

Відновне лікування у хворих на псоріатичний артрит

22-23 березня у Києві відбулася науково-практична конференція з ревматології. У рамках заходу завідувач кафедри травматології та ортопедії Національного медичного університету ім. О.О. Богомольця (м. Київ), доктор медичних наук, професор Олександр Анатолійович Бур'янов виступив із доповіддю, присвяченою відновному лікуванню хворих на псоріатичний артрит (ПсА).



ПсА – це неспецифічне запальне ураження суглобів мультифакторного генезу, яке характеризується хронічним прогресуючим перебігом, призводить до тяжких структурно-функціональних змін, втрати працездатності та інвалідизації пацієнтів. Концептуальна модель розвитку ПсА передбачає взаємодію генетичної схильності та патогенних факторів зовнішнього середовища, вплив мікробної сенсibilізації, гормональних та циркуляторних трофічних порушень, неадекватних функціональних навантажень. Ці чинники зумовлюють порушення імунного гомеостазу, розлади метаболізму сполучної тканини, а також дезадаптацію опорної та рухової функцій суглоба.

У понад 76% пацієнтів із псоріазом розвивається ПсА, зокрема, в осіб молодого віку (30-59 років) – у 76,6% випадків, переважно в чоловіків (58,3%). Найбільш поширеним є поліартрит (87,3% випадків). При ПсА найчастіше уражаються міжфалангові суглоби кисті (74,7%), плеснофалангові та міжфалангові суглоби стопи (64,7%), колінні (58,2%), ілеосакральні (53,2%), гомілковостопні та ліктьові суглоби (29,7 та 27,2% відповідно).

Класифікація ПсА передбачає визначення характеру перебігу (гострий, хронічний, злоякісний); локалізації (центральна – ураження хребта та великих суглобів, периферійна – ураження дрібних суглобів кистей та стоп); розповсюженості (моно-, поліартрит); ступеня активності процесу (легкий, середній, тяжкий); стадії (альтерації, ексудативно-проліферативна, дегенеративно-деструктивна); форми (літична, анкілозуюча, дистрофічно-дегенеративна).

Рентгенологічними ознаками ранніх стадій ПсА є збільшення щільності, порушення структури та потовщення параартикулярних тканин; нерівномірне звуження суглобової щілини; остеопороз у ділянці епіметафізів кісток; крайова резорбція (узури) горбистостей дистальних суглобів фаланг стоп та кистей. На пізніх стадіях спостерігаються нечіткість, потоншення, порушення цілісності замикальних пластин; лінійні періостальні нашарування у фалангах кистей та стоп; вогнищева або кістоподібна деструкція та лізис епіметафізів, що в подальшому призводить до деструктивних підвивихів та вивихів; анкілозування дистальних міжфалангових суглобів кистей та стоп; асиметричний сакроілеїт. Прогностичні ознаки прогресування ПсА наведені в таблиці.

Гістологічні дослідження ПсА свідчать про розвиток у суглобі гострого неспецифічного ексудативно-проліферативного серозно-фібринозного запального процесу, який уражає переважно синовіальну оболонку суглоба, з поступовим переходом у хронічну стадію з періодичними загостреннями та формуванням ексудативно-проліферативних запальних, а згодом виражених дегенеративно-дистрофічних та фіброзно-склеротичних змін.

Схеми терапії ПсА залежать від активності процесу та наявності функціональних порушень. Комплексне лікування ПсА може передбачати застосування цитостатиків, глюкокортикоїдів, нестероїдних протизапальних препаратів (НПЗП), препаратів золота; місцеву протизапальну терапію; плазмаферез, ультрафіолетове опромінення; санаторно-курортне та бальнеологічне лікування; гепатотропні препарати; ортопедичні втручання (консервативні та оперативні); десенсибілізуючу терапію; засоби, що поліпшують реологічні властивості крові; імунокорекцію; фізіотерапію; введення відповідних інфузійних розчинів.

Консервативне лікування може застосовуватися у випадку загального процесу легкого, середнього та тяжкого ступеня без структурно-функціональних змін у суглобах; гострого синовіту; хронічного синовіту, перебіг якого відбувається без значного прогресування (рецидиви не частіше 1 р/рік), чутливого до консервативної терапії, без поширених стійких змін у параартикулярних тканинах; контрактур без значних структурних змін у суглобах; передопераційної підготовки. Абсолютними показаннями до оперативного втручання є наявність ознак синовіту за неефективності консервативного лікування впродовж 6-8 міс; лізис та анкілозування в суглобах; деформації та патологічні установки в суглобах унаслідок вивихів та підвивихів. Залежно від ступеня

структурних порушень можуть виконуватися такі оперативні втручання: синовектомія, синовкапсулектомія, тенопластика, артропластика, ендопротезування, артродез, кісткова пластика.

НПЗП при ПсА рекомендовано застосовувати для зменшення симптомів артриту, ентезиту, дактиліту, спондиліту. Перед призначенням НПЗП потрібно ретельно оцінити ризики пацієнта з боку серцево-судинної та шлунково-кишкової систем. Препаратом вибору для лікування ПсА є етодолак, який добре переноситься і є ефективним. Етодолак (**Етол Форт**, **Етол SR**) має помірну селективність до циклооксигенази 2 типу (ЦОГ-2) і значно менше впливає на циклооксигеназу 1 типу (ЦОГ-1). Це забезпечує етодолаку нижчу кількість побічних ефектів з боку травної системи порівняно з неселективними НПЗП, а також більш високий профіль безпеки до можливих серцево-судинних ускладнень порівняно зі специфічними інгібіторами ЦОГ-2 (коксибами).

Етодолак (**Етол Форт SR**) чинить знеболювальний ефект у 4 рази швидше за диклофенак. Дія етодолаку розпочинається вже через 30 хв і триває 12 год. Згідно з даними Американської асоціації з вивчення болю, ефект 600 мг етодолаку (1 таблетка **Етол SR** 1 р/добу) зіставний з дією 150 мг диклофенаку, 200 мг ацеклофенаку, 90 мг еторикоксибу, 15 мг мелоксикаму. Порівняно з диклофенаком етодолак є більш безпечним для травної системи: частота виникнення болю в животі за умов прийому етодолаку в 7 разів менша, розвитку диспепсії – у 9 разів менша, ніж у разі застосування диклофенаку. Для збільшення та пролонгації знеболювального ефекту можна застосувати мікронізовану форму етодолаку в дозі 600 мг – препарат **Етол SR** знеболює 24 години, кратність прийому – 1 таблетка 1 р/добу.

Успішна клінічна ефективність та швидка знеболювальна дія помірно селективного до ЦОГ-2 препарату **Етол Форт** на тлі достатньої безпеки застосування і відсутності тяжких побічних ефектів як з боку шлунково-кишкового тракту, так і серцево-судинної системи дозволяє рекомендувати **Етол Форт** (етодолак) для широкого застосування в лікуванні пацієнтів з больовими синдромами не тільки при таких запальних хворобах суглобів, як остеоартроз, ревматоїдний, подагричний артрити, а й ПсА.

У хворих на ПсА застосування комплексної патогенетично обґрунтованої системи діагностики, відновного лікування та реабілітації дозволяє значно поліпшити результати терапії цього ускладнення псоріазу та, відповідно, якість життя.

Підготувала **Лариса Стрільчук**

Ознака	Оцінка	
	Присутня	Відсутня
2 рецидиви захворювання на рік	+4	-1
Швидкопрогресуючий перебіг загострень	+2	0
Тривалість останнього загострення до 6 міс	+7	-1
Постійний біль	+3	0
Синовіт суглоба	+7	0
Товщина синовіальної оболонки суглоба 4-6 мм	+5	-1
Товщина капсули суглоба 2 мм	+3	-1
Наявність контрактури	+5	-2
Вогнищева деструкція понад 25% поверхні суглоба	+4	-3
Порушення конгруентності	+2	-1

Объявление для тебя!

ЕСЛИ

- ты хочешь сделать свою жизнь интереснее, созидательнее, наполнить ее событиями и новым качеством...
- ты любишь общаться с людьми, с удовольствием пишешь на разные темы...
- ты врач или скоро им станешь, это объявление для тебя!

«Медицина газета «Здоров'я України» предлагает творческим, грамотным и ответственным людям с медицинским образованием, опытом работы в медицинской прессе (желательно) и умением логически мыслить работу в штате (для киевлян) или внештатно – написание статей/обзоров/интервью с возможностью время от времени ездить в командировки.

Всех желающих попробовать свои силы просим обращаться по телефону: +380 (67) 999 6587 или отправить резюме по электронному адресу: elvira26122011@gmail.com

Мы ждем всех, кто хочет стать частью команды, ищет интересную работу с гибким графиком и приятным вознаграждением.