

ГОО ВПО ДОННМУ ИМ.М.ГОРЬКОГО
КАФЕДРА ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИИ И КОСМЕТОЛОГИИ ФИПО

**Особенности диагностики
и лечения артрита
при псориазе и хламидиозе**

доц. Тахташов И. Р.

**г.Донецк
9.11.2022 г.**

Актуальность

Псориаз — длительное хронически рецидивирующее заболевание, поражающее 1—3% населения Земли. Псориатический артрит выявляют у 19,7% от общего числа больных псориазом и у 24,6% — от числа больных с умеренной и высокой тяжестью псориаза

Хламидиоз — инфекционное заболевание, передающееся половым путём, вызываемое *Chlamydia trachomatis*. Является одним из самых распространённых ЗППП. Ежегодно в мире заболевает 1000000 человек, а число инфицированных хламидиями людей достигает 1000000000, т.е поражает 12,5% населения Земли. Частота заболеваемости реактивным артритом на фоне хламидиоза составляет от 0,04% до 0,5%.

Актуальность

Однако, как псориаз, так и хламидиоз являются независимыми факторами риска для развития одного или двух аутоиммунных заболеваний, при этом может развиваться любое ревматическое заболевание.

Факторы, влияющие на развитие псориатического артрита у больных псориазом.

Внешние

1. Травма
2. Инфекция
3. Психоэмоциональное перенапряжение, стрессы

Внутренние

1. Генетическая предрасположенность к развитию псориаза и псориатического артрита
2. Нарушение нейро-эндокринных и иммунных (цитокиновых, хемокиновых) механизмов регуляции.
2. Ожирение
3. Табакокурение

Факторы, влияющие на развитие хламидийного артрита у больных хламидиозом.

Внешние

1. Инфицирование *Chlamydia trachomatis* .
2. Травма.
3. Физическое перенапряжение.

Внутренние

1. Анатомо-гистологические особенности суставных тканей.
2. Генетическая предрасположенность к развитию артрита
3. Нарушение нейро-эндокринных и иммунных механизмов регуляции.
4. Гендерные различия.

Клиника псориатического артрита

К основным клиническим проявлениям псориатического артрита относят периферический артрит, дактилит, спондилит, энтезит.

Периферический артрит проявляется болью, припухлостью, ограничением подвижности суставов. Характерные признаки – артрит дистальных межфаланговых суставов кистей/стоп и «редискообразная» деформация, осевой артрит (одновременное поражение трех суставов одного пальца), дактилит и «сосискообразная» деформация пальцев кистей и стоп.

Дактилит возникает в результате одновременного поражения сухожилий сгибателей и/или разгибателей пальцев и артрита межфаланговых суставов. Проявляется болью, равномерной припухлостью всего пальца с цианотично-багровым окрашиванием кожных покровов, плотным отеком всего пальца, болевым ограничением сгибания, формируется характерная «сосискообразная» деформация пальца. В ряде случаев наблюдают теносиновит – воспаление сухожилий сгибателей и/или разгибателей пальцев кистей и стоп. Проявляется болью, припухлостью по ходу сухожилий, а также ограничением функции (сгибание пальцев).

Клиника псориатического артрита

Энтезит проявляется болью, иногда припухлостью в точках энтезов. Локализация – верхний край надколенника, края (крылья) подвздошных костей, трохантеры, место прикрепления ахиллова сухожилия и подошвенного апоневроза к пяточной кости, латеральный надмыщелок плечевой кости, медиальный мыщелок бедренной кости. Энтезиты пяточных областей часто являются причиной снижения функциональных возможностей больных.

Спондилит – преимущественное поражение позвоночника (псориатический спондилит), часто наблюдается в сочетании с периферическим артритом. Изолированный спондилит встречается редко (до 4%). В целом поражение позвоночника может наблюдаться при любой клинической форме заболевания и проявляется воспалительной болью в спине по критериям ASAS в любом отделе позвоночника, главным образом, в шейном и поясничном, скованностью, болью в грудной клетке при дыхании, ограничением подвижности.

Клиника хламидийного артрита

При реактивном артрите в порядке убывания страдают следующие суставы: коленный, голеностопный, плюснефаланговый, пальцев стоп, тазобедренный, плечевой, локтевой и другие. Заболевание чаще протекает в виде моноартрита. Средняя продолжительность первого эпизода заболевания - 4-6 месяцев. Реактивный артрит протекает волнообразно: в 50% случаев через различные интервалы времени наблюдаются рецидивы заболевания. У 20% больных выявляются различные энтезопатии: наиболее часто страдает ахиллово сухожилие и плантарная фасция, что вызывает нарушения ходьбы.

Диагностика псориатического артрита

Диагноз устанавливают на основании клиники заболевания, специфические лабораторные тесты отсутствуют, у 40–60% больных СОЭ, СРБ остаются нормальными. У трети пациентов выявляют HLA B27 антиген. Анализ синовиальной жидкости не дает специфических результатов, иногда выявляют высокий цитоз.

В крови редко обнаруживают ревматоидный фактор и АЦЦП (антитела к циклическому цитруллинированному пептиду) (12% и 15% случаев соответственно), главным образом, в низких титрах.

Инструментальная диагностика включает рентгенографическое исследование кистей, стоп, таза (в прямой проекции) и переходного отдела позвоночника (нижне-грудного с захватом поясничного в боковой проекции). По показаниям показано рентгенографические исследования других суставов и отделов позвоночника. Исследования проводятся не чаще, чем один раз в год.

Диагностика псориатического артрита

Характерные рентгенологические изменения: сужение суставной щели; костная ремодуляция (резорбция концевых фаланг, крупные эксцентрические эрозии, остеолиз – деформация «карандаш в стакане») и пролиферации (краевые костные разрастания, периоститы, энтезофиты и костные анкилозы), асимметричный двусторонний/односторонний сакроилиит, паравертебральные оссификаты и краевые синдесмофиты.

Для ранней диагностики воспалительных изменений в позвоночнике (спондилит) и илеосакральных сочленениях (сакроилиит), сухожильно-связочного аппарата (энтезит, тендинит), периферического артрита (синовит) используют магнитнорезонансную томографию (МРТ), а также ультразвуковое исследование с энергетическим доплеровским картированием (ЭДК). В ряде случаев для ранней диагностики рекомендуется проведение сцинтиграфии скелета.

Диагностика хламидийного артрита

Диагноз устанавливается совместно ревматологом, венерологом, урологом офтальмологом, гинекологом. Подозрение на развитие хламидийного артрита возникает по характерным внешним признакам — покраснению глаз, припухлости пораженных суставов и лимфоузлов.

Назначаются общеклинические исследования крови и мочи. После трехстаканной пробы, проб Аддиса-Каковского, Нечипоренко выявляется лейкоцитурия.

При исследовании простатического секрета выявляется лейкоцитоз на фоне снижения количества лецитиновых телец. В крови повышено число альфа- и бета-глобулинов, фибрина, серогликоидов, С-реактивного протеина. Анализ на ревматоидный фактор отрицательный.

Проводятся цитологические исследования мочеиспускательного канала, шейки матки; слезного секрета конъюнктивы; синовиального экссудата, спермы, секрета простаты.

Диагностика хламидийного артрита

Выявляются хламидийные внутриклеточные цитоплазматические включения. В ПЦР-соскобе выявляется ДНК *Chlamydia trachomatis*.

В синовиальной жидкости пораженных суставов обнаруживаются изменения ее качественного и количественного состава. Муциновый остаток рыхлый, лейкоцитоз и нейтрофильный гранулоцитоз.

В крови выявляются цитофагоцитирующие макрофаги, хламидийные антитела, повышенная активность комплимента.

Рентгенологически определяется араартикулярный несимметричный остеопороз, сужение суставных щелей, эрозивная деструкция костей. Чаще дегенеративным изменениям подвергаются стопы, тела позвонков. У трети пациентов диагностируется воспаление крестцово-подвздошных сочленений

Лечение псориатического артрита

Лечение больных с преимущественным поражением опорно-двигательного аппарата осуществляется ревматологом при консультировании дерматовенеролога;

Нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП)

Глюкокортикостероидные препараты

Базисные противовоспалительные препараты (БПВП) – метотрексат, сульфасалазин, лефлуномид, циклоспорин.

Генно-инженерные биологические препараты (ГИБП)

ингибиторы ФНО- α (инфликсимаб, адалимумаб, этанерцепт, голимумаб и цертолизумаба пегол) и моноклональные антитела к ИЛ-12/23 – устекинумаб.

Немедикаментозное лечение

Лечение хламидийного артрита

Показанием к лечению является идентификация *C. trachomatis* с помощью молекулярно-биологических методов или культурального метода у пациента либо у его полового партнера.

Одновременное лечение половых партнеров является обязательным.

Цели лечения

- эрадикация *C. trachomatis*;
- клиническое выздоровление;
- предотвращение развития осложнений;
- предупреждение инфицирования других лиц.

Лечение хламидийного артрита

Основные направления терапии:

- антибиотикотерапия;
- гепатопротекторы;
- протеолитические ферменты;
- антимикотические средства;
- иммунокорректирующая терапия; витаминотерапия.
- нестероидные противовоспалительные средства
- глюкокортикостероиды
- миорелаксанты
- базовые средства — Сульфосалазин, Метотрексат
- хондропротекторы
- физиотерапия — фонофорез с протеолитическими ферментами электрофорез с анальгетиками, магнитотерапия, лазеротерапия, магнитотерапия, УВЧ-терапия.

Тяжелые атаки хламидийного артрита купируются экстракорпоральная гемокоррекция (плазмаферез, каскадная фильтрация плазмы, криоферез).

Тактика ведения пациентов

При обнаружении поражения суставов необходимо:

- тщательно собрать анамнез (при необходимости, и половой);
- произвести осмотр всех кожных, в том числе и волосистой части головы, крупных складок и видимых слизистых покровов;
- произвести, при необходимости, полноценное обследование пациентов на хламидиоз.

Спасибо за внимание