Псориаз артропатический. Псориатический артрит

Клинические рекомендации Минздрава России · взрослые, дети · редакция 2024 г., статус «Применяется» на 04.11.2026 · МКБ-10: L40.5, M07.0, M07.1, M07.2, M07.3 · Ассоциация ревматологов России, Общероссийская общественная организация "Российское общество дерматовенерологов и косметологов"

Псориатический артрит — хроническое воспалительное заболевание суставов, позвоночника и энтезисов у пациентов с псориазом, но артрит может начаться до кожных проявлений. Рекомендация охватывает диагностику по CASPAR, оценку активности и поэтапную противовоспалительную терапию с контролем структурного прогрессирования и качества жизни.

Главное

- Поражение может включать периферические суставы, дактилит, энтезиты, позвоночник и крестцово-подвздошные сочленения; псориаз кожи или ногтей иногда появляется после артрита.
- Основные клинические варианты: дистальный артрит, мутилирующий артрит, псориатический спондилит, асимметричный моно-олигоартрит и симметричный полиартрит.
- Неблагоприятный прогноз связан с полиартритом (не менее 5 болезненных или припухших суставов), эрозиями, повышением СОЭ/С-РБ, дактилитом, ониходистрофией и функциональными нарушениями.
- Высокую активность периферического артрита определяют при не менее 5 болезненных или припухших суставах, распространенных рентгенологических деструкциях, выраженных функциональных нарушениях, выраженном снижении качества жизни и отсутствии ответа на стандартную терапию.
- Достижение ремиссии или минимальной активности псориатического артрита оценивают каждые 3–6 месяцев.
- У пациентов с псориатическим артритом повышен риск ожирения, инсулинорезистентности, сахарного диабета 2 типа, метаболического синдрома, артериальной гипертонии, дислипидемии и сердечно-сосудистых заболеваний.

Диагностика

1. Собрать жалобы и анамнез: боль, припухлость суставов, равномерный отек пальца, боль в пятках или в местах прикрепления ахиллова сухожилия, ночную боль в позвоночнике, уменьшающуюся после физической активности, а также сведения о псориазе кожи, ногтей и семейном анамнезе.
2. При осмотре искать периферический артрит, дактилит, осевой артрит, дистальное поражение пальцев, энтезиты и признаки спондилита; оценить подвижность позвоночника и суставов.
3. Установить диагноз по CASPAR: наличие признаков воспалительного заболевания суставов — артрита, спондилита, теносиновита или энтезита — и не менее 3 баллов из 5 категорий: псориаз, псориатическая ониходистрофия, отрицательный ревматоидный фактор, дактилит, внесуставная костная пролиферация на рентгенограммах кистей и стоп.
4. Всем пациентам определить СОЭ, С-РБ и ревматоидный фактор; СОЭ и С-РБ используют для оценки активности. При положительном ревматоидном факторе для дифференциальной диагностики с ревматоидным артритом определить анти-ССР.
5. Выполнить рентгенографию кистей, стоп и таза, а также соответствующих отделов позвоночника; при боли или видимых изменениях исследовать пораженный сустав. Рентгенографию позвоночника проводят с частотой 1 раз в 2 года, кистей и стоп — не чаще 1 раза в год.
6. При боли в позвоночнике или крестцово-подвздошной области провести МРТ соответствующего отдела в режимах T1, T2 и STIR; МРТ крестцово-подвздошных сочленений и/или позвоночника рекомендована только при наличии боли в этой области.
7. При остром артрите коленного или первого плюснефалангового сустава выполнить лечебно-диагностическую пункцию и исследовать синовиальную жидкость на кристаллы мочевой кислоты; дополнительно определить мочевую кислоту в крови для дифференциации с подагрой.

Лечение

- Цель лечения — достижение ремиссии или уменьшение основных клинических проявлений до минимальных, замедление или предупреждение рентгенологической прогрессии, увеличение продолжительности и качества жизни. НПВП применяют в течение 4 недель для уменьшения симптомов, предварительно оценив сердечно-сосудистые, желудочно-кишечные и офтальмологические риски (УУР С, УДД 5).
- При моно-олигоартрите и энтезите для быстрого подавления воспаления используют внутрисуставные глюкокортикоиды; триамцинолон вводят внутрисуставно в суспензии 40 мг/мл, бетаметазон — 1 мл. Системные глюкокортикоиды обычно не применяют перорально, внутримышечно или внутривенно.
- При полиартрите или моно-олигоартрите с неблагоприятными прогностическими факторами назначают метотрексат, лефлуномид или сульфасалазин (УУР С, УДД 5). Метотрексат у взрослых начинают с 10 мг/неделю, повышая дозу на 5 мг каждые 2–4 недели до 20–25 мг/неделю; фолиевую кислоту назначают в дозе 5–10 мг в неделю через 24 часа после метотрексата.
- Альтернативные схемы базисной терапии: лефлуномид — 100 мг однократно в течение 3 дней, затем 10–20 мг 1 раз в сутки (УУР А, УДД 2); сульфасалазин — 500 мг/сутки с еженедельным увеличением до 2 г/сутки, при отсутствии эффекта — до 3 г/сутки (УУР А, УДД 2).
- При неэффективности или непереносимости метотрексата, лефлуномида и сульфасалазина, а также при дактилите или энтезитах, возможен апремиласт: после титрации до 30 мг 2 раза в сутки с интервалом 12 часов (УУР А, УДД 2).
- При артрите с неэффективностью или непереносимостью одного или нескольких иммунодепрессантов или метотрексата можно применять тофацитиниб 5 мг 2 раза в сутки в комбинации с метотрексатом (УУР А, УДД 2). Перед началом и затем каждые 6 месяцев требуется скрининг на туберкулез.
- Селективные иммунодепрессанты, ингибиторы ФНО-α и ингибиторы интерлейкинов показаны при периферическом артрите с неблагоприятными факторами после лечения метотрексатом или иммунодепрессантами в течение не менее 3–6 месяцев при недостижении ремиссии или минимальной активности; при множественном дактилите — после лечения в течение не менее 3–6 месяцев, при множественном энтезите — при отсутствии эффекта от НПВП в сочетании с внутрисуставными кортикостероидами в течение 4–12 недель, при активном спондилите — при отсутствии эффекта от НПВП в течение 4–12 недель.
- Перед началом терапии селективными иммунодепрессантами, ингибиторами ФНО-α или интерлейкинов выполнить общий и биохимический анализы крови, общий анализ мочи, УЗИ органов брюшной полости и малого таза, эзофагогастродуоденоскопию, обследование на туберкулез, ВИЧ, вирусные гепатиты В и С и тест на беременность.

Когда направить и как наблюдать

- При симптомах или обострении псориатического артрита пациента направляют на первичную специализированную помощь к ревматологу или терапевту; при наличии псориатических высыпаний на коже помощь оказывает также дерматовенеролог.
- Плановая госпитализация в дневной стационар показана при недостаточной эффективности амбулаторного лечения у пациента с невысокой активностью псориатического артрита.
- Стационарное лечение показано при высокой активности псориатического артрита, необходимости поддерживающей терапии иммунодепрессантами или недостаточной эффективности амбулаторной терапии.
- При стойком необратимом нарушении функции сустава, требующем хирургической коррекции, пациента направляют на консультацию к травматологу-ортопеду и в хирургический стационар.
- До назначения ингибиторов ФНО-α или интерлейкинов требуется консультация фтизиатра; затем наблюдение фтизиатра проводят каждые 6 месяцев.

Частые вопросы

Как подтвердить диагноз псориатического артрита?

Нужны признаки воспалительного заболевания суставов, позвоночника, энтезисов или теносиновита и не менее 3 баллов по CASPAR. Учитывают псориаз, изменения ногтей, отрицательный ревматоидный фактор, дактилит и характерную костную пролиферацию на рентгенограммах.

Какая боль в спине считается воспалительной?

Воспалительной считают боль с началом до 40 лет, постепенным развитием, улучшением после упражнений, отсутствием улучшения в покое и ночной болью с облегчением после пробуждения. Диагностическое значение имеет наличие минимум 4 из 5 признаков.

Когда назначают метотрексат и как его контролировать?

Метотрексат назначают при периферическом артрите с неблагоприятными прогностическими факторами; у взрослых начинают с 10 мг/неделю и повышают до 20–25 мг/неделю. В первые 2 месяца контроль креатинина, билирубина, трансаминаз и общего анализа крови проводят каждые 2 недели, затем — каждые 3 месяца.

Когда переходить на таргетную или биологическую терапию?

При периферическом артрите с неблагоприятными факторами переход рассматривают после лечения метотрексатом или другим иммунодепрессантом в течение не менее 3–6 месяцев при недостижении ремиссии или минимальной активности. При множественном энтезите ориентируются на отсутствие эффекта от НПВП в сочетании с внутрисуставными кортикостероидами в течение 4–12 недель, при активном спондилите — на отсутствие эффекта от НПВП в течение 4–12 недель.

Как оценивать активность псориатического артрита?

Для периферического артрита используют DAPSA: более 28 баллов соответствует высокой активности, 15–28 — умеренной, 5–14 — низкой, 0–4 — ремиссии.

Выжимка сделана по тексту рекомендации и не заменяет его. Полный официальный текст, калькуляторы и сокращённая версия: https://школасеченова.рф/cr/562-psoriaz-artropaticheskij-psoriaticheskij-artrit. Официальный источник: https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/562_3