

ОСОБЛИВОСТІ ІНСТРУМЕНТАЛЬНИХ МЕТОДІВ ДІАГНОСТИКИ АРТРОПАТИЧНОГО ПСОРИАЗУ

Сизон О.О.

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, м. Львів, Україна

Ключові слова: псоріаз, артропатичний псоріаз, інструментальні методи діагностики.

Артропатичний псоріаз (АП) – хронічне системне прогресуюче захворювання із групи серонегативних спондилоартритів (ССА або СпА), що асоціюється з псоріазом, яке характеризується переважною локалізацією патологічного процесу в тканинах опорно-рухового апарату і приводить до розвитку множинних ентезитів, періостальної проліферації (періоститів, гіперостозів), ерозивного артриту, кісткової резорбції (остеолізу), СпА [9,13,14,18]. Для АП характерні багатогранні загальні і вісцеральні прояви, які інколи виступають на перший план і визначають прогноз хвороби, результати її перебігу [2,3,15].

З точки зору більшості дослідників чоловіча стать, молодий вік та початок псоріатичної хвороби (ПХ) із суглобовим синдромом, є предикторами несприятливого перебігу АП [1,2,4,5]. Згідно даних літературних джерел, серед осіб з ПХ показник частоти виявлення АП коливається від 1 до 13% [3,6,7]. Такий великий діапазон цього показника пояснюється відсутністю загальноприйнятих діагностичних критеріїв АП, тобто дослідники застосовують для опису одного і того самого патологічного суглобового процесу поняття – “псоріатична артропатія”, артропатичний псоріаз, псоріатичний артрит (ПсА), які мають різні клініко-анатомічні прояви (артралгія, артрити, артрози).

Десятиріччями золотим стандартом для постановки діагнозу АП вважалася рентгендіагностика [11,17], котра, як і для усієї групи спондилоартритів (СпА), включає опис рентгенограм кистей, стоп і виконання оглядової рентгенографії тазу.

До сьогоднішнього дня питання про специфічність рентгенологічних критеріїв АП залишається відкритим. На думку більшості дослідників [1,3,5,6,7,16], до рентгенологічних особливостей АП належать: асиметричність пошкоджень, променевий (осьовий або вертикальний) тип артрити суглобів кистей і стоп, кінцеве звуження дистальних епіфізів фаланг пальців, слабка вираженість субхондрального остеопорозу, поєднання остеолізу (кісткової деструкції) з остеосклерозом, осифікація періосту діалізів, анкілоз ДМФ, ПМФ суглобів одного і того ж пальця, анкілоз дуговідросткових суглобів шийних хребців. Запалення суглобів і осифікація зв'язок хребта носять мозаїчний характер. Синдесмофіти грубі, асиметричні і нерідко поєднуються з паравертебральними осифікатами.

Виявити ранню стадію чи латентний АП неможливо за допомогою рентгендіагностики. В останні роки дослідниками рекомендується проведення додаткових методів

обстеження (остеосцинтиграфії, УЗД, МРТ) для постановки ранніх форм чи підозри АП [8, 9,10,11].

Тому **метою** нашого дослідження було на основі результатів додаткового обстеження (рентгендіагностики, УЗД, денситометрія, доплерівське обстеження, МРТ) виявити специфічні, особливо ранні, ознаки патологічного пошкодження кістково-суглобової системи у хворих з ПХ.

Матеріали і методи

Протягом 2008-2011 років під нашим спостереженням перебувало 85 пацієнтів з АП на фоні псоріатичної хвороби (ПХ), яким диференційовано проведено додаткове інструментальне обстеження (рентгендіагностика, УЗД, денситометрія, доплерографія, МРТ). Для постановки розгорнутого діагнозу ПХ враховували розроблені нами на основі аналізу літературних джерел та власних спостережень наступні клінічні ознаки [12,13]:

I. Наявність шкірного синдрому з вказанням: (поширеності патологічного процесу; характеру папульозних елементів; величини елементів; ступеня інфільтрації бляшок; важкості протікання; стадії патологічного процесу ПХ; наявності діагностичних тестів; сезонності висипань; частоти рецидивів; чутливості шкірного патологічного процесу до впливу УФ-променів; характеру пошкоджень нігтьових пластинок; при необхідності – даних гістологічної діагностики).

II. Наявність суглобового синдрому з вказанням: (локалізації суглобового патологічного процесу (періартикулярне, партикулярне); кількості пошкоджених суглобів (моноартрит, олігоартрит, поліартрит); симетричності суглобового патологічного процесу (симетричний, асиметричний); клінічного перебігу та анатомічного варіанту пошкодження суглобів (*периферична форма* з домінуючим ураженням дрібних суглобів китиць чи середніх та великих суглобів; *центральна або Бехтереподібна форма* по аксіальному чи спондило-артритичному типу ураження; *поєднана та перехресні форми*); стадії перебігу та рентгенологічної недостатності АП (*псоріатична ентезопатія* (скрита, артралгічна форма), *псоріатичний артрит* (синовіальна, синовіально-кісткова форма) та *деформуючий псоріатичний артрит*); фази і ступеня активності суглобового патологічного процесу (ФН I, ФН II, ФН III); функціональної активності суглобів і професійної придатності (збережена ФАС; порушена ФАС: а) професійна здатність збережена; в) професійна здатність порушена; с) втрачена здатність до самообслуговування); темпу розвитку суглобового патологічного процесу (хронічний

повільно протікаючий процес (звичайна форма); генералізований швидко прогресуючий процес у вигляді наступних форм: важка, злоякісна; латентний перебіг).

III. Наявність системних проявів (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.).

Результати та обговорення

Нами виявлено, що часто початкове ураження опорно-рухового апарату при ПХ не супроводжується ніякими клінічними проявами. Тому для підтвердження діагнозу АП рекомендуємо проводити рентгенологічне дослідження дрібних суглобів та хребта (обов'язково кистей, стоп, крижово-поперекового з'єднання, а при необхідності – інших суглобів). Повторні рентгенологічні дослідження слід проводити не раніше, ніж через рік за наявності нових клінічних даних і не раніше, ніж через 2–3 роки у решти пацієнтів.

Наші дослідження підтвердили результати спостережень деяких авторів, що запальний процес у хребті може бути єдиним проявом суглобового синдрому ще задовго до розвитку типових шкірних змін і периферичного артриту. Найчастішою локалізацією осьових змін при АП є попереково-крижовий відділ хребта, рідше – шийний і грудний відділи. На відміну від анкілозуючого спондилоартриту, для аксіальної форми АП характерна асиметричність або мозаїчність характеру ураження, наявність типових висипань на шкірі. У деяких осіб псоріатичний суглобовий процес протягом багатьох років локалізується асиметрично лише в крижово-клубових суглобах або в інших відділах хребта зі значною поширеністю дегенеративних змін, відносною доброякісним перебігом, з тривалим збереженням функціональної здатності хребта без наявності типового псоріатичного висипу – як ЛАП. Серед хворих із сакроілеїтом, а також з наявністю синдесмофітів переважали чоловіки, причому серед них зафіксовано і найбільш важкі форми захворювання. Дегенеративні зміни типу остеохондрозу і спондилозу спостерігали в усіх відділах хребта, найчастіше – в грудному. Хочемо зазначити, що рентгенологічна семіотика міжхребцевого остеохондрозу у хворих на псоріаз відрізняється від такої ж у хворих без псоріазу наявністю крайових шиповидних розростань по ходу зв'язок (а не перпендикулярно до хребця).

Відсутність навколосуглобового остеопорозу часто зустрічається при АП і є важливим симптомом, що відрізняє його від артритів при інших ревматичних захворюваннях. Проте різного ступеня вираженості навколосуглобовий остеопороз може бути виявлений і в уражених суглобах. Відповідно наявність цього симптому не виключає АП, при якому можуть зустрічатися як звуження, так і розширення суглобової щілини. При цьому останнє виявляється більш часто в дрібних суглобах кистей. Ерозії на початку розвитку захворювання з'являються в крайових відділах епіфізів кісток, переходячи на центральні відділи суглобової поверхні. Часто результатом ерозії є акроостеоліз нігтьових горбистостей дистальних фаланг пальців і/або внутрішньосуглобовий остеоліз епіфізів

кісток у проксимальних і дистальних міжфалангових суглобах кистей. У випадках, коли переважають виражені деструктивні зміни в суглобах в поєднанні з вищеописаними деформаціями кісток, нерідко використовується термін мутилюючий псоріатичний артрит.

Кісткові проліферації – відмінна риса АП та інших Спа. Проліферації виявляють навколостовові ерозії, а також часто спостерігають діафізарні і метафізарні періостити. Насправді кісткові проліферації дистальних фаланг можуть значно підвищувати щільність кісткової тканини (“фаланга слонової кістки”). Внутрішньосуглобові кісткові анкілози, особливо в проксимальних і дистальних міжфалангових суглобах кистей, є частими знахідками і відносяться до патогномонічних симптомів деформуючого АП при виключенні травми і гнійного артрити в ураженому суглобі в анамнезі. Запальні ентезопатії характерні для АП, які при нелікуванні проявляються у вигляді кісткових проліферацій з різним ступенем вираженості в місцях прикріплення зв'язок до кісток. У кистях зміни часто виявляються в проксимальних і дистальних міжфалангових суглобах і можуть бути як односторонніми, так і двосторонніми, симетричними або несиметричними. Ерозії виявляються на краях суглобових поверхонь кісток і прогресують до центру, з формуванням неправильних деструктивних змін. Протрузія однієї суглобової поверхні в основу зчленованої суглобової поверхні формує деформацію за типом “олівця в ковпачку”. Для АП характерно симетричне або асиметричне поздовжнє ерозивне ураження суглобів кистей одного рівня або осьове ураження трьох суглобів одного пальця. Відмітною ознакою для АП є різноспрямовані деформації суглобів.

На нашу думку, найбільш характерними рентгенологічними ознаками АП є:

- Асиметричність ураження суглобів кистей.
- Часте рентгенологічне виявлення артрити без навколосуглобового остеопорозу.
- Ізольоване ураження дистальних міжфалангових суглобів кистей при відсутності змін або невеликих змінах в інших дрібних суглобах кистей.
- Осьове ураження 3-х суглобів одного пальця.
- Поперечне ураження суглобів кистей (одно- або двостороннє).
- Деструктивні зміни кінцевих фаланг (акроостеоліз) або кінцеві звуження дистальних епіфізів фаланг пальців рук і п'ясткових кісток.
- Чашкоподібна деформація проксимальної частини фаланг пальців кистей разом з кінцевим звуженням дистальних епіфізів – симптом “олівець в ковпачку”.
- Кісткові анкілози, особливо проксимальних і дистальних міжфалангових суглобів кистей.
- Множинні внутрішньосуглобовий остеоліз і деструкції епіфізів кісток з різноспрямованими деформаціями суглобів (мутилюючий псоріатичний артрит).
- Запальні зміни в крижово-клубових суглобах – сакроілеїт (зазвичай двосторонній асиметричний або односторонній; можлива відсутність сакроілеїту).
- Зміни в хребті (асиметричні синдесмофіти; паравертебральні осифікати).

Усе ж більшість учених вважають [5,11], що остеопороз (ОП) є однією з перших рентгенологічних ознак АП, яка відображає первинні патологічні процеси, що відбуваються в кістковій тканині. Необхідно відзначити, що виявлення на рентгенограмі ОП свідчить про пізню діагностику остеопенії, оскільки рентгенологічні ознаки ОП з'являються тоді, коли 20–35% кісткової маси вже втрачено. На сьогодні “золотим стандартом” у діагностиці ОП вважається метод двофотонної рентгенівської денситометрії, за допомогою якої явища остеопорозу легкого та середнього ступеня виявили в 44% хворих на АП.

Згідно даних ультразвукового обстеження хворих на псоріаз із наявністю суглобового синдрому найчастіше спостерігали збільшення кількості внутрісуглобової рідини та потовщення синовіальної оболонки. У 90% пацієнтів з локалізацією патологічного псоріатичного процесу в колінних суглобах виявили збільшення кількості внутрісуглобової рідини переважно в верхніх заворотах по латеральній і передній поверхнях вказаних зчленувань, в 27% випадків – в заворотах обстежених гомілково-ступневих суглобів та в 44% хворих спостерігалась достатня кількість рідини в проксимальних і дистальних міжфалангових, плеснефалангових суглобах. Частота виявлення потовщення синовіальної оболонки відрізнялася залежно від активності та локалізації патологічного запального суглобового процесу, зокрема: у 67% переважно дифузне потовщення синовіальної оболонки визначалося серед хворих з ураженням дрібних суглобів китиць рук і ніг та при середній і високій ступені активності патологічного процесу, в 23% – в колінних суглобах та в 10% – в променево-запяєних і гомілково-ступневих зчленуваннях. Збільшення товщини хряща колінних суглобів в ділянці виростів понад 3,5 мм спостерігалась лише в 3 пацієнтів. У 19 хворих на АП виявили зміни сухожильно-зв'язкового апарату у вигляді ентезопатії та у 21 випадку – ознаки тендосиновіїту. Позасуглобові утворення у вигляді кист Бейкера рестрували у 7 хворих.

Отже, у хворих на АП псоріаз спостерігали ураження суглобів з поліморфізмом ультразвукової картини, зокрема: збільшення кількості рідини в суглобах, синовіальну проліферацію з різним ступенем васкуляризації, зміну товщини хряща та зміни сухожильно-зв'язкового апарату.

На нашу думку дослідження васкуляризації уражених суглобів в режимі енергетичного доплерівського к्वартирування слід проводити хворим, в яких виявлено потовщення синовіальної оболонки.

На основі отриманих результатів та аналізу огляду літератури хочемо пояснити наявність деяких специфічних ознак АП та особливості його перебігу. Ідея про центральну роль ентезиту при АП ще не стала домінуючою серед академічних дерматологів, багато з яких все ще розглядають суглобове захворювання, виходячи з теорії первинного пошкодження синовіальної оболонки. Є ряд поодиноких досліджень з використанням як МРТ, так і ультразвуку, що вказують на виражений ентезит в пошкоджених синовіальних суглобах при спондилоартритах. Отже, можна вважати, що визначений за допомогою МРТ остит при АП є передвісником наступного рент-

генологічного ураження суглобу із подальшим його анкілозуванням [17].

Одна з важливих концепцій останніх років, яка базується на основі проведеної певної кількості детальних мікроанатомічних досліджень, вказує на досить велику частоту виявлення участі прилеглих тканин у сприянні розвитку ентезиту в якості розсіювання навантаження на стик твердої-м'якої тканини. Разом – це “ентезисний орган”. Дана концепція допомогла ревматологам та іншим зрозуміти, чому захворювання зв'язок частіше буває дифузним, ніж вогнищевим. У зв'язку з функціональними властивостями ентезису, поруч розміщені тканини схильні до мікропошкодження, дрібних запальних та судинних змін як безпосередньо чи поблизу місць прикріплення м'язів, так і в прилеглий синовіальній оболонці. Тому при відомому зв'язку псоріазу шкіри із травмою ці дані клінічно невизначеної травми в місці кріплення м'язів заслуговують особливої уваги (так званий “суглобовий феномен Кебнера”).

Загальний зв'язок ентезиту та оститу при АП також має анатомічну основу, що пояснюється відносною відсутністю компактного шару кістки в місцях з'єднання волокнистого хряща з ентезисом. Тому тверді блоки кісток більш придатні для несення статичного, ніж динамічного навантаження, а, отже, “тверда кістка”, зокрема її компактний шар, має схильність до перелому вздовж площин сегментації при дії раптово виникаючого навантаження – наприклад, коли розтягуюче навантаження передається на кістку через сухожилля або зв'язки. Цим пояснюється вражаюча недостатність компактної кістки в більшості місць прикріплення сухожильно-зв'язкового апарату, особливо, де “опорна поверхня” невелика, і здатність його сполучення з прилеглим до кісткового мозку губчатого матеріалу кісткової системи. Таким чином, рідина кісткового мозку, яка заповнює простори між кістковими трабекулами, може відігравати основну роль у поглинанні та розсіюванні діючих сил на ентезиси і бути ключовим фактором, який до теперішнього часу не був достатньо оцінений при АП.

Оскільки, на основі аналізу даних літературних джерел та власних спостережень, ми схилиємося до представлення патогенезу АП з позиції генералізованої ентезопатії, як генетично детермінованої патологічної адаптаційної реакції, тому, на нашу думку, відповідно розвиток патологічного суглобового процесу включає наступні стадії: *псоріатичну ентезопатію*, або початкову, що проявляється у більшості випадків лише артралгіями (підтверджується за допомогою УЗД, МРТ, скінтіографії); у подальшому запальний процес з ураженого сухожильно-зв'язкового апарату переходить на синовіальну оболонку суглобів (синовіальна форма) та кістку (синовіально-кісткова форми) з розвитком власне *псоріатичного артрити* (ПсА), як реактивного процесу по відношенню до пошкоджених ентезисів та *деформуючий ПсА* (з розвитком артрозів), який, як і ПсА, підтверджується рентгенологічними змінами.

Висновки

Отже, на основі результатів додаткового обстеження (рентгенодіагностики, УЗД, доплерографії, денситометрії, МРТ) виявили специфічні, особливо ранні, ознаки пато-

логічного ураження кістково-суглобової системи хворих при артропатичному псоріазі, що свідчить про те, що остаточний діагноз АП має визначатися лише за сукупності анамнестичних, клінічних, лабораторних даних та результатів додаткових методів обстеження.

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

ЛІТЕРАТУРА

1. Адашкевич В.П., Козин В.М. *Кожные и венерические болезни: Учебное руководство.* - М.: Мед. лит. - 2006. - С. 277-288.
2. Бадюкин В.В. *Избранные лекции по клинической ревматологии / Под ред. В.А. Насоновой и Н.В. Бунчука.* - М., 2001. - С. 82-90.
3. Бадюкин В.В. *Псориатический артрит: клиника, диагностика, лечение. Автореф. дис... д-ра мед. наук.* - М., 2003. - 38 стр.
4. Беляев Г.М., Рыжко П.П. *Псориаз. Псорическая артропатия: Этиология, патогенез, диагностика, лечение, профилактика.* - 3-е изд., доп.-М: МЕД пресс-информ. - 2005. - 271с.
5. Галаник С.О., Вакіряк Н.П. *Псоріатичний артрит // Дерматологія. Косметологія. Сексопатологія.* - 2004. - 3-4(7). - С. 144-154.
6. Довжанский С.И., Утц С.Р. *Псориаз, или псоріатическая болезнь. Ч.1.* - Саратов: Изд-во Саратовского университета, 1992. - 170с.
7. Задорожний Б.А. *Псоріаз.* - К.: Здоров'я, 1993. - 169с.
8. Климентенко Н.Л. *Возможности ультразвукового обследования в диагностике псоріатического артрита / Климентенко Н.Л., Завадовская В.Д., Пестерев П.Н., Перова Т.Б. и др. // Ультразвуковая и функциональная диагностика.* - №5. - 2011. - С. 24-32.
9. Машиклейсон Л.Н. *Частная дерматология.* - М.: Медицина. - 1965. - С.161-208.
10. Мордовцев В.Н. *Псориаз. Кожные и венерические болезни: Руководство для врачей. В 4-х т./ Под ред. Ю.К.Скрипкина.* - М: М: Медицина. - 1995.-Т.2.-С.185-209, 211-212.
11. 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.
12. Сизон О.О., Степаненко В.І. *Патогенетично обґрунтована класифікація артропатичного псоріазу. // Український журнал дерматології, венерології, косметології.* - №4 (35). - 2009 - С.26-35.
13. Сизон О.О., Степаненко В.І. *Артропатичний псоріаз: проблемні питання діагностики та диференціації. Частина 1. // Український журнал дерматології, венерології, косметології, Київ.* -2010.- № 2(37). - С.42-51.
14. Скрипниченко С.В., Булавіна В.П., Білоус А.В. *Особливості етіології, перебігу та лікування псоріатичного артриту // Медицинские аспекты здоровья женщины.* - К., 2008.- №4(13). - С.82-85.
15. Скрипкин Ю.К. *Кожные и венерические болезни // Руководство для врачей.* - М: М: Медицина. - 2005. - Т.2. - 544 с.
16. Терлецкий О.В. *Псориаз. Дифференциальная диагностика псориазоподобных рідких дерматозов. Терапія // Медицинский атлас: Санкт-Петербург, 2007.- 510с.*
17. Faraone S.V., Tsuang M.T. *Measuring diagnostic accuracy in the absence of a "gold standard."* // *Am. J. Psychiatry.* - 1994. - Vol.151. - P. 7-650.
18. Helliwell P.S., Taylor W.J. *Classification and diagnostic criteria for psoriatic arthritis // Ann. Rheum. Dis.* - 2005. - Vol. 64, Suppl 2. - P. 3-8.

ОСОБЕННОСТИ ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫХ МЕТОДОВ ДИАГНОСТИКИ АРТРОПАТИЧЕСКОГО ПСОРИАЗА

Сизон О.О.

Львовский Национальный медицинский университет имени Д.Галицкого,
г. Львов, Украина

Резюме. Автор на основе результатов дополнительного обследования (рентгенодиагностики, денситометрии, УЗИ, доплерографии, МРТ) обнаружил специфические, особенно ранние, признаки патологического поражения костно-суставной системы больных при артропатическом псоріазе.

Ключевые слова: псоріатическая болезнь, артропатический псоріаз, инструментальные методы диагностики.

FEATURES INSTRUMENTAL METHODS OF EXAMINATION ARTHROPATIC PSORIASIS

Syzon O.O.

National D. Galickyj Medical University,
Lviv, Ukraine

Summary. The author is based on the results of additional examinations (Rg-diagnostic, densitometry, USD, MRI) found specific, particularly early, the criteria for pathological lesions of bones and joints of patients with arthropathic psoriasis.

Key words: psoriatic disease, arthropathic psoriasis, instrumental methods of examination.