ОБЩЕРОССИЙСКАЯ ОБЩЕСТВЕННАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ
АССОЦИАЦИЯ РЕВМАТОЛОГОВ РОССИИ

Российские клинические рекомендации

Ревматология

Под редакцией
академика РАН Е.Л. Насонова

Москва
ИЗДАТЕЛЬСКАЯ ГРУППА
«ГЭОТАР-Медиа»
2017

Глава 3
ПСОРИАТИЧЕСКИЙ АРТРИТ

ВВЕДЕНИЕ

Псориатический артрит (ПсА) — прогрессирующее заболевание костно-суставного аппарата, которое развивается в среднем у 0,05–1,2% населения и обнаруживается у 5–42% пациентов с псориазом (ПсО). В Российской Федерации, согласно данным Федерального статистического наблюдения, в 2014 г. заболеваемость ПсА составила 2,3 случая на 100 тыс. населения, распространенность — 12,6 случая на 100 тыс. населения.

ПсА может развиться в любом возрасте, часто страдает трудоспособная часть населения. ПсА характеризуется разнообразными клиническими проявлениями. У 70% больных ПсО появляется раньше поражения опорно-двигательного аппарата, у 20% — одновременно, у 15–20% больных ПсА возникает до первых клинических проявлений ПсО. Корреляция между тяжестью ПсО и ПсА отсутствует, но в когортных наблюдениях отмечена высокая частота случаев ПсА у больных с распространенным ПсО.

ПсА и ПсО оказывают негативное влияние на качество жизни больных и их социальную адаптацию в связи с прогрессирующим поражением опорно-двигательного аппарата и кожи. При ПсА и ПсО отмечается повышенный риск развития таких социально значимых заболеваний, как ишемическая болезнь сердца (ИБС), стенокардия, инфаркт миокарда (ИМ), артериальная гипертензия (АГ), ожирение, СД 2-го типа. Продолжительность жизни больных ПсА и ПсО снижена по сравнению с популяцией в среднем на 5–7 лет. Выявление (скрининг) ПсА у больных ПсО способствует своевременному назначению адекватной терапии и более благоприятному прогнозу заболевания.

Лечение ПсА необходимо проводить в течение всей жизни пациента с использованием локальной (внутрисуставной) и системной противовоспалительной терапии.

Цель терапии ПсА — достижение ремиссии или минимальной активности заболевания, улучшение качества и продолжительности жизни больных. При ПсА показано преимущество стратегии «Лечение до достижения цели» (*Treat to target*), которая подразумевает назначение

активной противовоспалительной терапии с момента установления диагноза, частый и объективный контроль за состоянием пациента, изменение схемы терапии вплоть до достижения целей лечения. Данная стратегия продемонстрировала высокую эффективность при ранних формах ПсА с длительностью заболевания до 3 лет.

Данных о возможности сохранения ремиссии или минимальной активности ПсА при снижении дозы или изменении режима приема противовоспалительных и иммуносупрессивных препаратов в настоящее время недостаточно.

ТЕРМИНЫ И ОПРЕДЕЛЕНИЯ

ПсА — ИВРЗ с преимущественным поражением суставов, позвоночника и энтезисов, которое обычно наблюдается у больных ПсО. В настоящее время ПсА относят к подгруппе периферических спондилоартритов (или является вариантом течения псориаза), в клинической картине которых преобладает воспаление периферических суставов (артрит), энтезисов (энтезит), пальцев кистей и стоп (дактилит), сухожилий (теносиновит), но может также наблюдаться и воспаление в аксиальных структурах — телах позвонков (спондилит) и илеосакральных сочленениях (сакроилеит).

Другие термины и определения представлены в главе 1 и главе 2.

КЛАССИФИКАЦИЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ ИЛИ СОСТОЯНИЯ (КЛИНИЧЕСКАЯ)

Выделяют пять клинических форм ПсА (табл. 3.1).

ПсА является клинически гетерогенным заболеванием, к основным проявлениям относят периферический артрит, дактилит, спондилит, энтезит.

- *Периферический артрит* клинически 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* (синоним: воспаление пальца) возникает в результате одновременного поражения сухожилий сгибателей и/или разгибателей пальцев и артрита межфаланговых суставов. Клинически проявляется болью, равномерной припухлостью всего пальца с цианотично-багровым окрашиванием кожного покрова, плотным отеком всего пальца, болевым ограничением сгибания, формируется характерная для ПсА «сосискообразная» деформация пальца. В ряде случаев наблюдают теносиновит — воспаление сухожилий сгибателей и/или разгибателей пальцев кистей и стоп. Клинически проявляется болью, припухлостью по ходу сухожилий, а также ограничением функции (сгибания пальцев).
- *Энтезит* клинически проявляется болью, иногда припухлостью в точках энтезов. Локализация — верхний край надколенника, края (кры-

Таблица 3.1. Клинические варианты псориатического артрита

Клинический вариант	Основная характеристика
Преимущественное поражение дистальных межфаланговых суставов кистей и стоп, дистальная форма (M07.0*)	Классическое изолированное поражение дистальных межфаланговых суставов кистей и/или стоп наблюдается у 5% больных ПсА. Вовлечение дистальных межфаланговых суставов наряду с другими суставами часто наблюдают при других клинических вариантах ПсА
Асимметричный моно- или олигоартрит (M07.3*)	Встречается у большинства пациентов с ПсА (до 70%). Обычно вовлекаются коленные, лучезапястные, голеностопные, локтевые, а также межфаланговые суставы кистей и стоп, при этом общее число воспаленных суставов не превышает четырех
Симметричный полиартрит, ревматоидоподобная форма (M07.3*)	Наблюдается примерно у 15–20% пациентов с ПсА. Характеризуется вовлечением парных суставных областей, как при РА. Часто наблюдают асимметричный полиартрит пяти суставов или более
Псориатический спондилит (M07.2*)	Характеризуется воспалительным поражением позвоночника, как при АС, часто (примерно у 50%) сочетается с периферическим артритом, редко (2–4%) наблюдают изолированный спондилит
Мутилирующий артрит (M07.1*)	Редкая клиническая форма ПсА, наблюдается у 5% больных, характеризуется распространенной резорбцией суставных поверхностей (остеолиз) с укорочением пальцев кистей и/или стоп с формированием «телескопической» деформации, укорочения, разнонаправленных подвывихов пальцев конечностей. В то же время локальный (ограниченный) остеолиз суставных поверхностей может развиваться при всех клинических вариантах ПсА

лья) 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 при ПсА может наблюдаться при любой клинической форме заболевания и проявляется воспалительной болью в спине по критериям ASAS (2009) (см. раздел «Диагностика ПсА») в любом отделе позвоночника, главным образом в шейном и поясничном, скованностью, особенно при фиксированных позах и в утреннее

время, ограничением подвижности позвоночника в трех плоскостях (горизонтальная, фронтальная, сагиттальная), снижением экскурсии грудной клетки, у части больных отмечается боль в грудной клетке при дыхании, а также болезненность при пальпации остистых отростков тел позвонков. К другим поражениям аксиального скелета при ПсА относят сакроилиит, часто асимметричный. Клинически проявляется перемежающейся болью в ягодицах или ВБС. Для ПсА характерно медленное рентгенографическое прогрессирование сакроилеита, при длительном течении ПсА полный анкилоз крестцово-подвздошных сочленений (КПС) наблюдается у 6% больных.

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ

Диагноз/группа диагнозов в соответствии с МКБ-10.

- Псориатические и энтеропатические артропатии.
  - ✧ M07.0* Дистальная межфаланговая псориатическая артропатия (L40.5+).
  - ✧ M07.1* Мутилирующий артрит.
  - ✧ M07.2* Псориатический спондилит (L40.5+).
  - ✧ M07.3* Другие псориатические артропатии (L40.5+).

Виды, формы, условия оказания медицинской помощи

Виды оказания медицинской помощи — специализированная, в том числе высокотехнологичная, а также скорая.

Формы медицинской помощи — плановая, неотложная.

Условия оказания помощи — амбулаторно, в дневном стационаре, стационарно.

Методы диагностики заболевания/состояния

- ПсО является независимым фактором риска развития одного или двух аутоиммунных заболеваний, при этом дерматозе может развиться любое РЗ.
- Диагноз ПсА устанавливают в первую очередь на основании характерных клинических признаков заболевания; специфические лабораторные тесты отсутствуют.
- При ПсА в крови пациентов редко обнаруживают РФ и АЦЦП (в 12 и 15% случаев соответственно), главным образом, в низких титрах.
- ПсА необходимо дифференцировать от РА, подагры, реактивного артрита, АС, ОА, реже — от ревматической полимиалгии (РП) и системных заболеваний соединительной ткани, например от системной склеродермии (ССД).
- Инструментальная диагностика ПсА включает обязательное стандартное рентгенографическое исследование кистей, стоп, таза (в прямой проекции) и переходного отдела позвоночника (нижнегрудного с захватом поясничного в боковой проекции). По показаниям следует выполнять рентгенографические исследования других суставов и других отделов позвоночника, вовлеченных в патологический процесс. Дан-

ные исследования проводят не чаще чем 1 раз в год. Характерные рентгенологические изменения при ПсА: сужение суставной щели, костная ремодуляция (резорбция концевых фаланг, крупные эксцентрические эрозии, остеолиз — деформация «карандаш в стакане») и пролиферация (краевые костные разрастания, периоститы, энтезофиты и костные анкилозы), асимметричный дву-/односторонний сакроилеит, паравертебральные оссификаты и краевые синдесмофиты.

- Для ранней диагностики воспалительных изменений в позвоночнике (спондилита) и илеосакральных сочленениях (сакроилеита), сухожильно-связочного аппарата (энтезита, тендинита), периферического артрита (синовита) используют МРТ, а также УЗИ с энергетическим допплеровским картированием.

Диагноз ПсА устанавливают на основании классификационных критериев ПсА (2006) (CASPAR — *ClASsification criteria for Psoriatic ARthritis*).

Согласно критериям CASPAR, пациенты должны иметь признаки воспалительного заболевания суставов (артрит, спондилит или энтезит) и 3 балла или более из следующих пяти категорий.

- Псориаз:
  - ✧ псориаз в момент осмотра — 2 балла;
  - ✧ псориаз в анамнезе — 1 балл;
  - ✧ семейный анамнез псориаза — 1 балл.
- Псориатическая дистрофия ногтей: точечные вдавления, онихолизис, гиперкератоз — 1 балл.
- Отрицательный РФ (кроме метода латекс-теста) — 1 балл.
- Дактилит:
  - ✧ припухлость всего пальца в момент осмотра — 1 балл;
  - ✧ дактилит в анамнезе — 1 балл.
- Рентгенологические признаки внесуставной костной пролиферации по типу краевых разрастаний (кроме остеофитов) на рентгенограммах кистей и стоп — 1 балл.

Диагноз спондилита при ПсА (синоним: псориатический спондилит) устанавливают на основании двух из четырех представленных ниже признаков.

- Наличие воспалительной боли в спине по критериям ASAS (2009), а также перемежающейся боли в ягодицах.
- Ограничение подвижности в шейном, грудном или поясничном отделе позвоночника в сагиттальной и фронтальной плоскостях.
- Признаки одностороннего сакроилеита II стадии и более (по Келлгрену) на обзорной рентгенограмме таза, синдесмофиты в позвоночнике.
- Выявление МРТ-активного сакроилеита (остеит/отек костной ткани в области илеосакральных сочленений в STIR- или T_1-режиме с подавлением жира).

Критерии ASAS для воспалительной боли в спине (2009). Боль в спине считается воспалительной, если у пациента с хронической болью, длительностью более 3 мес, присутствуют четыре из пяти нижеследующих признаков:

- начало в возрасте до 40 лет;
- постепенное начало;
- улучшение после физических упражнений;
- отсутствие улучшения после отдыха;
- ночная боль (с улучшением после пробуждения).

Ремиссия ПсА — это отсутствие любых клинических симптомов заболевания (артрита, дактилита, энтезита, теносиновита, спондилита, минимальной активности псориаза).

Минимальная активность ПсА признается при наличии любых пяти из семи нижеследующих критериев:

- ЧБС (из 68) ⩽1;
- ЧПС (из 66) ⩽1;

Таблица 3.2. Степени клинической активности псориатического артрита

Клиническая категория	Низкая	Умеренная	Высокая
Периферический артрит	ЧБС или ЧПС <5. Отсутствуют рентгенологические деструкции и функциональные нарушения. Минимальные нарушения качества жизни	ЧБС или ЧПС ⩾5. Единичные рентгенологические деструкции, умеренные функциональные нарушения. Умеренное нарушение качества жизни	ЧБС или ЧПС ⩾5. Распространенные рентгенологические деструкции и выраженные функциональные нарушения. Выраженное нарушение качества жизни. Отсутствие ответа на стандартную терапию
Псориаз	BSA <5, PASI <5, отсутствие симптомов, DIQL (Dermatology Life Quality Index) <10	Отсутствие ответа на наружную терапию. DIQL <10, PASI <10, BSA <10	BSA >10, DIQL >10, PASI >10
Поражение позвоночника	Слабая боль в позвоночнике. Отсутствуют функциональные нарушения	Выраженная боль в позвоночнике. BASDAI >4, функциональные нарушения	Выраженная боль в позвоночнике. BASDAI >4. Отсутствие ответа на стандартную терапию
Энтезит	Вовлечены 1–2 точки энтезов. Нет ухудшения функции	Вовлечено >2 точек энтезов или ухудшение функции	Вовлечено >2 точек энтезов или ухудшение функции и отсутствие ответа на стандартную терапию
Дактилит	Незначительная боль или отсутствие боли. Нормальная функция	Эрозии суставов или ухудшение функции	Эрозии суставов, отсутствие ответа на стандартную терапию

- индекс тяжести и распространенности псориаза (PASI — *Psoriasis Area Severity Index*) ⩽1 балла или общая площадь поражения кожи псориазом (BSA — *Body Surface Area*) ⩽3%;
- оценка боли пациентом по ВАШ (0–100 мм) ⩽15 мм;
- оценка активности заболевания пациентом по ВАШ (0–100 мм) ⩽20 мм;
- функциональный индекс качества жизни (HAQ — *Health Assesment Questionnaire*) ⩽0,5;
- число воспаленных энтезисов ⩽1.

Оценка активности и влияния терапии на периферический артрит.

- Оценивают ЧБС из 68 и ЧПС из 66, дистальные межфаланговые суставы стоп не учитывают.
- Оценивают височно-нижнечелюстные, грудино-ключичные, ключично-акромиальные, плечевые, локтевые, лучезапястные суставы, I–V ПЯФ, I межфаланговые, II–III проксимальные межфаланговые, II–V дистальные межфаланговые суставы кистей, тазобедренные (оценивают только боль при пассивных движениях), коленные, голеностопные, суставы предплюсны, I–V ПЛФ, I межфаланговые, II–V проксимальные межфаланговые.
- Для оценки активности ПсА пациентом и врачом, а также выраженности боли используют ВАШ (мм) или пятибалльную шкалу *Likert*, где:
  - «отлично» — 0,
  - «хорошо» — 1;
  - «удовлетворительно» — 2;
  - «плохо» — 3;
  - «очень плохо» — 4.

Ответ на терапию оценивают по специально разработанному для ПсА критерию PsARC (*Psoriatic Arthritis Response Criteria*).

- PsARC:
  - ЧБС из 68;
  - ЧПС из 66;
  - общая оценка активности ПсА врачом по пятибалльной шкале *Likert*: «отлично» — 1, «хорошо» — 2, «удовлетворительно» — 3, «плохо» — 4, «очень плохо» — 5;
  - общая оценка активности ПсА больным по пятибалльной шкале *Likert:* «отлично» — 1, «хорошо» — 2, «удовлетворительно» — 3, «плохо» — 4, «очень плохо» — 5.
- Улучшение:
  - уменьшение общей оценки активности ПсА пациентом или врачом более чем на 1 пункт;
  - уменьшение ЧБС/ЧПС на ⩾30%.
- Ухудшение:
  - увеличение общей оценки активности ПсА пациентом или врачом более чем на 1 пункт;
  - увеличение ЧБС/ЧПС ⩾30%.
- Ответ на терапию:
  - улучшение двух критериев из четырех указанных, причем один из них — ЧБС или ЧПС;
  - не допускается ухудшения ни одного из показателей.

Оценка эффективности предпринятой терапии у больных ПсА осуществляется в сроки, предусмотренные индивидуально для каждого лекарственного препарата (см. раздел «Лечение ПсА»).

Модифицированный суставной индекс Ричи используется для оценки степени выраженности пальпаторной болезненности в 68 суставах, которые указаны выше. В тазобедренных суставах боль определяется при пассивных движениях. Выраженность болезненности оценивается по четырехбалльной системе:

- 0 — отсутствие болезненности;
- 1 — боль слабая — пациент констатирует боль;
- 2 — боль умеренная — пациент констатирует боль и морщится;
- 3 — боль выраженная — пациент отдергивает конечность.

Данный индекс не используется самостоятельно, но входит в состав комплексного индекса активности заболевания (DAS — *Disease Activity Score*).

EULAR-критерии эффективности терапии — динамика DAS.

Формулы DAS следующие.

$$DAS = 0{,}54\times\sqrt{(мИР)}+0{,}065\times(ЧПС)+0{,}330\times\ln(СОЭ)+ +0{,}0072\times ОЗП, \quad (1)$$

где мИР — модифицированный индекс Ричи; ЧПС — из 66; ОЗП — общая оценка активности ПсА пациентом по ВАШ, мм.

Пороговые значения DAS для определения активности ПсА: высокая активность — DAS более 3,7; умеренная — 2,4 < DAS ⩽3,7; низкая — DAS ⩽2,4; DAS менее 1,6 — ремиссия.

$$DAS28 = 0{,}56\times(\sqrt{28}ЧБС)+0{,}28\times(\sqrt{28}ЧПС)+0{,}70\times\ln(СОЭ)+ +0{,}014\times(ОЗП), \quad (2)$$

где ЧБС — из 28; ЧПС — из 28; ОЗП — общая оценка заболевания пациентом по ВАШ, мм.

Для расчета DAS28 оценивают следующие суставы: плечевые, локтевые, лучезапястные, I–V пястно-фаланговые, I межфаланговые, II–V проксимальные межфаланговые, коленные.

Пороговые значения DAS28: высокая активность ПсА — DAS28 более 5,1; умеренная — 5,1 ⩾DAS28 >3,2; низкая — DAS28 ⩽3,2; DAS28 менее 2,6 — ремиссия.

Эффективность терапии оценивается по критериям EULAR:

- нет ответа — уменьшение DAS по сравнению с исходным на <0,6;
- удовлетворительный ответ — изменение DAS от >0,6 до ⩽1,2;
- хороший ответ — уменьшение DAS на >1,2.

Критерий PsARC используется для мониторинга эффективности терапии у больных ПсА с преимущественным поражением периферических суставов.

- Оценка активности и влияния терапии на дактилит.
  - ✧ Для оценки эффективности терапии определяют изменение числа пальцев с дактилитом в процессе наблюдения.

- Оценка влияния терапии на энтезит.
  - ✧ Оценивают динамику энтезиального индекса LEI (*Leeds Enthestis Index*). LEI вычисляют простым суммированием уровня пальпаторной болезненности в баллах в шести парных точках прикрепления энтезисов, таких как ахиллово сухожилие, латеральный надмыщелок плечевой кости, медиальный мыщелок бедренной кости. Градация: 0 — «нет боли», 1 — «боль есть», максимально — 6 баллов.
- Оценка активности и влияния терапии на спондилит.
  - ✧ Оценивают на основании изменения индекса активности АС BASDAI [самоопросник из шести вопросов, для ответа используется числовая рейтинговая шкала от 0 («очень хорошо») до 10 («очень плохо»)]. BASDAI используют у больных ПсА как для оценки активности поражения позвоночника, так и для эффективности терапии — оценки влияния на спондилит.
    - – BASDAI менее четырех без нарушения функции соответствует низкой активности псориатического спондилита.
    - – BASDAI более четырех без нарушения функции и BASDAI менее четырех в сочетании с нарушением функции соответствует умеренной активности.
    - – BASDAI более четырех в сочетании с нарушением функции соответствует высокой активности.
    - – Уменьшение BASDAI на 50% (BASDAI 50) свидетельствует о наличии ответа на терапию.
- Оценка функционального индекса качества жизни у больных ПсА проводится с помощью функционального индекса качества жизни (HAQ).
- Индивидуальная регистрационная карта для оценки активности ПсА и ответа на терапию представлена в приложении 1.

Оценка активности псориаза и ответа на терапию

Эффективность терапии при псориатическом поражении кожи определяют на основании динамики PASI и BSA (%). Терапию следует считать эффективной при уменьшении PASI по сравнению с исходным значением не менее чем на 50% (оптимально — на 75 или 90%) или уменьшении BSA.

- Индекс PASI до 10 баллов соответствует легкой степени заболевания, 10 баллов и более — среднетяжелой и тяжелой степени псориаза.
- Расчет BSA — ладонь пациента до средних фаланг пальцев соответствует 1% площади тела. При распространенном псориазе (BSA ⩾10%) рассчитывают PASI.
- Расчет PASI — композитная оценка эритемы (Э), инфильтрации (И), шелушения (Ш) и площади (S) псориатической бляшки.
- Для расчета PASI тело условно разделяют на четыре области: голову (г), туловище (т), руки (р), ноги (н). Для каждой из них оценивают следующее.
  - ✧ Площадь псориатического поражения кожи (S) определяют сначала в процентах из расчета: на голове ладонь пациента соответствует 10%, на туловище — 3,3%, на руках — 5%, на ногах — 2,5%; а затем в баллах: 0 — нет ПсО, 1 — ПсО поражено менее 10% площади любой из указанных частей тела, 2 — ПсО поражено от 10 до 29%, 3 — от 30 до 49%, 4 — от 50 до 69%, 5 — от 70 до 89%, 6 — от 90 до 100%.

✧ Эритему, инфильтрацию и шелушение определяют в баллах: 0 — отсутствие псориаза, 1 — минимальная выраженность, 2 — умеренная, 3 — значительная, 4 — максимальная. Формула расчета:

$$PASI = [0,1\times(Эг+Иг+Шг)\times S]+[0,2\times(Эр+Ир+Шр)\times S]+ +[0,3\times(Эт+Ит+Шт)\times S]+[0,4\times(Эн+Ин+Шн)\times S]. \quad (3)$$

Диапазон изменений — от 0 до 72 баллов.

Расчет PASI доступен в режиме онлайн на сайте: http://www.dermnetnz.org/scaly/pasi.html, обучающее видео — на сайте GRAPPA (*Group for Research and Assessement of Psoriasis and Psoriatic Arthritis*): http://www.grappanetwork.org.

Для оценки тяжести псориаза и ответа на терапию используют дерматологический индекс качества жизни — DLQI (*Dermatology Life Quality Index* — Finlay A.Y., 1994) в форме самооценки пациентов из 10 вопросов (табл. 3.3).

Таблица 3.3. Вопросы анкеты дерматологического индекса качества жизни (DLQI)

1	Насколько сильно Вас беспокоят зуд, боль, жжение, болезненность кожи за последнюю неделю?
2	Насколько неуверенно Вы чувствовали себя из-за состояния своей кожи за последнюю неделю?
3	Насколько сильно состояние Вашей кожи мешало Вам при совершении покупок, работе по хозяйству за последнюю неделю?
4	Насколько сильно состояние Вашей кожи влияло на выбор носимой Вами одежды за последнюю неделю?
5	Насколько сильно состояние Вашей кожи помешало Вашим контактам с окружающими, активному отдыху за последнюю неделю?
6	Насколько сильно состояние Вашей кожи помешало Вам в занятиях физкультурой и спортом за последнюю неделю?
7	Помешало ли Вам состояние Вашей кожи в работе или учебе за последнюю неделю?
8	Влияло ли состояние Вашей кожи на отношения с друзьями, близкими, родственниками, партнерами за последнюю неделю?
9	Насколько сильно состояние Вашей кожи затрудняло Вам интимные отношения за последнюю неделю?
10	Насколько сильно лечение Вашего заболевания изменило порядок Вашей жизни (например, Вы потеряли много времени, денег, уделяли меньше внимания работе, семье)?

Каждый вопрос оценивается по трехбалльной системе: очень сильно (очень часто) — 3 балла, сильно (часто) — 2 балла, несильно — 1 балл, совсем нет или затрудняюсь ответить — 0 баллов. На 7-й вопрос при ответе «да» — 3 балла, при ответе «нет» — 0 баллов. Если без ответа остается более двух вопросов, анкета не засчитывается. Подсчет индекса осуществляется простым суммированием всех баллов: минимальное

значение — 0 баллов, максимальное значение — 30 баллов. Чем больше показатель, тем более отрицательное воздействие оказывает заболевание на качество жизни.

PASI и DLQI используются как для оценки активности, так и мониторинга эффективности терапии у больных ПсА с активным псориазом.

Скрининг и ранняя диагностика ПсА (рис. 3.1).

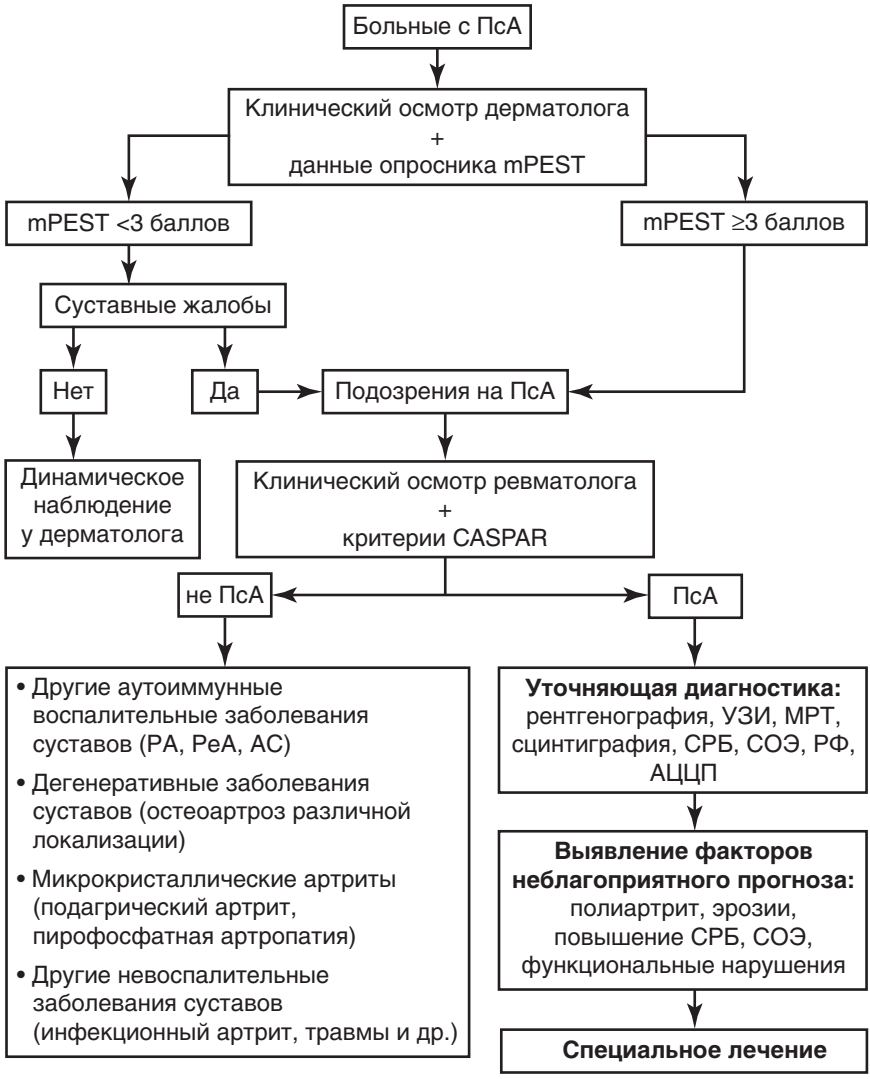
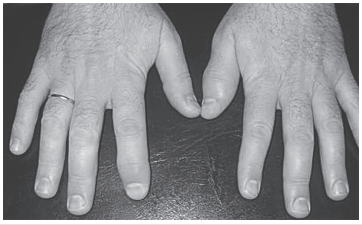
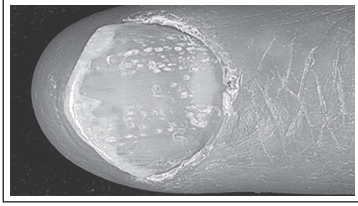


Рис. 3.1. Общая схема скрининга больных с псориатическим артритом

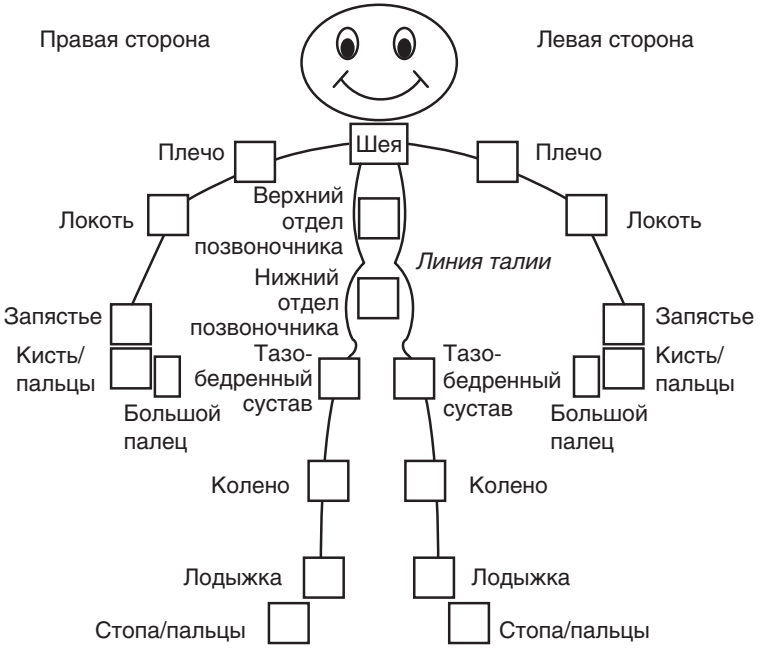
- Все пациенты с ПсО при наличии суставных жалоб должны быть осмотрены врачом-ревматологом в целях ранней диагностики ПсА, предупреждения развития деструкций суставов и функциональных нарушений.
- Пациенты с ПсО, суставными жалобами должны быть скринированы на наличие ПсА с помощью опросника (табл. 3.4), при подозрении на ПсА все пациенты нуждаются в консультации ревматолога.
- К факторам риска возможного развития и/или неблагоприятного течения ПсА относятся ПсО волосистой части головы, инверсный ПсО, ониходистрофии. Диагностика ПсА у больных ПсО с признаками воспалительного заболевания суставов осуществляется на основе критериев CASPAR.

Каждый положительный ответ на вопрос соответствует 1 баллу, при суммарном mPEST ⩾3, а также при суставных жалобах и mPEST менее трех дерматолог предполагает наличие у больного ПсА и направляет на консультацию к ревматологу.

Таблица 3.4. Опросник mPEST (*modified Psoriasis Epydemiology Screening Tool*) — российская модификация скринингового опросника для выявления псориатического артрита у больных псориазом

Вопрос №1. Была ли у вас когда-то припухлость сустава (суставов), как показано на фото ниже?  	да ☐ нет ☐
Вопрос №2. Говорил ли вам когда-нибудь врач, что у вас есть артрит?	да ☐ нет ☐
Вопрос №3. Отмечали ли вы когда-либо на ногтях пальцев рук и ног какие-нибудь изменения (в виде точечных углублений, либо неровности), как показано на фото ниже?  	да ☐ нет ☐

Окончание табл. 3.4

Вопрос №4. Отмечали ли вы когда-нибудь боль в области пятки?	да нет ☐ ☐
Вопрос №5. Были ли у вас когда-нибудь без видимых причин равномерно припухшие и болезненные пальцы рук или ног, как показано на фото ниже? 	да нет ☐ ☐
Вопрос №6. На рисунке ниже отметьте суставы, которые вызывали у вас дискомфорт (скованность, припухлость или болезненность в суставе).  	

Оценка факторов риска неблагоприятных исходов, определяющих тактику ведения больных

- К факторам риска неблагоприятного прогноза ПсА, которые могут влиять на выбор терапии, относят полиартрит, наличие эрозий суставов, потребность в активном лечении при первом обращении к врачу, предшествующий прием ГК, увеличение СОЭ/СРБ. Дактилит — прогностически неблагоприятный фактор для развития эрозий суставов.
- К другим факторам, влияющим на выбор терапии, относят коморбидные заболевания: АГ, метаболический синдром, ИБС, ожирение, СД 2-го типа, неалкогольное или алкогольное повреждение печени, заболевания ЖКТ, носительство инфекции вирусов гепатитов В и С, ВИЧ, туберкулезной инфекции (активной и латентной), депрессии.
- Рекомендуется регулярный скрининг больных на традиционные факторы риска ССЗ: курение, ожирение, гиперлипидемию, АГ, СД.
- Коррекцию традиционных факторов кардиоваскулярного риска необходимо проводить согласно национальным рекомендациям для общей популяции.
- Всем больным ПсА необходимо придерживаться здорового образа жизни, который включает регулярные физические упражнения в рамках комплекса ЛФК для больных с заболеванием опорно-двигательного аппарата, контроль массы тела, снижение потребления алкоголя и отказ от курения.
- Показано умеренное и кратковременное аналгезирующее действие иглоукалывания, магнито- и лазеротерапии, гомеопатии, бальнеолечения; влияние на прогноз заболевания не доказано (уровень доказательности D).

Модели пациента

В соответствии с гетерогенной клинической картиной ПсА в практике формируются следующие клинические модели пациентов.

- Больной ПсА преимущественно с периферическим артритом низкой и умеренной активности, при отсутствии факторов неблагоприятного прогноза (М07.3/М07.0), взрослый — специализированная медицинская амбулаторная помощь и/или в условиях дневного стационара.
- Больной ПсА преимущественно с периферическим артритом умеренной и высокой активности, при наличии факторов неблагоприятного прогноза (М07.3/М07.0), взрослый — специализированная, в том числе высокотехнологичная, медицинская помощь в условиях стационара с переходом на этап амбулаторной помощи и/или дневного стационара.
- Больной ПсА преимущественно со спондилитом умеренной и высокой активности (М07.2), взрослый — специализированная, в том числе высокотехнологичная, медицинская помощь в условиях стационара с переходом на этап амбулаторной помощи и/или дневного стационара.
- Больной ПсА преимущественно со спондилитом низкой активности (М07.2), взрослый — специализированная медицинская амбулаторная помощь и/или в условиях дневного стационара.

- Больной ПсА преимущественно с дактилитом низкой активности (М07.3/М07.0), взрослый — специализированная медицинская амбулаторная помощь и/или в условиях дневного стационара.
- Больной ПсА преимущественно с дактилитом умеренной и высокой активности (М07.3/М07.0), взрослый — специализированная, в том числе высокотехнологичная, медицинская помощь в условиях стационара с переходом на этап амбулаторной помощи и/или дневного стационара.
- Больной ПсА преимущественно с энтезитом низкой активности (М07.3/М07.0), взрослый — специализированная медицинская амбулаторная помощь и/или в условиях дневного стационара.
- Больной ПсА преимущественно с энтезитом умеренной и высокой активности (М07.3/М07.0), взрослый — специализированная, в том числе высокотехнологичная, медицинская помощь в условиях стационара с переходом на этап амбулаторной помощи и/или дневного стационара.
- Больной ПсА с периферическим артритом, дактилитом, энтезитом умеренной и высокой активности, с факторами неблагоприятного прогноза, коморбидными заболеваниями (М07.3/М07.0), взрослый — специализированная, в том числе высокотехнологичная, медицинская помощь в условиях стационара с переходом на этап амбулаторной помощи и/или дневного стационара.

Методы лечения заболевания/состояния

Общие рекомендации

ПсА — гетерогенное, потенциально тяжелое ИВРЗ, которое сопровождается снижением продолжительности и качества жизни больных, высоким уровнем коморбидных заболеваний и нуждается в мультидисциплинарном подходе к диагностике и терапии.

Лечение больных ПсА с преимущественным поражением опорно-двигательного аппарата осуществляется ревматологом при консультировании дерматовенерологом; при наличии у пациентов с ПсА клинически значимого активного (тяжелого) псориаза диагностика и лечение осуществляются совместно ревматологом и дерматологом в соответствии с порядком оказания медицинской помощи.

Цели фармакотерапии ПсА — достижение ремиссии или минимальной активности основных клинических проявлений заболевания, замедление или предупреждение рентгенологической прогрессии, увеличение продолжительности и качества жизни пациентов, а также снижение риска развития коморбидных заболеваний. Выбор лечения ПсА основывается на совместном решении врача и пациента.

Для лечения больных ПсА применяют НПВП, ГК, БПВП, ГИБП.

Лечение всеми противоревматическими препаратами может сопровождаться развитием НЛР, которые могут ухудшать течение болезни и требуют быстрого их выявления и коррекции. Перед назначением противоревматических препаратов у всех пациентов с АС необходимо выявить

потенциальные факторы риска НЛР (или осложнений) на фармакотерапию (глава 1).

При ПсА эффективность лечения рекомендуется оценивать каждые 3–6 мес, решение об изменении или продолжении лечения принимается в зависимости от достижения ремиссии или минимальной активности ПсА. Общая схема назначения терапии представлена на рис. 3.2.



Рис. 3.2. Общая схема назначения лечения при псориатическом артрите

Нестероидные противовоспалительные препараты

НПВП применяются у пациентов с активным ПсА для уменьшения симптомов артрита, энтезита, дактилита, спондилита.

- До начала терапии оценивают потенциальные риски от их применения со стороны ССС и ЖКТ.

- НПВП не тормозят прогрессирование деструкции суставов и используются в комбинации с БПВП и внутрисуставным введением ГК (уровень доказательности A).
- Не доказано преимущество какой-либо одной группы НПВП или связи случаев обострения ПсО с их приемом (уровень доказательности A/D).

Глюкокортикоиды

Системное лечение ГК не проводят в связи с высоким риском обострения (утяжеления) псориаза (уровень доказательности C).

При моно- и олигоартрите, дактилите, теносиновите, энтезите (в пяточной, локтевой областях) проводят локальное введение ГК в суставы, места прикрепления сухожилий к костям (главным образом, пяточные области, локтевые и коленные суставы), а также по ходу сухожилий сгибателей пальцев кистей и стоп (уровень доказательности D).

Базисные противовоспалительные препараты

У пациентов с активным ПсА и факторами неблагоприятного прогноза БПВП следует назначать на как можно более ранней стадии (длительность ПсА от нескольких недель до 2 лет) (уровень доказательности B).

У пациентов с активным ПсА и ПсО препаратом выбора является МТ (уровень доказательности A).

- Перед назначением МТ необходимо оценить факторы риска НЛР (прием алкоголя), исследовать лабораторные параметры (АСТ, АЛТ, альбумин, креатинин, глюкоза, липиды, клинический анализ крови, тест на беременность), маркеры вирусных инфекций (ВИЧ, гепатиты B и C), провести рентгенографическое исследование органов грудной клетки (уровень доказательности C).
- В начале лечения МТ и при увеличении его дозы необходимо проводить контроль за уровнем АЛТ и АСТ, γ-глутамилтранспептидазы, щелочной фосфатазы, креатинина, клинический анализ крови каждые 2 нед в течение 2 мес, а затем — каждые 3 мес; клиническую оценку НЛР и/или факторов риска следует проводить во время каждого визита пациента.
- Целесообразно назначение парентеральной (подкожной) формы МТ в связи с более высокой эффективностью и переносимостью по сравнению с таблетированным МТ в эквивалентных дозах (уровень доказательности B).
- При недостаточной эффективности (или плохой переносимости) таблетированной формы МТ до смены терапии БПВП и назначения ГИБП следует перевести пациентов на подкожную форму препарата (уровень доказательности D); у пациентов с высокой активностью ПсА, которым показано назначение высокой дозы МТ (⩾15 мг), рекомендуется начинать лечение с подкожной формы препарата (уровень доказательности D).

- На фоне лечения МТ обязателен прием фолиевой кислоты в дозе не менее 5 мг в неделю через 24 ч после приема (введения) МТ (уровень доказательности А).
- При наличии противопоказаний (или плохой переносимости) к лечению МТ следует назначить другие БПВП с учетом тяжести псориаза и артрита (уровень доказательности А/В).
- При ПсА БПВП уменьшают симптомы периферического артрита.
- БПВП могут уменьшать выраженность дактилита в рамках влияния на периферический артрит.
- Не доказана способность БПВП влиять на энтезит и спондилит, а также задерживать образование эрозий в суставах.
- БПВП применяются одновременно с НПВП, внутрисуставным введением ГК, ГИБП.
- Результаты терапии БПВП оценивают каждые 3–6 мес, в эти сроки определяется целесообразность их дальнейшего применения.
- При ПсА БПВП применяются длительно, при достижении ремиссии заболевания возможны снижение дозы или временная отмена (уровень доказательности D).
- При ПсА минимальной или умеренной активности в сочетании с распространенными формами ПсО, включая пустулезный псориаз и эритродермию, препаратом выбора является циклоспорин А (ЦсА) в дозе 2,5–5 мг/кг (уровень доказательности D).
- Комбинированное лечение МТ и ЦсА не рекомендуется в связи с высоким риском развития НЛР (уровень доказательности D).

Метотрексат

Лечение МТ следует начинать с дозы 10–15 мг/нед с увеличением по 5 мг каждые 2–4 нед (не более 25 мг/нед) в зависимости от эффективности и переносимости (уровень доказательности В). При необходимости назначения высокой дозы МТ (>15 мг/нед) целесообразно назначение подкожной формы препарата (уровень доказательности В).

Циклоспорин А

Назначают из расчета 2,5–5,0 мг/кг массы тела в сутки. При достижении клинического эффекта дозу препарата постепенно снижают до полной отмены. В случае постоянно рецидивирующего течения ПсО и невозможности полной отмены препарата назначают минимально эффективную дозу на длительное время, но не более 2 лет, в связи с риском кардиоваскулярных осложнений и необратимым нарушением функций почек. На фоне лечения рекомендуется оценка НЛР, контроль за функциями печени и почек, уровнем АД.

Лефлуномид

Начальная доза составляет 100 мг однократно в течение 3 дней, затем переходят на поддерживающее лечение — 10–20 мг 1 раз в сутки. На фоне лечения рекомендуются оценка НЛР (сходных с таковыми у МТ), контроль за функцией печени и крови.

Сульфасалазин

Лечение начинают с 500 мг/сут, еженедельно прибавляя по 500 мг до лечебной дозы 2 г/сут. Действие СУЛЬФ оценивают через 6–8 нед, наибольший эффект наступает через 12–16 нед. При отсутствии эффекта целесообразно увеличить дозу препарата до 3 г/сут.

В последнее время для лечения ПсА зарегистрирован таргетный синтетический (тс) БПВП апремиласт (АПР) — пероральный ингибитор фосфодиэстеразы 4-го типа (ФДЭ4).

Генно-инженерные биологические препараты

В настоящее время в Российской Федерации для лечения ПсА зарегистрированы следующие ГИБП: ингибиторы ФНО-α (ИНФ, АДА, ЭТЦ, ГЛМ и ЦЗП), моноклональные антитела к интерлейкину (ИЛ) 12/23 — устекинумаб (УСТ) и моноклональные антитела к ИЛ-17 — секукинумаб (СЕК).

- Перед назначением всех перечисленных выше ГИБП обязательным является скрининг больных на туберкулез (см. главу 1).
- До начала лечения ГИБП больным проводится анализ крови на гепатиты В, С и ВИЧ, а также клинический скрининг на наличие инфекционных заболеваний.
- При ПсА все ингибиторы ФНО-α уменьшают активность артрита, энтезита, дактилита, спондилита и псориаза, а также задерживают рентгенологическое прогрессирование в суставах, улучшают функциональное состояние больных и существенно не различаются по спектру, частоте и выраженности НЛР (уровень доказательности А).
- Данные о влиянии ингибиторов ФНО-α на спондилит при ПсА экстраполированы из РКИ при АС и аксиальном спондилоартрите.
- Больным ПсА с активным спондилитом в первую очередь назначают ингибиторы ФНО-α (уровень доказательности А).
- При неэффективности одного ингибитора ФНО-α пациента переводят на лечение другим ингибитором ФНО-α или УСТ (уровень доказательности А).
- Ингибиторы ФНО-α используют как в режиме монотерапии, так и в сочетании с МТ (уровень доказательности А).
- Показания к назначению ингибиторов ФНО-α при ПсА:
  - ✧ Отсутствие ремиссии или минимальной активности заболевания на фоне лечение МТ (или другим БПВП) в течение ⩾3–6 мес, а также при наличии или появлении эрозий суставов, несмотря на прием БПВП (уровень доказательности А).
  - ✧ Множественные энтезиты с функциональными нарушениями, несмотря на лечение НПВП, ГК (внутрисуставно) (уровень доказательности А).
  - ✧ Острый распространенный дактилит (вовлечение трех пальцев и более) с функциональными нарушениями, несмотря лечение НПВП, ГК (внутрисуставно), БПВП (уровень доказательности А).

- ✧ Активный спондилит (BASDAI >4) с функциональными нарушениями, несмотря на лечение НПВП в оптимальных дозах в течение более 4 нед (уровень доказательности С).
- ✧ Активный ПсА при наличии факторов неблагоприятного прогноза (полиартрита, эрозий, повышения уровня СРБ, предшествующего приема ГК), при клинически значимом псориазе (по согласованию с дерматологом) даже без предшествующего назначения БПВП (уровень доказательности D).

- Данные о применении ингибиторов ФНО-α (и УСТ) в сочетании с другими БПВП, кроме МТ.
- УСТ подавляет активность артрита, дактилита, энтезита и псориаза, задерживает рентгенологическое прогрессирование эрозий суставов, улучшает качество жизни больных; применяется как в режиме монотерапии, так и в комбинации с МТ (уровень доказательности А).
- УСТ эффективен у больных ПсА:
  - ✧ с активным периферическим артритом с предшествующей неэффективностью НПВП, ГК (внутрисуставно), БПВП;
  - ✧ с множественным дактилитом (вовлечением трех пальцев и более) с функциональными нарушениями, несмотря на лечение НПВП, ГК (внутрисуставно), БПВП;
  - ✧ с множественными энтезитами с функциональными нарушениями, несмотря на лечение НПВП, ГК (внутрисуставно) (уровень доказательности А).
- Ожирение, курение, жировой гепатоз, наличие атеросклеротических бляшек в сонных артериях (проявление атеросклероза) снижают эффективность терапии МТ и ГИБП у больных ПсА.
- На фоне лечения ГИБП может развиться первичная или вторичная неэффективность терапии.
  - ✧ Первичная неэффективность — отсутствие эффекта через 3 мес терапии.
  - ✧ Вторичная неэффективность развивается в разные сроки у пациентов с начальным выраженным эффектом терапии ГИБП (ее связывают с образованием нейтрализующих антител, снижающих эффективность ГИБП).
  - ✧ Применение МТ снижает риск образования нейтрализующих антител, способствует увеличению эффективности терапии и уменьшению риска развития вторичной неэффективности.
- Лечение МТ и ингибиторами ФНО-α и особенно применение комбинированной терапии МТ и ингибиторами ФНО-α снижают риск развития кардиоваскулярных осложнений (уровень доказательности С).

Рекомендуемые дозы ГИБП.

- ИНФ по 5 мг/кг внутривенно капельно на 0–2–6-й неделе, далее каждые 6–8 нед; при отсутствии эффекта в течение 6 нед продолжать лечение нецелесообразно.
- АДА по 40 мг 1 раз в 2 нед подкожно.
- ЭТЦ по 50 мг 1 раз в неделю подкожно.

- ГЛМ по 50 мг 1 раз в 28 дней подкожно. У пациентов массой тела более 100 кг ГЛМ применяют в дозе 100 мг подкожно с той же частотой.
- ЦЗП используют сначала в индукционной дозе по 400 мг подкожно на 0–2–4-й неделе, далее по 200 мг подкожно 1 раз в 2 нед или 400 мг подкожно 1 раз в 4 нед.
- УСТ по 45 мг подкожно, второе введение проводят через 4 нед, далее каждые 12 нед. У пациентов массой тела более 100 кг УСТ применяют в дозе 90 мг подкожно с той же частотой.

Ниже суммированы общие рекомендации по лечению ПсА с учетом клинической гетерогенности (табл. 3.5–3.7).

Таблица 3.5. Общие рекомендации по лечению периферического артрита, спондилита и энтезита при псориатическом артрите

Общие рекомендации по лечению периферического артрита при ПсА		
Активность периферического артрита	**Лечение**	**Уровень доказательности**
Низкая, без факторов неблагоприятного прогноза	НПВП ГК (внутрисуставно)	A D
Умеренная или высокая, при наличии факторов неблагоприятного прогноза	БПВП: • МТ • СУЛЬФ • ЛЕФ • ЦсА	 A A A B
Умеренная или высокая, при наличии факторов неблагоприятного прогноза	Ингибиторы ФНО-α УСТ	A A
Общие рекомендации по лечению спондилита при ПсА		
Активность спондилита	**Лечение**	**Уровень доказательности**
Низкая, без выраженных функциональных нарушений	НПВП Физиотерапия Образование пациентов, обезболивание, ЛФК	A D D
Умеренная или высокая, в сочетании с функциональными нарушениями	Ингибиторы ФНО-α УСТ	A (экстраполировано из РКИ по АС) A (данные РКИ, наблюдательные исследования)

Окончание табл. 3.5

Общие рекомендации по лечению энтезита при ПсА		
Активность энтезита	**Лечение**	**Уровень доказательности**
Низкая, без выраженных функциональных нарушений	НПВП ГК (внутрисуставно) Физиотерапия	D D D
Умеренная или высокая, в сочетании с функциональными нарушениями	НПВП БПВП Ингибиторы ФНО-α УСТ	D D A A (данные РКИ)

Таблица 3.6. Общие рекомендации по лечению дактилита при псориатическом артрите

Активность дактилита	Лечение	Уровень доказательности
Поражение ограниченного числа пальцев без эрозий суставов и выраженных функциональных нарушений	НПВП ГК (внутрисуставно)	D D
Поражение многих пальцев, появление эрозий суставов и выраженных функциональных нарушений	НПВП ГК (внутрисуставно) БПВП Ингибиторы ФНО-α УСТ	D D D A (экстраполировано для всех ингибиторов ФНО-α из РКИ по оценки эффективности ГЛМ) A (данные соответствующих РКИ)

Таблица 3.7. Рекомендации по лечению псориатического артрита с учетом клинической гетерогенности

Клинические проявления ПсА	Рекомендованы	Условно рекомендованы	Не рекомендованы	Нет достаточной доказательной базы
Периферический артрит, не применявшие БПВП	Одновременно БПВП, ингибиторы ФНО-α	НПВП, ГК (внутрисуставно)	—	УСТ
Периферический артрит, неэффективность БПВП	Ингибиторы ФНО-α, УСТ	НПВП, смена БПВП, ГК (внутрисуставно)	—	—

Окончание табл. 3.7

Клинические проявления ПсА	Рекомендованы	Условно рекомендованы	Не рекомендованы	Нет достаточной доказательной базы
Периферический артрит, неэффективность ГИБП	Смена ингибиторов ФНО-α, УСТ	НПВП, ГК (внутрисуставно)	—	—
Псориатический спондилит, не применявшие ГИБП (экстраполировано из АС)	НПВП, физиотерапия, простое обезболивание, ингибиторы ФНО-α	УСТ	БПВП, ТЦЗ, РТМ	—
Псориатический спондилит, неэффективность ингибиторов ФНО-α (экстраполировано из АС)	НПВП, физиотерапия, простое обезболивание, смена ингибитора ФНО-α, УСТ	Физиотерапия, простое обезболивание	—	—
Энтезит	Ингибиторы ФНО-α, УСТ	НПВП, физиотерапия, ГК (внутрисуставно) (с осторожностью)	БПВП	—
Дактилит	Ингибиторы ФНО-α, УСТ	НПВП, ГК (внутрисуставно), БПВП	—	—

У больных с активным периферическим артритом при наличии факторов неблагоприятного прогноза БПВП назначают как можно раньше.

Коды по АТХ и фармакотерапевтические группы Государственного реестра лекарственных средств представлены в табл. 3.8.

Таблица 3.8. Коды по анатомо-терапевтическо-химической классификации и фармакотерапевтические группы базисных противовоспалительных и генно-инженерных биологических препаратов

МНН	Фармакотерапевтическая группа Государственного реестра лекарственных средств	Код по АТХ ВОЗ
МТ	Противоопухолевое средство — антиметаболит	L01BA01
ЛЕФ	Иммунодепрессанты	L04AA13
СУЛЬФ	Антибактериальное и противовоспалительное кишечное средство	A07EC01
ЦсА	Иммунодепрессанты	L04AD01

Окончание табл. 3.8

ИНФ	Иммунодепрессанты	L04AB02
АДА	Иммунодепрессанты	L04AB04
ЭТЦ	Ингибитор ФНО-α	L04AB01
ГЛМ	Ингибитор ФНО-α	L04AB06
ЦЗП	Антитела моноклональные	L04AB05
УСТ	Ингибитор ИЛ	L04AC05

* В низких дозах, применяемых для лечения РА, не влияет на метаболизм клеток.

Реабилитационные мероприятия

Не разработаны.

Меры по профилактике заболевания

Первичная профилактика не разработана. Вторичная — направлена на снижение активности ПсА, сохранение функциональной способности суставов и позвоночника, предупреждение или замедление темпов рентгенологического прогрессирования. Включает адекватную стандартную терапию [НПВП, ГК (внутрисуставно), БПВП] и лечение ГИБП, а также проведение реабилитационных мероприятий.

Список литературы

1. Olivieri I., Padula A., D'Angelo S., Cutro M.S. Psoriatic arthritis sine psoriasis // J. Rheumatol. 2009. Suppl. 83. P. 28–29. doi: 10.3899/jrheum.090218.

2. Gelfand J.M., Gladman D.D., Mease P.J. et al. Epidemiology of psoriatic arthritis in the population of the United States // J. Am. Acad. Dermatol. 2005. Vol. 53. P. 573.

3. Mease P.J. Psoriatic Arthritis: update on pathophysiology, assessment and management // Ann. Rheum. Dis. 2011. Vol. 70, suppl. P. 77–84. doi: 10.1136/ard.2010.140582.

4. Taylor W.J., Gladman D.D., Helliwell P.S. et al. Classification criteria for psoriatic arthritis: development of new criteria from a large international study // Arthritis Rheum. 2006. Vol. 54. P. 2665–2673.

5. Sieper J., Van der Heijde D., Landewe R. et al. New criteria for inflammatory back pain in patients with chronic back pain: a real patient exercise by experts from the Assessment of SpondyloArthritis International Society (ASAS) // Ann. Rheum. Dis. 2009. Vol. 68. P. 784–788. doi: 10.1136/ard.2008.101501.

6. Prey S., Paul C., Bronsard V. et al. Assessment of risk of psoriatic arthritis in patients with plaque psoriasis: a systematic review of the literature // J. Eur. Acad. Dermatol. Venereol. 2010. Vol. 24, suppl. 2. P. 31–35. doi: 10.1111/j.1468–3083.2009.03565.x.

7. Gossec L., Smolen J., Gaujoux-Viala C. et al. European League Against Rheumatism recommendations for the management of psoriatic arthritis with pharmacological therapies // Ann. Rheum. Dis. 2012. Vol. 71, N 1. P. 4–12. doi: 10.1136/annrheumdis-2011–200350.

8. Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN publication No. 121). Diagnosis and management of psoriasis and psoriatic arthriits in adult: a national clinical guideline. October 2010. URL: http: //www.sign.ac.uk.

9. Mease P.J. Measures of psoriatic arthritis // Arthritis Care Res. (Hoboken). 2011. Vol. 63, suppl. 11. P. 64–85. doi: 10.1002/acr.20577.

10. Mease P.J. Assessment tools in psoriatic arthritis // J. Rheumatol. 2008. Vol. 35. P. 1426–1430.

11. Eder L., Chandran V., Shen H. et al. Is ASDAS better than BASDAI as a measure of disease activity in axial psoriatic arthritis? // Ann. Rheum. Dis. 2010. Vol. 69. P. 2160–2164. doi: 10.1136/ard.2010.129726.

12. Gladman D.D., Mease P.J., Strand V. et al. Consensus on a core set of domains for psoriatic arthritis // J. Rheumatol. 2007. Vol. 34. P. 1167–1170.

13. Ritchlin C.T., Kavanaugh A., Gladman D.D. et al. Treatment recommendations for psoriatic arthritis // Ann. Rheum. Dis. 2009. Vol. 68. P. 1387–1394. doi: 10.1136/ard.2008.094946.

14. Saber T.P., Ng C.T., Renard G. et al. Remission in psoriatic arthritis: is it possible and how can it be predicted? // Arthritis Res. Ther. 2010. Vol. 12, N 3. P. 94. doi: 10.1186/ar3021.

15. Coates L.C., Helliwell P.S. Validation of minimal disease activity criteria for psoriatic arthritis using interventional trial data // Arthritis Care Res. (Hoboken). 2010. Vol. 62. P. 965–969. doi: 10.1002/acr.20155.

16. Coates L.C., Cook R., Lee K.A. et al. Frequency, predictors, and prognosis of sustained minimal disease activity in an observational psoriatic arthritis cohort // Arthritis Care Res. (Hoboken). 2010. Vol. 62. P. 970–976. doi: 10.1002/acr.20162.

17. Lie E., Van der Heijde D., Uhliq T. et al. Effectiveness and retention rates of methotrexate in psoriatic arthritis in comparison with methotrexate-treated patients with rheumatoid arthritis // Ann. Rheum. Dis. 2010. Vol. 69. P. 671–676. doi: 10.1136/ard.2009.113308.

18. Ravindran V., Scott D.L., Choy E.H. A systematic review and meta-analysis of efficacy and toxicity of disease modifying anti-rheumatic drugs and biological agents for psoriatic arthritis // Ann. Rheum. Dis. 2008. Vol. 67. P. 855–859.

19. Abu-Shakra M., Gladman D.D., Thorne J.C. et al. Longterm methotrexate therapy in psoriatic arthritis: clinical and radiological outcome // J. Rheumatol. 1995. Vol. 22. P. 241–245.

20. Kalb R.E., Strober B., Weinstein G., Lebwohl M. Methotrexate and psoriasis: 2009 National Psoriasis Foundation Consensus Conference // J. Am. Acad. Dermatol. 2009. Vol. 60. P. 824–837. doi: 10.1016/j.jaad.2008.11.906.

21. Муравьев Ю.В., Денисов Л.Н., Алексеева А.В. и др. Открытое контролируемое рандомизированное 24-недельное сравнительное исследование инъекционной и таблетированной лекарственных форм метотрексата при ревматоидном артрите // Науч.-практ. ревматология. 2011. № 5. С. 58–61.

22. Fernandez Sueiro J.L., Juanola Roura X., Canete Crespillo J.D. et al. Consensus statement of the Spanish Society of Rheumatology on the management of biologic therapies in psoriatic arthritis // Rheumatol. Clin. 2011. Vol. 7. P. 179–188.

23. Menter A., Gottlieb A., Fedman S. et al. Guidelines of care for the management of psoriasis and psoriatic arthritis: Section 1. Overview of psoriasis and guide-

lines of care for the treatment of psoriasis with biologics // J. Am. Acad. Dermatol. 2008. Vol. 58. P. 826–850. doi: 10.1016/j.jaad.2008.02.039.

24. NICE technology appraisal guidance 199. Etanercept, infliximab and adalimumab for the treatment of psoriatic arthritis URL: http: //www.nice.org.uk. (Accessed October 11, 2011).

25. Van der Heijde D., Sieper J., Maksymowych W.P. et al. 2010 Update of the international ASAS recommendations for the use of anti-TNF agents in patients with axial spondyloarthritis // Ann. Rheum. Dis. 2011. Vol. 70. P. 905–908. doi: 10.1136/ard.2011.151563.

26. Greb J.E., Goldminz A.M., Gottlirb A.B. Insight on methotrexate in psoriatic disease // Clin. Immunol. 2016. URL: Dx.doi.org/10.1016/j.clinim.2016.07.008.

27. Manalo I.F., Gilbert K.E., Wu J.J. Subcutaneous methotrexate for symptomatic control of severe recalcitrant psoriasis: safety, efficacy, and patients acceptability // Psoriasis Teagets Ther. 2015. Vol. 5. P. 65–70.

28. Coates L.C., Moverkey A.R., McParland L. et al. Effect of tight control of inflammation in early psoriatic arthritis (TICOPA): a UK multicenter, open-label, randomized controlled trial // Lancet. 2015. Vol. 386. P. 2489–2498.