

©В.І.Степаненко, О.О.Сизон

УДК616.517 - 007.248 - 072.7

РОЛЬ ФУНКЦІОНАЛЬНИХ ПРОБ ДЛЯ РАННЬОЇ ДІАГНОСТИКИ АРТРОПАТИЧНОГО ПСОРІАЗУ

В.І.Степаненко, О.О.Сизон

*Національний медичний університет імені О.О.Богомольця
Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького*

Мета роботи. Удосконалити дерматологічні підходи до діагностики артропатичного псоріазу, особливо для раннього виявлення ознак ураження кістково-суглобової системи у хворих псоріазом, шляхом використання функціональних проб.

Матеріали та методи. Під обстеженням перебували 178 пацієнтів з артропатичним псоріазом, яким першочергово визначали показники функціонального стану суглобів.

Висновки. Виявлено та інструментально підтверджено у 7 (3,9 %) випадках сакроілеїт, у 12 (6,7 %) – спондиліт грудного і поперекового відділів. Доведено виражену корелятивну залежність між збільшенням функціональної суглобів, тривалістю перебігу АП та погіршенням якості життя хворих.

Актуальність теми

Питання псоріазу, зокрема й артропатичного псоріазу, неодноразово ще будуть висвітлюватися на шпальтах фахових журналів, конференціях, оскільки актуальність проблеми, перш за все, зумовлена неухильним прогресуючим ростом захворювання. За даними літературних джерел, 2-3% населення європейських країн властиві різні форми псоріазу, серед яких показник частоти виявлення АП коливається від 13 до 47 % [1, 2, 3, 12]. Згідно з результатами багатьох наукових досліджень, у середньому в 50-64 % хворих шкірні прояви патологічного псоріатичного процесу випереджали розвиток суглобових проявів на 20 років і більше, у 8-10,4 % випадків АП починається одночасно з ураженням шкіри, а в 15-25,6 %, переважно дітей, – дерматоз виявляється через 1-2 роки після дебюту АП (латентний АП) [2, 4, 6, 7]. Доведено, що при вульгарному псоріазі АП діагностують у 6-7% хворих, при пустульозному – в 32%, проте при вже виявленому АП в 73,2% випадках зафіксовано ексудативний, рупіоїдний і

еритродермічний варіанти перебігу псоріазу [1, 6, 12]. Згідно з результатами спільного міжнародного дослідження дерматологів і ревматологів під керівництвом С.Salvarani (1995) з використанням критеріїв європейської групи з вивчення серонегативних спондилоартритів (ESSR) поширеність АП в різних кліматичних зонах однакова і становить 36% [1, 5]. Оскільки сьогодні розглядають АП з позиції ентезопатії, що й передбачено критеріями ESSR, то цей показник можна вважати достовірним. Зазвичай АП уражає у віці 20-50 років, причому чоловіки та жінки хворіють однаково часто. На думку дослідників, чоловіча стать, молодий вік та початок хвороби із суглобового синдрому, а не зі шкірного, є предикторами несприятливого перебігу АП [2, 8, 9]. У 40-57% хворих спостерігається ерозивний артрит і поліартикулярний характер пошкодження, що призводить до істотного зниження якості життя та ранньої інвалідизації [3, 10, 11].

Матеріали та методи

Під нашим комплексним обстеженням перебували 178 пацієнтів з артропатичним псоріазом, яким першочергово визначали показники функціонального стану суглобів. Хворим зі шкірним патологічним псоріатичним процесом проводили низку функціональних проб з метою запідозрити перші ознаки розвитку АП. Ми звертали увагу на виражену і тривалу ранкову скутість у периферичних та центральних суглобах опорно-рухового апарату всіх обстежених, обмеження рухів в уражених суглобах, відмічали їх функціональну недостатність. Під час пальпації уражених запальним процесом суглобів виявляли точки болючості в місцях прикріплення сухожилків, зв'язок, а також симптом напруженої струни – напруженість прихребтових м'язів з боку нахилення тулуба. Тривалу і виражену ригідність розцінювали як прояв високої активності запального процесу. Ураження хребта визначали за болючістю під час рухів чи його нерухомості. Для виявлення больового синдрому в грудному відділі хребта додатково використовували пробу Зацепіна: при натисканні в місцях прикріплення X-XII ребер до хребців з'являється біль через запалення у них. Вимірювання ступеня розширення грудної клітки дало змогу виявити патологічний процес у реброво-хребцевих суглобах грудного відділу хребта. У нормі різниця об'єму грудної клітки на висоті вдиху і видиху становить у середньому 6–8 см. Порушення гнучкості хребта, зокрема в грудному відділі, виявляли за допомогою проби Отта: від остистого відростка VII шийного хребця відмірювали вниз 30 см, потім цю відстань повторно вимірювали під час максимального згинання хребта в шийно-грудному відділі. У здорових людей вона збільшується на 4-5 см. Напруження м'язів спини і живота виявляли завдяки пробі Верцаковського: хворий стоїть спиною до лікаря, при спробі лікаря ребром долоні пройти з двох боків між гребнями клубових кісток і ребер у напрямку до хребта спостерігають виражений опір м'язів спини і живота. Для визначення ступеня обмеження рухливості в шийному відділі хребта використовували кілька

приймів: 1. У нормі при максимальному згинанні відстань між підборіддям і виступом груднини становить 0-2 см, а під час закидання — 16-22 см. 2. Симптом Форест'є: хворий стоїть спиною до стіни, торкаючись її п'ятами, при цьому в нормі потилиця торкається стіни. Обмеження рухливості поперекового відділу досліджували за допомогою наступних ознак: 1. Симптом Шобера: у хворого, що перебуває у вертикальному положенні, позначають дві точки: на рівні V поперекового хребця і на рівні 10 см вище від нього. При максимальному згинанні тулуба вперед у здорових людей ця відстань збільшується на 4-5 см. 2. Симптом Томаєра: хворий повинен дітати кінчиками пальців кистей до підлоги при повністю розігнутих у колінних суглобах ногах. У разі обмеження рухів у поперековому відділі хребта хворий не зможе дотягнутися до підлоги.

Про наявність сакроілеїту свідчить болючість у крижово-поперекових з'єднаннях, яку визначали завдяки симптомам Кушелєвського і Патрика: 1. Симптоми Кушелєвського: хворий лежить на спині, лікар ривком натискає на гребені клубових кісток спереду; хворий лежить на твердій кушетці на боці, лікар різко натискає на ділянку клубової кістки. 2. Симптом Патрика: хворий лежить на спині, нога зігнута в колінному суглобі і відведена вбік; лікар, спираючись на протилежну клубову кістку, натискає на колінний суглоб. Поява болю свідчить про запальний процес в клубово-крижових з'єднаннях.

Діагностичне значення мали також симптоми Меннеля: - хворий лежить на животі, однією рукою фіксують його таз, а другою – піднімають по черзі ноги, зігнуті в колінному суглобі; - хворий лежить на боці і руками обіймає ногу, зігнуту в кульшовому та колінному суглобах, а лікар фіксує іншу зігнуту ногу (одна рука – під хребтом, інша – на сідниці) і розгинає її в кульшовому суглобі; - хворому, який лежить на животі з витягнутими ногами, фіксують хребет вище від передбачуваного місця ураження хребців, під час піднімання однієї або обох ніг виникає біль у ділянці ураженого хребця. У разі патології в ділянці

крижово-клубового з'єднання виникає біль з боку ураження. Для ригідного варіанта перебігу центрального АП з проявами сакроілеїту, який частіше починається із сідничного синдрому, важливим було виявлення симптому Ласега, що має значення для діагностики невралгії сідничного нерву. При цьому: хворий лежить на спині, на боці ураження його беруть за стопу ноги, розігнутої в колінному суглобі, і піднімають угору. З'являється біль по всій нозі, що стихає, як ногу зігнуть у коліні, тобто зменшиться напруження зв'язок і м'язів, яке спричинює подразнення сідничного нерву.

Результати та обговорення

У більшості випадків ушкодження кістково-суглобового апарату при АП починалося непомітно, тому в 153 (85,96 %) обстежених пацієнтів зауважували хронічний повільний перебіг патологічного суглобового процесу. Генералізований швидко прогресуючий темп розвитку АП спостерігали у вигляді тяжкої форми – в4 (2,24 %) та злякисної – у2 (1,12 %) осіб. Латентний перебіг АП діагностували у 19 (10,67 %) хворих, тобто ці пацієнти на момент обстеження не скаржилися на проблеми з ОРА, і діагноз був поставлений лише під час клініко-лабораторного та інструментального дослідження. Тому необхідно хворим зі шкірним патологічним псоріатичним процесом періодично проводити ряд функціональних проб, за допомогою яких можна запідозрити перші ознаки розвитку АП. У всіх обстежених пацієнтів ми діагностували скутість та обмеження обсягів рухів в ушкоджених суглобах. Ранкова скутість у периферичних та центральних суглобах опорно-рухового апарату при АП тривала від 15 хв до 1,5 год залежно від вираження ФН суглобів. Зменшення болі в попереку чи спині під впливом фізичних вправ і відсутність зменшення болі в спокої – у 15 (8,43 %) випадках. У 15 (8,43 %) хворих ми спостерігали біль у крижах і попереку, який різко посилювався під час згинання і розгинання тулуба. Відповідно спостерігали сегментарну ригідність у поперековій частині хребта, у 5 (2,81 %) хворих – атрофію м'язів сідниць.

У хворих з вираженим больовим синдромом хода була скутою. Під час пальпації усіх уражених запальним процесом суглобів виявили болючість у ділянці в місцях прикріплення сухожилків, а також у 7 (3,93 %) хворих – симптом натягнутої струни — напруженість прихребтових м'язів на боці нахилу тулуба. На нашу думку, тривала й виражена ригідність є проявом високої активності запального процесу, при цьому відображає її більшою мірою, ніж лабораторні тести. Обмеження рухів у поперековому відділі хребта в сагітальній і фронтальній площинах зареєстровано у 15 (8,43 %) пацієнтів. Про наявність сакроілеїту у 11 (6,18 %) випадків свідчила болючість у крижово-поперекових з'єднаннях, що проявилася позитивними симптомами Кушелевського 1-2, Патрика та Меннеля 1-3. При ригідному варіанті перебігу АП у 2 хворих з підозрою на сакроілеїт, який починався із сідничного синдрому, важливим було виявлення симптому Ласега, що має значення для діагностики невралгії сідничного нерва. У 6 (3,37 %) хворих діагностували ураження грудного відділу хребта, яке проявлялося міжребровою невралгією і оперізувальним болем у грудній клітці, що посилювався під час глибокого вдиху, кашлю, при спусканні сходами. В 3 (1,69 %) пацієнтів виявлено обмеження дихальної екскурсії легень. Вимірювання ступеня розширення грудної клітки дало змогу виявити патологічний процес у реброво-хребцевих суглобах. У 8 (4,94 %) хворих різниця об'єму грудної клітки на рівні IV ребра на висоті вдиху і видиху, особливо вранці, становила у середньому 4 см, що було менше норми (N= 6-8 см). Порушення гнучкості хребта в грудному відділі виявили у 15 (8,43 %) хворих за допомогою проби Отта, яка становила у обстежених 2-3 см (у здорових людей досліджуваний показник збільшується на 4-5 см). При огляді у 11 (6,18 %) випадків спостерігали кіфоз/ кіфосколіоз, а також атрофію прямих м'язів спини, при яких хворий пересувався, широко розставляючи ноги і киваючи головою. Наявність навіть мозаїчних синдесмофітів хребта призводила до обмеження його рухомості. Обмеження рух-

ливості поперекового відділу виявили у 19 (10,67%) хворих за внаслідок позитивних симптомів Шобера (у хворих з показник цей становить – 3 см, а у здорових – 4-5 см) і Томайера (хворі не могли дотягнути-ся до підлоги – 15 - 25см). Рухи в усіх напрямках у 4 (2,24 %) хворих були утруднені, що змушувало пацієнтів повертатися всім тілом, щоб подивитися вбік. Ураження шийного відділу хребта у 3 (1,69 %) осіб проявлялось вираженою болючістю під час рухів, а у 2 (1,12 %) хворих – нерухомістю. У всіх перелічених пацієнтів діагностували обмеження рухливості шийного відділу хребта менше, ніж 16 см – при максимальному закиданні голови (у нормі – 16 - 22 см) та збільшення відстані до 5 см – при максимальному згинанні підборіддям до груднини (у нормі – 0-2 см). Симптом Форест'є в обстежених хворих сягав 14 см і більше через гіперлордоз шийного відділу і згладженість поперекового лордозу (поза прохача). У подальшому інструментально підтверджено у 7 (3,9 %) випадках сакроілеїт, у 12 (6,7 %) – спондиліт грудного і поперекового відділів. Поряд з

клінічним обстеженням хворим з АП визначали фазу і ступінь активності суглобового патологічного процесу (рис. 1). На момент обстеження у жодного пацієнта з АП не спостерігали фази ремісії патологічного процесу опорно-рухового апарату. Функціональна недостатність I ступеня або низького ступеня активності АП спостерігалася в 64 (35,95 %) хворих, II або середнього ступеня активності спостерігали у 105 (58,99 %) пацієнтів та III ступінь, або важкий перебіг АП спостерігали в 9 (5,06 %). Необхідно зауважити, що в осіб у регресивній стадії шкірного патологічного процесу та АП в стадії ремісії теж спостерігали підвищені показники лімфоцитів, рівня ШОЕ крові. Функціональна активність суглобів (ФАС) і професійна придатність збереглись у 56 (31,46 %) хворих (рис. 2). Порушену ФАСі збереженням професійної здатності зафіксували в 77 (43,26 %) пацієнтів. У 45 (25,28 %) хворих спостерігали порушену професійну здатність, яка вимагала зміни професії. Втрати здатності пацієнтів до самообслуговування ми не виявили.



Рис. 1 Розподіл хворих на артропатичний псоріаз за функціональною недостатністю суглобів

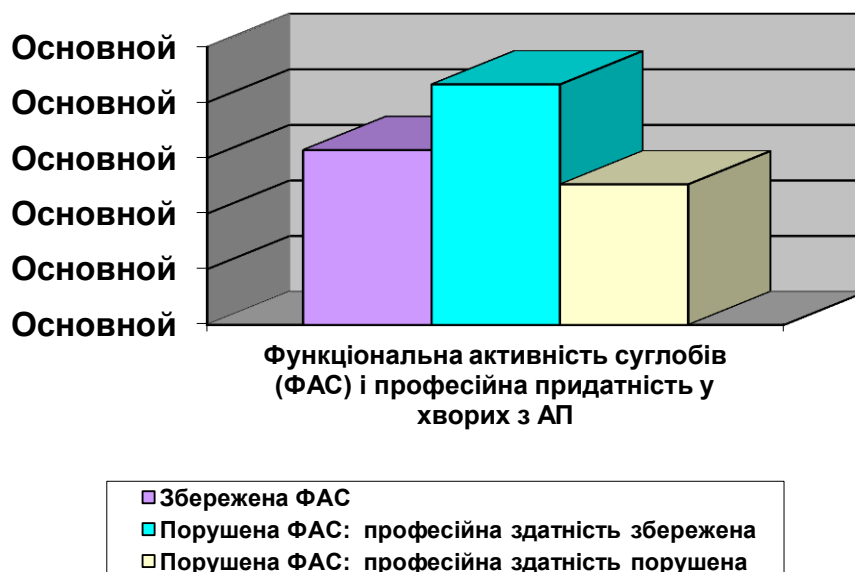


Рис. 2. Розподіл хворих на артропатичний псоріаз за функціональною активністю суглобів

Характер запального процесу АП перебував у прямій вираженій кореляційній залежності від чинника загострення та терміну останнього загострення хвороби в межах від (+0,6) до (+0,7). На характер рецидиву прямий вплив мали частота рецидивів на рік та перебіг останнього загострення АП. Ушкодження суглобів залежало від ефективності попереднього лікування й перебувало в додатній вираженій кореляційній залежності від потовщення періартикулярних тканин, а їх функціональна недостатність – від наявності вивиху, підвивиху – від (+0,8) до (+0,9). Прогноз подальшого перебігу визначали за наявністю і ступенем ураження нігтів, частотою рецидивів.

Таким чином, активність патологічного псоріатичного суглобового процесу характеризується вираженням функціона-

льної недостатності суглобів, ступенем їх ураження, а перебіг АП визначає ознаки ураження суглобів, характер рецидиву та запального процесу, ФАС.

Висновки

Встановлено доцільність проведення функціональних проб (для визначення наявності сакроілеїту – Кушелєвського 1-2, Патріка, Меннеля та спондиліту – Ота Шобера, Томайера) з метою раннього виявлення ознак АП та його впливу на якість життя пацієнта. У такий спосіб виявлено, а в подальшому інструментально підтверджено у 7(3,9 %) випадках сакроілеїт, у 12 (6,7%) – спондиліт грудного і поперекового відділів; доведено виражену корелятивну залежність між збільшенням ФН суглобів, тривалістю перебігу АП та погіршенням якості життя хворих.

Список літератури

1. Бадюкин В. В. Псоріатический артрит и псоріаз: проблема взаємосвязи и взаємообусловленности / В.В.Бадюкин // Избранные лекции по клинической ревматологии / Под ред. В.А.Насоновой, Н.В.Бунчука. – М. : Медицина, 2001.– С. 82–90.

2. Беляев Г.М. Псоріаз, псоріатическая артропатия / Г.М.Беляев, П.П.Рижко. – [3-е изд., доп.]. – М. : Мед. Пресс-информ, 2005. – 272 с.

3. Вакіряк Н.П. Діагностика змін стану у хворих на псоріатичну артропатію / Н.П. Вакіряк // Журнал дерматовенерології і косметології ім. М.О. Торсуєва. – 2007.– № 1–2 (14).– С.60–68.

4. Гриневич В.В. Основы взаимодействия нервной, эндокринной и иммунной систем // В.В. Гриневич, И.Г. Акмаев, О.В. Волкова. – СПб.: Symposium, 2004. – 159 с.
5. Карнаух Ю.В. Эволюция взглядов на механизмы развития псоріатического артрита / Ю.В.Карнаух // Укр. терапевт. журн. – 2010. – №2. – С.101-106.
6. Кваша В.П. Псоріатичний артрит (питання генезису, діагностика та лікування): автореф. дис. на здобуття наук. ступ. д-ра мед. наук : спец. 14.01.21 «Травматол. та ортопедія» / В.П.Кваша. – Харків, 2007. – 33 с.
7. Малахов В.О. Сучасні уявлення про імунноендокринну систему в нормі та при патології //В.О. Малахов, В.О. Монастирський // Газета «Новости медицины и фармации». – 2010. – №316. – С3-4.
8. Молочков В.А. Псориаз и псоріатический артрит / В.А. Молочков, В.В. Бадюкин, В.И. Альбанова [и др.] . – М., 2007. – 306с.
9. Скрипниченко С.В. Особливості етіології, перебігу та лікування псоріатичного артриту / С.В. Скрипниченко, В.П. Булавина, А.В. Білоус // Медицинские аспекты здоровья женщины.– 2008.- №4(13). – С.82-85.
10. Kvetnansky R. Stress, Neurotransmitters, and Hormones. Neuroendocrine and Genetic Mechanisms // R. Kvetnansky, G. Aguilera, D. Goldstein // Annals of the New York Academy of Sciences. – 2008. – № 109. – P. 450-456.
11. Plotnikoff N.P. Cytokines: Stress and Immunity // N.P. Plotnikoff, R.E. Faith, A.G. Murgo et al. // Second Edition.–CRC, 2006. – 405 p.
12. Veale D. Immunopathology of psoriasis and psoriatic arthritis / D.Veale, C. Ritchlin, O. Fitz Gerald // Ann. Rheum. Dis. 2005. – Vol.64. – Suppl III. – P. 26-29.

РЕЗЮМЕ

РОЛЬ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ПРОБ ДЛЯ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ АРТРОПАТИЧЕСКОГО ПСОРИАЗА

В.І.Степаненко, О.О.Сизон

Цель работы. Усовершенствовать дерматологические подходы к диагностике артропатического псориаза, особенно для раннего выявления признаков поражения костно-суставной системы у больных псориазом путем использования функциональных проб.

Материалы и методы. Под обследованием было 178 пациентов с артропатическим псориазом, которым определяли показатели функционального состояния сосудов.

Выводы. Обнаружено и инструментально подтверждено в 3,9% случаях сакроилеит, у 6,7% – спондилит грудного и поясничного отделов. Доказана выраженная коррелятивная зависимость между увеличением функциональной нагрузки суставов, длительностью течения артропатического псориаза и ухудшением качества жизни больных.

SUMMARY

THE ROLE OF FUNCTIONAL TESTS FOR THE EARLY PSORIASIS ARTHROPAICA DIAGNOSTICS

V.I.Stepanenko, O.O.Syzon

Objective. To improve dermatological going near diagnostics of arthropica psoriasis, especially for the early exposure of signs of defeat of bone-articular system for patients by psoriasis by the use of functional tests.

Materials and methods. Under an inspection there were 178 patients with arthropathy psoriasis, the indexes of the functional state of vessels were first of all determined that.

Conclusions. It is discovered and the instrumental is confirmed at 3,9 sacroilitis, at 6,7 spondylitis thoracal and lumbar departments. The expressed correlative dependence is well-proven between an increase functional loading of joints, duration of flow of arthropathy psoriasis and worsening of quality of life of patients.

© Л.О.Гулей

УДК 616.5-076.4:[535.361:535.37

ПЕРСПЕКТИВИ ЗАСТОСУВАННЯ КОНФОКАЛЬНОЇ ЛАЗЕРНОЇ СКАНУЮЧОЇ МІКРОСКОПІЇ В ДЕРМАТОЛОГІЧНІЙ ПРАКТИЦІ

Л.О.Гулей

*Вищий державний навчальний заклад України
«Буковинський державний медичний університет», м. Чернівці*

Мета роботи. Провести аналіз літератури щодо сучасного методу діагностики – конфокальної лазерної скануючої мікроскопії та перспектив її застосування в дерматології.

Матеріал і методи. Вивчали вітчизняні та іноземні джерела літератури щодо доцільності використання конфокальної лазерної скануючої мікроскопії при різних дерматозах.

Результати дослідження та обговорення. Аналіз літератури свідчить, що конфокальна лазерна скануюча мікроскопія дозволяє вивчати структуру шкіри без порушення цілісності, тому більшість авторів розглядають її як діагностичну альтернативу ексцизійній біопсії. Суперечливість даних полягає у тому, що вищезазначений метод не може повністю замінити загальноновизнані діагностичні стандарти, особливо при глибоких ураженнях шкіри

Висновок. Перспективним є впровадження конфокальної лазерної скануючої мікроскопії в клінічну практику з метою вдосконалення діагностики захворювань шкіри людини на території України.

Вступ

Однією з тенденцій сучасної медицини є застосування неінвазивних органозберігаючих методів дослідження [5]. Завдяки науковим розробкам і впровадженню в практику інноваційних технологій в останнє десятиліття з'явилися нові неінвазивні високорозрішуючі методи дослідження структури шкіри та інших тканин. Такими методами є: дерматоскопія, оптична когерентна томографія, високочастотне ультразвукове сканування, ядерно-магнітний резонанс, конфокальна лазерна скануюча мікроскопія (КЛСМ) [1]. Останній

метод займає особливе місце серед візуалізуючих технологій, оскільки дозволяє отримати зображення епідермісу і поверхневої частини дерми з розрішенням, подібним до традиційної світлової мікроскопії та є наближеним до даних гістологічного дослідження [1, 5, 19]. Зважаючи на суперечливість даних відносно досвіду застосування КЛСМ у світі при дерматозах, актуальним є дослідження цього питання.

Мета роботи

Провести аналіз джерел літератури, щодо сучасного методу діагностики – конфокальної лазерної скануючої мікрос-