

А.С. Свінцицький
О.А. Бур'янов
В.П. Кваша
Ю.В. Карнаух
В.В. Котюк

Національний
 медичний університет
 ім. О.О. Богомольця, Київ

КОМПЛЕКСНА ДІАГНОСТИКА ПСОРИАТИЧНОГО АРТРИТУ НА РАННІХ СТАДІЯХ ПАТОЛОГІЧНОГО ПРОЦЕСУ

Резюме. Псоріатичний артрит — самостійна нозологічна форма неспецифічного запального ураження опорно-рухового апарату при псоріазі, мультифакторіального генезу, спадкового характеру із хронічним прогресуючим перебігом, із різноплановими проявами ураження опорно-рухового апарату, шкіри, внутрішніх органів і систем, що призводить до тривалої втрати працездатності та стійкої інвалідизації пацієнтів. Дослідження базується на обстеженні й лікуванні 312 пацієнтів із різним ступенем тяжкості патологічного процесу і його поширеністю. Обстеження проводилося за єдиною схемою з використанням методик ортопедичної, дерматологічної діагностики та загальноприйнятих способів для виявлення порушень з боку внутрішніх органів і систем, які включали клінічні, лабораторні, імунологічні, біохімічні, сонографічні, рентгенологічні, денситометричні й термографічні методи. Інформативними способами діагностики на ранніх стадіях розвитку псоріатичного артрити є клінічний, імунологічний, біохімічний, сонографічний, денситометричний і термографічний.

Ключові слова: псоріатичний артрит, діагностика, клінічний, імунологічний, біохімічний, сонографічний, денситометричний і термографічний методи дослідження.

ВСТУП

Псоріатичний артрит (ПА) — самостійна нозологічна форма неспецифічного запального ураження апарату руху та опори при псоріазі, мультифакторіального генезу, спадково схильного характеру з хронічним прогресуючим рецидивним перебігом, з різноплановими проявами ураження апарату руху та опори (АРО), шкіри, внутрішніх органів та систем, що призводить до довготривалої втрати працездатності та стійкої інвалідизації пацієнтів (30%) (Бур'янов А.А., Кваша В.П. (ред.), 2009).

Клінічна картина ПА, особливо в дебюті, має багато спільних ознак з іншими колагенозами, що створює значні труднощі при діагностиці. Своєчасний і правильний діагноз встановлено лише у 6,2% хворих з розповсюдженим псоріазом у прогресуючій стадії. За даними В.Н. Мордовцева, А.С. Сергєєва (1985) у 5–7% випадків діагноз був помилковим навіть при наявності виражених проявів ураження АРО та псоріазу. Серед неправильних первинних діагнозів найчастіше відзначали РА — 41,2% і ревматизм — 15,6%, рідше — деформуючий артроз, хворобу Бехтерева, Рейтера тощо. Ще більші розбіжності в діагностиці виявляють у тому разі, коли ураження АРО передують шкірним проявам — до 78,6% (Мордовцев В.Н. і соавт., 1985; Агабабова Э.Р. і соавт., 1989).

Окрім цього, суттєві труднощі при діагностиці зумовлені невизначеністю ланок патогенезу захворювання та відсутністю єдності в поглядах на ПА як нозологічну одиницю. Досі не існує критерію, який на 100% є специфічним для цього захворювання, тому повноцінний та своєчасний діагноз можливий лише при комплексному

та цілеспрямованому обстеженні пацієнтів після всебічного та послідовного аналізу отриманих результатів з обов'язковим залученням суміжних спеціалістів, перш за все — лікаря-дерматолога. Напевно, немає жодного симптому ПА, відносно якого не існує щонайменше двох точок зору. Так, якщо М.Х. Хамідова, Д.О. Обляяров (1988) вважають характерним для ПА відсутність вранішньої скутості, то Ute Bárta та співавтори (1982) виявляють її у 78% хворих, а Marco A. Cimmino та співавтори (2005) навіть визначили її середню тривалість при ПА (70,4±55,7 хв). Поряд із цим, своєчасна і правильна діагностика ПА, особливо на ранніх стадіях захворювання, забезпечує не лише патогенетично зумовлене лікування, але й створює умови для всебічних профілактичних та реабілітаційних заходів. Clayton A. Peimer (2000) вважає, що у кожного хворого на псоріаз із запальним артритом суглобів має бути запідозрений ПА, а детальне обстеження цього пацієнта необхідне, оскільки псоріатичні висипання іноді можуть бути незначними і локалізуватись у періанальній або припупкової зонах і бути несподіваними навіть для самого хворого (Ute Bárta et al., 1982; Хамідова М.Х., Обляяров Д.О., 1988; Clayton A. Peimer, 2000; Cimmino A. Marco et al., 2005).

Відсутність специфічних ознак ПА спонукала багатьох дослідників до відпрацювання диференційних критеріїв. Однак ці критерії не завжди дозволяють правильно встановити діагноз. Так, класичний (згідно з критеріями Mathies) ПА, на думку Л.С. Трушина (1983), відзначають лише у 17% випадків, у той час як на практиці часто виявляються й інші варіанти псоріатичних уражень суглобів, що потребують проведення диференційної діагностики. Чутливість інших критеріїв — Moll та Wright (61%), Amor, Ев-

ропейської групи дослідження спондилоартропатії (European Spondyloarthritis Study Group) вважають низькою. Пояснюють це зокрема тим, що досить значна частина хворих на ПА із проявами лише периферичного ентезиту, тендиніту ахілового сухожилка або дактиліту не підпадають під діагностичні критерії Moll та Wright й ESSG (Трушина Л.С. и соавт., 1983; Коваленко В.Н., 1999).

Оскільки для ПА відсутні специфічні ознаки, діагностика захворювання, особливо на ранніх стадіях патологічного процесу, є актуальним питанням, від вирішення якого залежить своєчасне і адекватне лікування та профілактичні заходи.

Мета роботи — покращити якість діагностики ПА на ранніх стадіях патологічного процесу шляхом розробки комплексного обстеження на основі аналізу інформативності способів, які застосовуються.

ОБ'ЄКТ І МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

Дослідження базується на обстеженні та лікуванні 312 пацієнтів із ПА з різним ступенем активності процесу, його поширеністю і тяжкістю ураження АРО.

Хворих чоловічої статі було 183 (58,6%), жіночої — 129 (41,4%) у співвідношенні — 1,4.

ПА частіше розвивається у пацієнтів молодого віку (30–59 років), що становить 76,59%.

Обстеження проводили за єдиною схемою та з використанням методик ортопедичної, дерматологічної діагностики, також проводили неврологічне обстеження і використовували загальноприйняті способи для виявлення порушень з боку внутрішніх органів та систем, які включали клінічні, лабораторні, імунологічні, біохімічні, сонографічні, рентгенологічні, денситометричні та термографічні методи.

При вивченні анамнезу визначались особливості дебюту захворювання, тривалість і характер перебігу до звернення у клініку, наявність фактора спадковості, характер та особливості перебігу псоріазу, хронічні інфекційні захворювання в минулому, травми, стреси, негативний вплив факторів зовнішнього середовища, вроджені та набуті захворювання АРО, хвороби сполучної тканини, урогенітальної сфери, характер професійних та побутових навантажень, оперативні втручання тощо.

Ступінь тяжкості захворювання визначали за загальноприйнятною класифікацією (Бурьянов А.А., Кваша В.П. (ред.), 2009).

Статистичний аналіз результатів проводили за допомогою програми для статистичної обробки даних Statistica 6/0. Процедуру послідовного статистичного аналізу виконували за допомогою пакета Microsoft Office 2000. Для визначення статистично значимих різниць між окремими групами вибірки використовували U-критерій Манна — Уїтні, а розрахунки частоти градацій ознак і подальший статистичний аналіз проводили за методом Є.В. Гублера (1978).

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Середній вік початку захворювання становив $\bar{x}=31,97$ року, тривалість псоріазу — $\bar{x}=17,17$ року, ПА — $\bar{x}=9,39$ року.

У 268 (85,9%) хворих шкірні прояви передували ураженням АРО, у 22 (7,05%) виникали одночасно, у 22 (7,05%) — шкірні прояви виникали після ураження АРО.

За поширеністю уражень переважав поліартрит, який було констатовано у 272 (87,2%), відповідно моноартрит — у 40 (12,8%) пацієнтів.

Ураження суглобів хворі здебільшого пов'язують із негативним поєднаним впливом декількох чинників, серед яких найчастіше відзначають стрес — 70,7%, переохолодження — 39,7%, інфекцію, у тому числі гостру ангіну чи хронічний тонзиліт — 36,2%, обтяжливий алергічний анамнез у 5,2%, травма — 1,72%, вагітність — 3,45%.

Встановлення фактора спадковості та його типу дозволяє визначити ступінь ризику для сибсів і потомства пробандів і має велике значення для медико-генетичного консультування пацієнтів з метою профілактики та прогнозу перебігу захворювання, подальшого планування тактики лікування та реабілітації. Спадковий фактор був достовірно встановлений у 6,9% пацієнтів.

Переважає перебіг захворювання з рецидивами 2 рази на рік — 156 (50%), ≥ 3 разів — 100 (32,0%), < 2 разів — 48 (15,4%), без рецидивів захворювання — 8 (2,6%) пацієнтів.

У більшості випадків — 257 (82,4%) пацієнтів — перебіг ПА був повільно прогресуючим, у 55 (17,6%) хворих — швидко прогресуючим.

Початок захворювання характеризується хронічним або підгострим перебігом, а клінічна картина — мізерними проявами ураження АРО, які мають нестійкий перехідний характер. Пацієнти скаржаться на помірний біль та короткочасну ранкову скутість, незначне та нестійке почервоніння в ділянці суглоба (суглобів), обмеження функції, набряк параартикулярних тканин. Характерною ознакою є асиметричне ураження суглобів. Осьове ураження трьох суглобів одного пальця виникає значно пізніше і має різний характер ураження, стадію та активність процесу в кожному із суглобів.

Характерною скаргою є біль у м'язах, який пацієнти пов'язують із фізичними перенавантаженнями.

Вищезазначені симптоми досить швидко зникають самостійно або після короткочасного застосування НПЗП. Незважаючи на короткочасний термін та малу інтенсивність первинного запального ураження суглоба (суглобів), у період ремісії в більшості випадків лишаються стійкі дефігурація та деформация суглобів, збільшення їх обсягу за рахунок набряку та проліферативних змін у параартикулярних м'яких тканинах із незначними залишковими обмеженнями функції та гіпотрофією м'язів.

На цій стадії захворювання пацієнти не звертаються до ортопедів-травматологів, лікування

носить характер симптоматичного, що призводить до втрати часу для проведення профілактичних заходів.

З часом клінічні прояви ПА стають більш вираженими. Перебіг процесу характеризується стійким, інтенсивним, прогресуючим та генералізованим характером, частими рецидивами, зменшенням терміну ремісії. Хворі скаржаться на постійний (60%), тупий (53,3%) біль у суглобах. Періодичний біль відзначають 23,3% пацієнтів, нападopodobний у поєднанні з постійним — 3,3%, гострий біль — 23,3%, гострий у поєднанні з тупим — 13,3%, не відчувають біль (лише набряк) — 6,7%. Біль вранці відмічають 23,3% хворих, ввечері — у 6,7%, вночі — 6,7%, вранці та ввечері — у 13,3%, ввечері та вночі — 10%, цілодобово — 20%. У 36,7% хворих біль призводив до порушення сну. Оцінюючи ступінь болю за 5-бальною шкалою, встановлено, що середній рівень болю $\bar{X}=3,1$ бала. Ранкова скутість у більшості пацієнтів — 96,6%.

Клінічно визначаються потовщення параартикулярних тканин, ознаки хронічного синовіту, який має стійкий характер із частими рецидивами (рис. 1).



Рис. 1. Хронічні синовіти суглобів верхніх та нижніх кінцівок

Патогномонічною клінічною ознакою ПА є симптом осевого ураження — артрит 3 суглобів одного пальця кисті (сосископодібний палець) та стопи (редископодібний палець), що спостерігається у 28,7% хворих (рис. 2).



Рис. 2. Сосископодібні та редископодібні пальці

З подальшим розвитком уражень АРО як наслідок змін у параартикулярних тканинах і деструктивних процесів у суглобах (лізис або анкілозування в суглобах), виникають значні різноспрямовані деформації (рис. 3).



Рис. 3. Різноспрямовані деформації пальців

Деструктивні процеси в ділянці суглобових кінців призводять до виникнення підвивихів та вивихів фаланг пальців кисті, порушення функції: від патологічної рухливості в одному із суглобів до значного обмеження та анкілозування розташованого поряд (лізис п'ястково-фалангових, проксимальних міжфалангових та анкілозування дистальних міжфалангових суглобів) з утворенням деформації кисті, що спостерігались у 34,5% пацієнтів.

У 222 (71,2%) пацієнтів відзначали обмеження рухів. На фоні контрактур виявляли і гіпотрофію м'язів, обмеження їх сили: >75% — 132 (59,7%), 50–75% — 59 (26,4%), <50% — 31 (13,9%) пацієнт.

Характерним клінічним симптомом є ураження нігтьових пластинок, яке виявили у 93,8% хворих, у вигляді крапкових вдавлень — наперсткоподібний ніготь, або у вигляді потовщення вільного краю нігтьової пластинки із втратою її природнього лоску, ламкістю, піднігтьовим гіперкератозом — оніхогрифоз. Здебільшого їх ураження передують проявам артриту, що є важливим діагностичним і прогностичним критерієм. Поширеність уражень шкіри при псоріазі та патологічні зміни АРО не мають достовірного зв'язку (рис. 4.)



Рис. 4. Типове ураження нігтів кистей та стоп

Характерним є ураження внутрішніх органів із різним ступенем порушення функції та локалізацією. Патологія печінки та шлунково-травного тракту (від функціональних розладів до гепатитів та цирозу) виявлена у 35,9% пацієнтів, серцево-судинної системи — у 37,5%, нирок (дифузний гломерулонефрит, амілоїдоз тощо) — до 50% пацієнтів, різноманітні ендокринні порушення (цукровий діабет, гіпертиреоз тощо) — 10,94%, ЦНС — 3,1%.

Аналіз результатів лабораторних методів обстеження свідчить про зменшення кількості тромбоцитів, виражену диспротеїнемію за рахунок зниження вмісту альбумінів та одночасну гіпергаммаглобулінемію, а також відхилення від норми інших показників, які вказують на порушення з боку внутрішніх органів та систем.

Імунологічне дослідження проведено у 276 пацієнтів. Проведені дослідження свідчать про сут-

теві порушення системи імунного гомеостазу аутоімунного генезу, що підтверджується змінами клітинних та гуморальних факторів імунітету: лімфоцитів, моноцитів, Т-лімфоцитів, Т-активних, Т-хелперів, Т-супресорів, співвідношення Т/Та, співвідношення Тх/Тс, IgA, IgM, IgG, циркулюючих імунних комплексів (ЦІК). Так, хелперно-супресорний коефіцієнт (Тх/Тс) виявився <1,8 у 16,7% хворих, >2,0 — у 72,2%, >3,0 — у 11,1%; середній рівень IgA становив $\bar{x}=1,98$ г/л, <1,6 рівень IgA був у 23,81% хворих; середній рівень IgG становив $\bar{x}=10,76$ г/л, <11,0 рівень IgG був у 47,62% хворих. Середній рівень ЦІК: $\bar{x}=174,29$.

Результати біохімічних досліджень щодо метаболізму мінеральної та органічної основи кісткової тканини у хворих на ПА свідчать про порушення катаболічних і синтетичних реакцій. Рівень кальцію залишається у межах норми, у той час як фосфору — був підвищений в усіх групах, незалежно від тривалості захворювання.

Рівень креатиніну, вільної та білково-зв'язаної фракції гідроксипроліну був об'єктивно знижений в усіх хворих. Загальна активність лужної фосфатази та її кісткового ізоферменту перебуває в межах норми у осіб із періодом захворювання <20 років, при періоді 21–30 років відзначається різке підвищення показників загальної лужної фосфатази.

Результати біохімічного обстеження підтверджують дані денситометричного обстеження. Так, у 40,0% пацієнтів із ПА показники стану кісткової тканини — у межах норми, у 47,0% — визначається остеопенія і лише у 13,0% випадків діагностується остеопороз.

Рентгенологічне обстеження проведено усім пацієнтам. Дані, отримані на різних стадіях захворювання, дозволили визначити ранні та пізні рентгенологічні ознаки. До початкових рентгенологічних проявів ПА належить підвищення щільності, порушення структури та потовщення параартикулярних тканин; нерівномірне звуження суглобової щілини; остеопороз в ділянці епіметафізів кісток; крайова резорбція (узурі) горбистостей дистальних фаланг. Помірне звуження суглобової щілини виявлено у 108 (34,6%), значне — у 48 (15,4%) пацієнтів. Деструктивні зміни у суглобах у вигляді порушень цілісності замикальних пластин, вогнищевої деструкції в епіметафізах виявлено у більшості хворих — у 79,7 та 82,0% відповідно. Порушення конгруентності в суглобах у вигляді підвищух та вивиху констатовано у 84 (27,0%) пацієнтів.

Однією з важливих діагностичних ознак ПА є сакроілеїт (53,2% пацієнтів), який характеризується субклінічним перебігом, асиметричним ураженням, нерівномірним звуженням суглобової щілини до повного її зникнення, нерівністю, нечіткістю, ділянки остеосклерозу чергуються з ділянками остеолізу, частковим або повним руйнуванням замикаючих пластин, ознаками субхондрального склерозу (рис. 5).

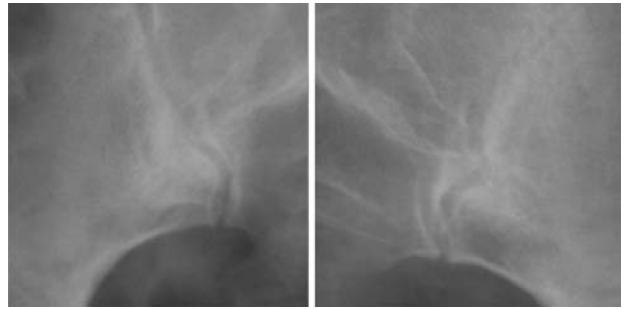


Рис. 5. Ураження іліосакрального суглоба

Високоінформативним способом діагностики є магнітно-резонансна томографія (МРТ), яка дозволяє провести структурний аналіз (рис. 6) як кісткових, так і м'якотканних структур (потовщення синовіальної оболонки, патологічні зміни хряща та епіметафізів кісток).

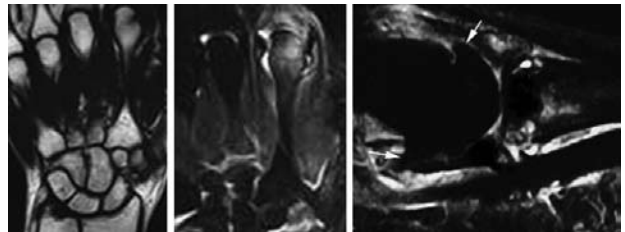


Рис. 6. Характерні зміни при ПА кисті на фрагментах МРТ

Однак слід зауважити, що на ранніх стадіях розвитку структурно-функціональних порушень в суглобах кисті при ПА рентгенологічні ознаки мають малу інформативність. Найбільш доцільним у діагностичному та лікувальному плані є сонографічне обстеження, яке було проведене у 183 пацієнтів. Це ультразвукове дослідження дозволяє візуалізувати м'язеву тканину, сполучнотканні утворення, хрящову тканину, екссудат в суглобах, навколосуглобових сумках, його кількість, стан синовіальних оболонок, кісткову тканину, нерви та судини, рідину тощо. Запропонована методика оцінки сонограм дала змогу не лише констатувати зміни тканин, але й встановлювати ступінь тяжкості (I, II, III) патологічного процесу.

Сонографічні ознаки запального процесу в II п'ястково-фаланговому суглобі кисті наведено на рис. 7.



Рис. 7. Сонографічні ознаки запального процесу в II п'ястково-фаланговому суглобі кисті. Збільшені: довжина дорзального метакарпального синовіального мішка; висота дорзального метакарпального синовіального мішка; висота синовіального мішка на рівні горбика голівки п'ясткової кістки; висота дорзальної трикутної структури

При сонографічному обстеженні в усіх хворих визначали потовщення синовіальної оболонки та капсули суглоба різного супеня, потоншення хряща — у 66,2% пацієнтів. Виражені проліферативні зміни з потовщенням синовіальної оболонки виявлені

у 89,7% хворих і мали прямий зв'язок із тривалістю захворювання та частотою рецидивів.

Об'єктивним підтвердженням наявності запального процесу є термографія, застосована у 123 пацієнтів. Так, у 87,5% хворих на ПА при ураженнях кисті спостерігається відносна гіпертермія нігтьових фаланг, особливо в ділянці нігтьових пластинок, що зумовлено ураженням нігтів та ентезитом (рис. 8).

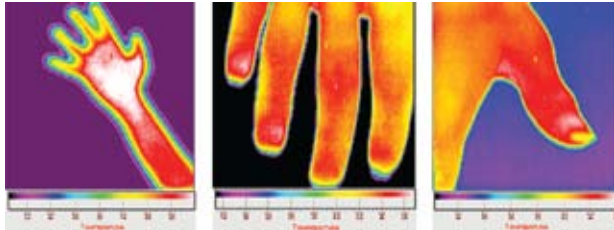


Рис. 8. Термограма кисті та пальців у хворого на ПА

Оцінюючи ознаки перебігу захворювання слід відмітити, що інформативною серед них є характер загострення ($I=1,60$), а в групі градацій за цією ознакою — кількість рецидивів — двічі на рік складала $DK=-4$; $I=0,42$, тривалість останнього загострення — 6 міс ($DK=-7$; $I=1,45$). Серед ознак, які характеризують больовий синдром, найбільш інформативною була характеристика проявів болю ($I=1,84$), а в групі градацій — постійний ($DK=-3$; $I=0,84$) і нападopodobний біль ($DK=6$; $I=1,08$).

У групі ознак, які характеризують суглобовий синдром, найбільша інформативність належить таким: синовіт суглоба ($DK=-7$; $I=2,18$) та товщина капсули суглоба — ($I=1,52$).

У групі ознак, які характеризують функцію суглобів, інформативними і прогностично вагомими для вибору методу лікування був об'єм рухів: наявність обмеження рухів у суглобі ($I=1,64$), у градаціях $5-15^\circ$ ($DK=-5$; $I=0,35$), $45-90^\circ$ ($DK=2$; $I=1,02$).

Серед рентгенографічних ознак найбільш інформативними та прогностично важливими є кількісна ознака: вогнищева деструкція суглобових поверхонь у відсотках ($I=1,68$), у градації ураження $\geq 25\%$ суглобової поверхні ($DK=-4$; $I=0,38$), відсутність явищ деструкції ($DK=3$; $I=0,71$) та кількісна ознака ($I=1,14$) у градації її наявності ($DK=-2$; $I=0,36$).

ВИСНОВКИ

Діагностика ПА на ранніх стадіях патологічного процесу мала бути індивідуальною і комплексною, включати лабораторні та інструментальні способи обстеження. Високу інформативність мають клінічний, біохімічний, імунологічний, денситометричний, сонографічний та термографічний способи дослідження. Всебічний та порівняльний аналіз отриманих даних дозволяє встановити правильний та своєчасний діагноз, що є підґрунтям для патогенетичного лікування та профілактики.

ЛІТЕРАТУРА

- Агабабова **Э.Р.**, Бадюкин **В.В.**, Эрдес **Ш.** и др. (1989) Разработка и апробация диагностических критериев псориатического артрита. Тер. архив, 12: 117–121.
- Бурьянов **А.А.**, Кваша **В.П.** (ред.) (2009) Псориатический артрит (вопросы генезиса, диагностика и лечение). Ленвит, Киев, 234 с. — Библиогр. 17 с.

Гублер **Е.В.** (1978) Вычислительные методы анализа и распознавание патологических процессов. Медицина, Киев, 294 с. — Библиогр. 13 с.

Коваленко **В.Н.** (1999) Ревматические болезни: критерии диагностики и программы лечения. Киев, 124 с.

Мордовцев **В.Н.**, Сергеев **А.С.**, Ибрагимов **Ш.И.** (1985) Эпидемиологические и клинико-генетические исследования артропатической и обычной формы псориаза. Вестн. дерматол. и венерологии, 5: 11–15.

Трушина **Л.С.**, Агабабова **Э.Р.**, Копьева **Т.П.** и др. (1983) Клинические варианты и морфологическая картина суставного синдрома у больных псориазом. Терапев. архив, 2: 134–136.

Хамидова **М.Х.**, Обляров **Д.О.** (1988) Псориатическая артропатия. Мед. журн. Узбекистана, 11: 44–46.

Симмино **А.**, Марко **Parodi Massimiliano**, Innocenti **Stefania et al.** (2005) Dynamic magnetic resonance of the wrist in psoriatic arthritis reveals imaging patterns similar to those of rheumatoid arthritis. Arthritis Research & Therapy, 7 (4): 725–731.

Peimer **C.A.** (2000) Psoriatic arthritis, nail disease and pustules following Hodgkin's lymphoma. Rheumatology, 39(8): 930–931.

Ute **Bárta**, Knopf **B.**, Linde **Margot** (1982) Untersuchungen zu klinischen und röntgenologischen Kriterien bei Patienten mit Psoriasis arthropathica, Zeitschrift für Ärztliche Fortbildung, 76: 955–958.

КОМПЛЕКСНА ДІАГНОСТИКА ПСОРИАТИЧЕСКОГО АРТРИТА НА РАННІХ СТАДІЯХ ПАТОЛОГІЧЕСКОГО ПРОЦЕСА

А.С. Свинцицкий, А.А. Бурьянов, В.П. Кваша, Ю.В. Карнаух, В.В. Котюк

Резюме. Псориатический артрит — самостоятельная нозологическая форма неспецифического воспалительного поражения опорно-двигательного аппарата при псориазе, мультифакториального генеза, наследственного характера с хроническим прогрессирующим течением, с разноплановыми проявленными поражениями опорно-двигательного аппарата, кожи, внутренних органов и систем, что приводит к длительной потере трудоспособности и стойкой инвалидизации пациентов. Исследование базируется на обследовании и лечении 312 пациентов с разной степенью тяжести патологического процесса и его распространенностью. Обследование проводили по единой схеме с использованием методик ортопедической, дерматологической диагностики и общепринятых способов для выявления нарушений со стороны внутренних органов и систем, которые включали клинические, лабораторные, иммунологические, биохимические, сонографические, рентгенологические, денситометрические и термографические методы. Информативными способами диагностики на ранних стадиях развития псориатического артрита являются клинический, иммунологический, биохимический, сонографический, денситометрический и термографический.

Ключевые слова: псориатический артрит, диагностика, клинический, иммунологический, биохимический, сонографический, денситометрический и термографический методы исследования.

COMPLEX DIAGNOSTICS OF PSORIATIC ARTHRITIS IN EARLY STAGES OF PATHOLOGICAL PROCESS

A.S. Svintsitskiy, O.A. Buryanov,
V.P. Kvashsa, Y.V. Karnauh, V.V. Kotiuk

Summary. Psoriatic arthritis is a separate clinical entity of nonspecific inflammatory affection of the locomotor system in psoriasis. The disease is multifactorial by its etiology, has the features of genetic pathology with chronic progressive course, different manifestations of affection of the locomotor system, the skin, internal organs and systems. These lead to protracted incapacitation and permanent disability of the patients. The survey is based on the inspection and treatment of 312 patients with different degree of the pathological process severity and

its incidence. Inspection of the patients was carried out accordingly to the single scheme with utilization of the methods of orthopedic and dermatological diagnosis and common methods of revealing failures of different organs and systems: clinical, laboratory, immunological, biochemical methods, ultrasonography, X-ray examination, densitometry, thermography.

Key words: psoriatic arthritis, diagnostics, clinical, immunological, biochemical methods, ultrasonography, X-ray examination, densitometry, thermography.

Адреса для листування:

Кваша Володимир Петрович
03039, Київ, просп. 40-річчя Жовтня, 48, к. 19

РЕФЕРАТИВНА ІНФОРМАЦІЯ

«Pfizer» рассказала о новом продуктивном портфеле после поглощения «Wyeth»

По материалам www.pfizer.com;
www.washingtonpost.com

Руководство «Pfizer Inc.» раскрыло детальные особенности продуктового портфеля компании после поглощения корпорации «Wyeth». В своем заявлении американская мультинациональная корпорация сообщила, что сократила около 100 проектов объединенного с «Wyeth» продуктового портфеля. Теперь портфолио состоит из 500 проектов, из которых 70% сосредоточены на шести приоритетных областях — лечении диабета, онкологических, психических, воспалительных заболеваний, боли и болезни Альцгеймера.

Портфолио биологических препаратов теперь содержит шесть вакцин и 27 биопрепаратов вместо 1 вакцины и 16 биопрепаратов, о которых «Pfizer» заявляла почти год назад. Из оставшихся 500 проектов 75% находятся на финальной стадии разработки и включают 34 совершенно новых соединений и новых показаний к применению. В целом, компания располагает 30 соединениями на разных стадиях разработки для применения в онкологии, 10 соединениями, разрабатывающимися для лечения болезни Альцгеймера, 8 — для лечения боли и 11 — воспалительных заболеваний.

По замечанию Мартина Маккея (Martin Mackay), президента подразделения «PharmaTherapeutics Research&Development», самым жарким временем для компании «Pfizer» станут 2011 и 2012 г., когда придет время выведения на рынок новых продуктов.

Кроме того, компания объявила, что отозвала из Управления по контролю за пищевыми продуктами и лекарственными средствами США (Food and Drug Administration) свою заявку на одобрение расширения показаний применения препарата Lyrica®/Лирика (прегабалин) в качестве дополнительной терапии генерализованной формы тревожного расстройства.

Novo Nordisk начинает исследование пероральной формы GLP-1

По материалам www.novonordisk.com;
www.pharmanews.eu

Датская компания Novo Nordisk A/S объявила о начале своего первого клинического исследования I фазы пероральной формы аналога человеческого глюкагоноподобного пептида-1 (glucagon-like peptide-1 — GLP-1) пролонгированного высвобождения. Препарат-кандидат известен под кодовым названием NN9924. За использование в данном препарате инновационной технологии Eligen® Technology датская компания осуществит выплату промежуточных платежей в размере 2 млн дол. США американской биотехнологической компании «Emisphere Technologies Inc.» (Сидер-Нолл, штат Нью-Джерси).

GLP-1 является естественным гормоном, влияющим на уровень глюкозы в крови. Стимулирование выделения инсулина происходит в случае, если уровень глюкозы в крови становится слишком высокими. У людей с сахарным диабетом II типа зачастую снижена секреция GLP-1.

Целью исследования, которое планируется провести в Великобритании с участием около 155 человек, является изучение профиля безопасности и биодоступности NN9924 у здоровых добровольцев. Предполагается, что о полученных результатах будет сообщено в 2011 г.

Существует множество сложностей в разработке пероральной формы GLP-1, особенно касательно его биодоступности. Использование технологии Eligen® Technology при создании пероральной формы препарата-кандидата NN9924 позволило решить некоторые из ключевых проблем, в частности облегчить поступление GLP-1 из кишечника.

В июне 2008 г. Novo Nordisk и «Emisphere Technologies» заключили лицензионное соглашение о разработке и коммерциализации пероральной формы аналогов GLP-1, принадлежащих датской компании, с использованием инновационной технологии Eligen® Technology.