr. Дерматовенерологии : Научн.-практ. сб. ст. – Днепропетровск–Хмельницкий, 1996. – Вып. 9. – С. 28.*
19. Семиряд Ю. В. Диагностика и терапия остеодеструктивных изменений у больных артропатическим псориазом / Ю. В. Семиряд, В. Г. Радионов // *Український журнал дерматології, венерології, косметології*. – 2005. – № 1. – С.11–15
20. Сизон О.О., Степаненко В.І. Патогенетично обґрунтована класифікація артропатичного псориазу. // *Український журнал дерматології, венерології, косметології*. – №4 (35). – 2009 – С.26-35.
21. Сизон О.О., Туркевич О.Ю. Клініко-діагностичні критерії для визначення фенотипу псориазичної хвороби // *Український журнал дерматології, венерології, косметології*. – №4(31). – 2008 – С.30-37.
22. Скрипкин Ю.К. Кожные и венерические болезни / *Руководство*–М: Медицина.–2005.–Т.2 –544 с.
23. Скрипниченко С.В., Булавина В.П., Білоус А.В. Особенности етіології, перебігу та лікування псориазичного артриту // *Медицинские аспекты здоровья женщины*. – К., 2008. – №4(13). – С.82–85.
24. Терлецкий О.В. Псориаз. Дифференциальная диагностика псориазоподобных редких дерматозов. Терапія // *Медицинский атлас: Санкт-Петербург, 2007. – 510с.*
25. Шебашиова Н. В. Диагностика и терапия костной патологии у больных псориазом. / Н. В. Шебашиова // *Вестник дерматологии и венерологии*. – 2001. – № 4. – С.21.
26. Шевченко Т.И., Шлопов В.Г. Патологическая анатомия псориазической болезни. // К.: Укр. ИНТЕК.–2001.–358с.
27. Dougados M, van der Linden S, Juhlin R, Huitfeldt B, Amor B, Calin A, et al. The European Spondylarthropathy Study Group preliminary criteria for the classification of spondylarthropathy. *Arthritis Rheum* 1991; 34:1218-27.
28. Faraone SV, Tsuang MT. Measuring diagnostic accuracy in the absence of a “gold standard.” *Am J Psychiatry* 1994; 151: 650 –7.
29. Fournie B, Crognier L, Arnaud C, Zabraniecki L, Lascaux-Lefebvre V, Marc V, et al. Proposed classification criteria of psoriatic arthritis: a preliminary study in 260 patients. *Rev Rhum Engl Ed.*, 1999; 66: 446–56.
30. Gofton JP. Report from the Subcommittee on Diagnostic Criteria for Ankylosing Spondylitis. In: Bennett PH, Wood HN, editors. *Population studies of the rheumatic diseases*; 1966. New York: Excerpta Medica; 1966. – P. 314–6, 456 –7.
31. Helliwell PS, Taylor WJ. Classification and diagnostic criteria for psoriatic arthritis. *Ann Rheum Dis* 2005; 64 Suppl 2:3-8.
32. Taylor WJ, Marchesoni A, Arreghini M, Sokoll K, Helliwell PS. A comparison of the performance characteristics of classification criteria for the diagnosis of psoriatic arthritis. *Semin Arthritis Rheum* 2004; 34:575–84.
33. Taylor W., Gladman D., Helliwell PS. and al. Classification criteria for psoriatic arthritis // *Arthritis and rheumatism*. –Vol.54, No 8, August. –2006. – P. 2665- 2673.
34. Symmons D, Lunt M, Watkins G, Helliwell P, Jones S, Mc Hugh N, et al. Developing Classification criteria for peripheral joint psoriatic arthritis. Step I. Establishing whether the rheumatologist’s opinion on the diagnosis can be used as the “gold standard”. *J Rheumatol* 2006; 33: 552–7.
35. Zeiickson BD, Muller SA. Generalized pustular psoriasis. A review of 63 cases // *Arch. Dermatol.* – 1999. – Vol.127. – P. 1339 – 1345.

## ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ И ДИАГНОСТИКИ СУСТАВНОГО СИНДРОМА ПСОРИАТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ

О.О. Сизон

В работе разработаны клинико-диагностические критерии для определения фенотипа псориазической болезни путем анализа отечественной и иностранной литературы, собственного опыта. Указанные критерии необходимы для работы дерматологов в качестве опорно-вспомогательных в ходе постановки расширенного диагноза псориазической болезни, проведения дифференциальной диагностики, оценки клинико-терапевтического эффекта предлагаемой терапии. С целью усовершенствования классификационных критериев и приближению их за специфичностью и чувствительностью к 100% авторами представлена анкета для унифицированного тестирования и обследования псориазических больных.

## SPECIALS OF COURSE AND DIAGNOSTICS OF ARTICULAR SYNDROMES AT PSORIATIC DISEASE

O.O. Syzon

The paper develops clinical-diagnostic criteria for determination of psoriatic disease phenotype by analyzing of national and foreign literature, personal experience. Moreover, the mentioned criteria are required for work of dermatologists as auxiliary criteria in the course of comprehensive diagnosis of psoriatic disease, differential diagnostics and evaluation of clinical-therapeutical effect of offered treatment. In order to improve classification criteria and to put them closer to 100% by their specificity and sensitivity the authors present a questionnaire for testing unification and psoriatic patients examination.