

ФГБОУ ВО «Красноярский государственный медицинский
университет им.проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого»
Министерства здравоохранения РФ

Кафедра дерматовенерологии с курсом косметологии и ПО им. проф.
В.И.Прохоренкова

Зав.кафедрой: д.м.н.проф.Ю.В.Карачева

РЕФЕРАТ

Артропатический псориаз. Лечение.

Выполнила:

Ординатор 1-го года обучения

Кострулёва Я.В.

Проверила:

д.м.н.проф.Ю.В.Карачева



Красноярск, 2019

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждения высшего образования «Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф.Войно-Ясенецкого» Министерства здравоохранения Российской Федерации.

КАФЕДРА

Кафедра дерматовенерологии с курсом косметологии и ПО им. проф. В.И.Прохоренкова

Рецензия <проф., д.м.н.кафедры Кафедра дерматовенерологии с курсом косметологии и ПО им. проф. В.И.Прохоренкова Карачевой Юлии Викторовны> на реферат ординатора первого года обучения специальности Дерматовенерология <Кострулевой Яны Викторовны> по теме: < Артропатический псориаз. Лечение.>

Основные оценочные критерии рецензии на реферат ординатора первого года обучения специальности Дерматовенерология:

Оценочный критерий	Положительный/отрицательный
1.Структурированность;	пол
2.Наличие орфографических ошибок;	пол
3.Соответствие текста реферата по его теме;	пол
4.Владение терминологией;	пол
5. Полнота и глубина раскрытия основных понятий темы;	пол
6.Логичность доказательной базы;	пол
7.Умение аргументировать основные положения и выводы;	пол
8.Круг использования известных научных источников;	пол
9.Умение сделать общий вывод;	пол

Итоговая оценка: положительная/отрицательна
Комментарии рецензента:

Дата: 11.11.18

Подпись рецензента:

Подпись ординатора:



Оглавление

Введение:	4
Псориаз – это...:.....	4
Классификация:	4
Критерии диагностики:.....	5
Клиника:.....	5
Диагностика:	6
Лечение:	6
Список литературы:	9

Введение:

Артропатический псориаз продолжает оставаться заболеванием, при котором все еще отсутствуют методы, позволяющие добиться полного излечения, но имеется множество методик, которые могут уменьшать болезненные проявления. Современные препараты, в том числе иммунобиологические, позволяют управлять болезнью, полностью снимая симптомы заболевания. Однако, для этого необходимо постоянное наблюдение врачей ревматологов и дерматологов и систематическое лечение.

Псориаз – это...:

Псориаз - один из наиболее часто распространенных дерматозов, по данным различных исследований этим заболеванием страдает 2-7% населения, а кумулятивная оценка заболеваемости псориазом (риск заболеть этой болезнью) в течение всей жизни составляет в среднем 2,25% для мужчин и 2,15% для женщин *1+. Основные формы псориаза: бляшечный (вульгарный), экссудативный, эритродермический, артропатический. Последняя форма (артропатический псориаз) является наиболее тяжелой и самой инвалидизирующей. Нередко ее считают злокачественной формой, при этом для нее характерно увеличение смертности по сравнению с таковой в общей популяции (у мужчин на 59% и у женщин на 65%). Как правило, заболевание начинается в возрасте от 20 до 50 лет, причем мужчины и женщины болеют одинаково часто. Предикторами (вестниками) неблагоприятного течения псориазического артрита являются мужской пол и молодой возраст, а также начало заболевания с суставных проявлений, а не с кожного синдрома.

Классификация:

Выделяют пять форм развития артропатии при псориазе:

- Артропатический псориаз с преимущественным поражением суставов пальцев рук и вовлечением ногтей;
- Тяжелая форма артрита, характеризующаяся анкилозом или

скованностью суставов, и ведущая к деформациям суставов (мутилирующая форма);

- Симметричный артрит, поражающий несколько суставов (схож с ревматоидным артритом);
- Поражение одного либо нескольких суставов в процессе развития псориаза;
- Артропатический псориаз с поражением позвоночника (спондилит).

Критерии диагностики:

Постановка диагноза основана на диагностических критериях, предложенных в 1974 г. Н. Mathies:

- 1) поражение дистальных межфаланговых суставов;
- 2) осевое поражение трех суставов одного пальца;
- 3) раннее вовлечение пальцев стоп;
- 4) талалгия;
- 5) наличие кожных высыпаний;
- 6) псориаз в семье;
- 7) отрицательный ревматоидный фактор;
- 8) остеолизис;
- 9) сакроилеит;
- 10) развитие паравертебральных оссификаций.

Диагностика основана на трех критериях с обязательным наличием одного: 5-го, 6-го или 8-го. При обнаружении ревматоидного фактора добавляются еще два критерия (т.е. всего 5), обязательными остаются 5-й и 8-й.

Клиника:

По течению псориатический артрит напоминает ревматоидный артрит.

Отличительными симптомами являются:

- Несимметричное поражение суставов; в меньшей степени поражаются крупные суставы, чаще отмечают вовлечение коленных с последующим поражением голеностопных, лучезапястных суставов.
- Багрово-синюшная окраска кожи над пораженным суставом, болезненность и припухлость суставов.
- Раннее поражение большого пальца стопы; слабо выраженная

атрофия мышц вблизи пораженных суставов.

- Частое поражение нескольких суставов на пальцах - формирование так называемого «пальца в виде сосиски».
- Частое поражение малоподвижных суставов - илеосакральных сочленений («скрытый сакроилеит» порой определяется только рентгенологически), а также позвоночника с развитием паравертебральных оссификаций.

Суставной синдром (отечность, боли при пальпации, «утренняя скованность», снижение функциональной активности) в клинике АП дополняют кожные проявления псориаза (папулезный, пустулезный, эритродермический варианты), которые носят ограниченный или распространенный характер, а также изменения ногтевых пластинок (пунктиформная дистрофия, продольная исчерченность, подногтевые псориатические папулы, онихолизис).

Диагностика:

Рентгенологическими симптомами АП считаются:

- 1) остеопороз околосуставной;
- 2) сужение суставной щели;
- 3) кистовидное просветление костной ткани;
- 4) наличие остеофитов.

При оценке рентгенологических исследований суставов при АП отмечено, что у 1/3 пациентов имелись рентгенологические изменения без явной клинической картины. Рентгенологические методы обследования позволяют выявить поражение опорно-двигательного аппарата у 54,8—67,8% больных. В настоящее время в диагностике все шире используются магнитно-резонансный и радиологический методы, дополняющие рентгенологические обследования костной системы у пациентов с АП. Результаты исследований при данных методах несут дополнительную информацию о периартикулярных изменениях в суставах (что используется для дифференциальной диагностики с другими заболеваниями суставов).

Лечение:

В **легких** случаях средством выбора являются метиндол (индометацин) и

диклофенак. Существующие сведения, что индометацин усиливает кожный псориаз, в большинстве наблюдений не подтверждаются. Более того, индометацин является препаратом выбора у большинства больных. При применении любых НПВП возможно некоторое обострение кожного процесса в первые дни лечения; это обусловлено влиянием индометацина на обмен арахидоновой кислоты. Предпочтение следует отдать приему препаратов per os, т. к. инъекции могут вызывать изоморфную реакцию и обострение кожного псориаза. При неэффективности НПВП, местного и общего лечения показана «базисная терапия». Хинолиновые производные (Делагил, плаквенил) для лечения больных ПА не рекомендуются, т. к. часто вызывают обострение кожного процесса, несмотря на сообщения об отсутствии этого эффекта у нового поколения препаратов данной группы. При **среднетяжелом** течении ПА возможно в лечении больных ПА применение препаратов золота. Препараты золота не влияют на спондилоартрит; они более эффективны при полиартикулярном эрозивном процессе, чаще у женщин и при наличии HLA DR-4. Но большинство исследователей отмечают сомнительный эффект, а также частые токсические осложнения и обострение кожного процесса при применении препаратов золота. Так, назначение Купренила по 450-600 мг/сут. при ПА минимум в 25 % случаев вызывает ухудшение кожного процесса, не обеспечивая достаточного эффекта в купировании суставных синдромов. При «зимних» формах псориаза рекомендуется общее ультрафиолетовое облучение (УФО). Эффективность внутрисуставного введения кортикостероидов (КС) такая же, как у больных РА, и некоторые исследователи рекомендуют поочередное внутрисуставное введение КС во все пораженные суставы. (Бурдейный А.П., 1997). При злокачественных формах ПА внутрисуставное введение КС не дает ожидаемого эффекта и может приводить к осложнениям.

При **тяжелых** формах ПА применяют системные КС. Тем не менее, в отношении КС следует соблюдать осторожность. Очень часто применение системных ГК не всегда эффективно, возможны рецидивы, трансформация в злокачественных формах ПА и возможны токсические явления (в т. ч. прогрессирование нефропатии). Больным с наиболее тяжелыми и быстро прогрессирующими формами ПА показано длительное

(многомесячное) назначение иммунодепрессантов (ИД), прежде всего метотрексата (7,5-10-30 мг/неделю).

Плазмасорбция (ПС) в комплексной терапии больных псориазом является достаточно эффективным методом при различных формах болезни. Она остается действенным методом лечения больных и с такими клиническими формами, как псориазная эритродермия и ПА.

Что касается солнечно-морского лечения, оно оказывается высокоэффективным в периоды между рецидивами, благоприятно влияя на кожные и суставные явления.

Для поддерживающей терапии рекомендуются витамины (А, В1, В6, В12), седативные средства.

Список литературы:

1. «Артропатический псориаз» Колева Н. Н.// 2010 Дерматовенерология. Косметология. Сексопатология – с.90-99
2. Бадюкин В.В. Клинические проявления и течение злокачественной формы псориатической артропатии // Тер. арх. - 1979. - № 7. - С. 23-27.
3. «АРТРОПАТИЧЕСКИЙ ПСОРИАЗ – КЛИНИЧЕСКИЕ И ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ, ПРИНЦИПЫ ТЕРАПИИ» С.А. ОСПАНОВА, Г.Е. АБИЛКАСИМОВА, З.И. АШУЕВА, А.З. КОЖАЕВА, Т.М. ЖАРЫЛГАГАНОВ// Вестник КазНМУ, №2 – 2013 – с.45-48.