

О.А. Бур'янов
В.П. Кваша
В.В. Котюк
Д.А. Чекушин

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

ДІАГНОСТИКА ПСОРІАТИЧНОГО АРТРИТУ НА РАННІХ СТАДІЯХ ПАТОЛОГІЧНОГО ПРОЦЕСУ

Ключові слова: псоріатичний артрит, діагностика, сонографічне і термографічне дослідження.

Актуальність. Псоріатичний артрит — самостійна нозологічна форма неспецифічного запального ураження апарату руху та опори при псоріазі групи серонегативних спондилоартритів, мультифакторіального генезу, спадково схильного характеру із хронічним прогресуючим рецидивним перебігом — призводить до тривалої втрати працездатності та стійкої інвалідизації пацієнтів. Клінічна картина захворювання, особливо в дебюті, має багато спільних ознак з іншими колагенозами, що створює значні труднощі при діагностиці. **Мета:** об'єктивізувати діагностику ранніх стадій псоріатичного артрити шляхом стандартизування термографічного та ультрасонографічного досліджень та визначення характерних параметрів. **Матеріали та методи.** Враховуючи недостатню інформативність рентгенологічного дослідження на початкових стадіях розвитку захворювання для об'єктивізації субклінічних проявів використовували ультразвукове і термографічне дослідження. **Результати та їх обговорення.** На початку дослідження на добровольцях були визначені середньостатистичні розміри суглобових структур, що забезпечило об'єктивізацію дослідження та визначити ступінь їх ураження у пацієнтів із псоріатичним артритом на ранніх стадіях. **Висновки.** Визначення параметрів шляхом сонографічного дослідження основних суглобових структур в нормі дає змогу об'єктивувати контроль за перебігом патологічного процесу, ефективністю лікування та встановити чіткі показання до оперативного лікування. Термографічне дослідження, незважаючи на відсутність специфічних критеріїв, є одним із додаткових досліджень у хворих на псоріатичний артрит, особливо за необхідності документального підтвердження діагнозу на дорентгенологічній стадії та при субклінічному перебігу патологічного процесу.

ВСТУП

Псоріатичний артрит (ПА) — самостійна нозологічна форма неспецифічного запального ураження апарату руху та опори (АРО) при псоріазі (П) групи серонегативних спондилоартритів, мультифакторіального генезу, спадково схильного характеру із хронічним прогресуючим рецидивним перебігом, що призводить до тривалої втрати працездатності та стійкої інвалідизації пацієнтів [1].

ПА виявляють у 5–60% хворих на П, чоловіки і жінки хворіють однаково часто. Захворювання може виникати в будь-якому віці, але частіше — у найбільш працездатному (від 30 до 55 років), тому питання профілактики і лікування уражень АРО при П, особливо на ранніх стадіях захворювання, є актуальними з медичної та соціальної точок зору [3, 5, 8].

Суттєва відмінність статистичних даних пояснюється недосконалим знанням етіології та патогенезу патологічного процесу і як наслідок — плутанина в термінології, підходах при діагностиці та лікуванні [2, 4].

Незважаючи на суттєві досягнення у вивченні етіології та патогенезу цього захворювання, ціла низка питань остаточно не з'ясована. Основними чинниками розвитку захворювання є спадковість, порушення імунного статусу, мінерального обміну та метабо-

лізму сполучної тканини, осередки хронічної інфекції, порушення з боку різних органів та систем, психастенічні та невропатичні стани, негативний вплив фізичних факторів зовнішнього середовища (температура, радіація тощо), травматичні ушкодження. У цьому аспекті більш доказовою є точка зору на ПА як на процес мультифакторіального генезу, який зумовлений адитивною дією генетичних, імунологічних факторів зовнішнього середовища [1, 4, 6, 7, 11].

Клінічна картина ПА, особливо в дебюті, має багато спільних ознак з іншими колагенозами, що створює значні труднощі при діагностиці. У 5–7% випадків діагноз був помилковим навіть при значних ураженнях АРО за наявності ознак П. Ще більші розбіжності в діагностиці трапляються, коли ураження АРО передують шкірним проявам — до 78,6%, тому нагальною потребою для забезпечення адекватної та своєчасної діагностики є визначення комплексного підходу та розроблення діагностично-диференційних критеріїв захворювання [9, 10].

Таким чином, питання діагностики ПА загалом, а на ранніх стадіях патологічного процесу зокрема, є актуальним у сучасній ревмоортопедії, оскільки несвоєчасний діагноз призводить до розвитку незворотних змін та суттєво впливає на результат лікування.

Мета — об'єктивізувати діагностику ранніх стадій у хворих на ПА шляхом стандартизування термографічного (ТГД) та ультразвукографічного досліджень та визначення характерних параметрів.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Дослідження базується на результатах обстеження та лікування 252 пацієнтів із ПА на різних стадіях патологічного процесу. Пацієнтів чоловічої статі було 147 (58,3%), жіночої — 105 (41,7%) у співвідношенні 1,4:1. У 12 (4,76%) пацієнтів ураження опорно-рухового апарату (ОРА) передувало шкірним проявам; у 39 (15,48%) — розвиток обох захворювань був одночасним, а у 201 (79,76%) — клінічні прояви з боку ОРА виникали після шкірних проявів.

За поширеністю уражень переважав поліартрит, констатований у 220 (87,3%) пацієнтів, відповідно моно- та олігоартрит — у 32 (12,7%) хворих. Ураження ОРА при ПА частіше виникає в інтервалі від 1 до 3 років після шкірних проявів (38,45%) та від 10 до 30 років (28,85%).

Враховуючи недостатню інформативність рентгенологічного дослідження на початкових стадіях розвитку захворювання для об'єктивізації субклінічних проявів, на які пацієнти не звертають уваги, використовували ультразвукове (УЗД) і ТГД. УЗД проводили на установці ATL-300. При дослідженні використовували фазований лінійний датчик із частотою від 3,5 до 10 МГц. ТГД проводили на цифровому термографі розробки Інституту фізики напівпровідників ім. В.Є. Вашкарева Національної академії наук України та Інституту монокристалів Національної академії наук України. Фоточутлива матриця пристрою складалася із 256 x 290 елементів. Розміри кожного елемента — 50 мкм x 9,6 мкм. Окремо досліджували термограми кисті з тильного та долонного боку. Локалізацію точок вимірювання температури проводили за допомогою інтерактивної лінійки (програми MB-Ruler, wRuler 1.08, ScreenCalipers, JRulerPro). Статистична обробка даних виконувалася за допомогою програми Stat Soft Statistica 7.

Для об'єктивізації даних при відповідних обстеженнях визначено нормальні параметри структур, які досліджуються, шляхом обстеження 32 добровольців при УЗД, та 94 при ТГД (164 кисті, 118 долонних проекцій, 132 тильні проекції). Добровольці були чоловічої та жіночої статі віком від 29 до 57 років, які не мали патології суглобів, та на момент дослідження не було скарг стосовно кисті, не вияв-

лено будь-яких захворювань кисті під час огляду та в анамнезі, не було суттєвих травм, що могли б мати віддалені наслідки. Дослідження проводили згідно з вимогами Гельсінської декларації Всесвітньої медичної асоціації «Етичні принципи медичних досліджень за участю людини у якості об'єкта дослідження», Порядку проведення клінічних випробувань лікарських засобів та експертизи матеріалів клінічних випробувань і Типового положення про комісії з питань етики та інших відповідних законодавчих актів України.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Для стандартизації дослідження та кількісної оцінки ультразвукографічної картини оцінку ультразвукограм п'ястково-фалангових суглобів проводили шляхом вимірювання елементів суглоба (анатомічний препарат, схема і власне сонографічна картина п'ястково-фалангового суглоба пальця кисті) (рис. 1).

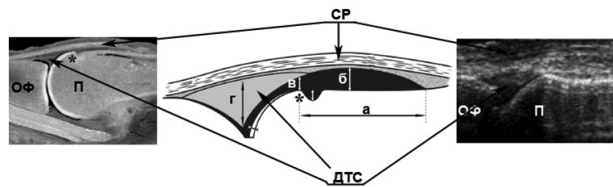


Рис. 1. Анатомічний препарат, схема і власне сонографічна картина п'ястково-фалангового суглоба пальця кисті: П — п'ясткова кістка; ОФ — основна фаланга; СР — сухожилок розгинача; ДТС — дорзальна трикутна структура; а — довжина дорзального метакарпального синовіального мішка; б — висота дорзального метакарпального синовіального мішка; в — висота синовіального мішка на рівні горбика голівки п'ясткової кістки; г — висота дорзальної трикутної структури

Сонографічні ознаки запального процесу у II п'ястково-фаланговому суглобі кисті представлені на рис. 2.

У табл. 1 наведені дані основних сонографічних параметрів у ділянці II–V п'ястково-фалангових суглобів кисті у здорових осіб.

Визначення параметрів основних суглобових структур у нормі дає змогу об'єктивувати контроль за перебігом патологічного процесу, ефективністю лікування та встановити чіткі показання до оперативного лікування, а саме синов- та синовкапсулектомії.

Залежно від рівня патологічних змін синовіальної оболонки та суглобової капсули п'ястково-фалангових суглобів, що відображають активність

Таблиця 1

Основні сонографічні параметри в ділянці II–V п'ястково-фалангових суглобів кисті здорових осіб

Параметр	П'ястково-фалангові суглоби, мм							
	II		III		IV		V	
	діапазон	середній	діапазон	середній	діапазон	середній	діапазон	середній
Довжина дорзального метакарпального синовіального мішка (а)	7,8–14,8	11,6	9,4–16,8	13,0	9,0–16,7	12,5	7,7–15,7	11,5
Висота дорзального метакарпального синовіального мішка (б)	0,8–3,4	2,1	1,5–3,5	2,6	1,5–2,9	2,3	1,6–2,9	2,2
Висота синовіального мішка на рівні горбика голівки п'ясткової кістки (в)	1,0–2,7	1,7	1,2–2,7	1,9	0,8–2,3	1,6	0,7–2,9	1,8
Висота дорзальної трикутної структури (г)	3,0–5,4	4,2	1,5–4,6	3,2	1,8–4,4	3,0	1,5–4,6	3,1

Сонографічні ознаки ступеня тяжкості ураження II–V п'ястково-фалангових суглобів кисті у хворих на ПА

Параметр	П'ястково-фалангові суглоби, мм								
	II		III		IV		V		
	діапазон	середній	діапазон	середній	діапазон	середній	діапазон	середній	
Довжина дорзального метакарпального синовіального мішка (а)	I ст.	14,9–15,8	15,35	16,9–17,8	17,35	16,8–17,7	17,25	15,8–16,7	16,25
	II ст.	15,9–16,8	16,35	17,9–18,8	18,35	17,8–18,7	18,25	16,8–17,7	17,25
	III ст.	>16,8		>18,8		>18,7		>17,7	
Висота дорзального метакарпального синовіального мішка (б)	I ст.	3,5–3,8	3,65	3,6–3,9	3,75	3–3,3	3,15	3–3,3	3,15
	II ст.	3,9–4,2	4,05	4–4,3	4,15	3,4–3,7	3,55	3,4–3,7	3,55
	III ст.	>4,2		>4,3		>3,7		>3,7	
Висота синовіального мішка на рівні горбика голівки п'ясткової кістки (в)	I ст.	2,8–3,0	2,9	2,8–3,0	2,9	2,4–2,5	2,45	3,0–3,1	3,05
	II ст.	3,1–3,2	3,15	3,1–3,2	3,15	2,6–2,7	2,65	3,2–3,3	3,25
	III ст.	>3,2		>3,2		>2,7		>3,3	
Висота дорзальної трикутної структури (г)	I ст.	5,5–5,9	5,7	4,7–5,1	4,9	4,5–4,9	4,7	4,7–5,1	4,9
	II ст.	6,0–6,4	6,2	5,2–5,6	5,4	5,0–5,4	5,2	5,2–5,6	5,4
	III ст.	>6,4		>5,6		>5,4		>5,6	

локального запального процесу, пацієнти були розподілені на три групи (табл. 2).

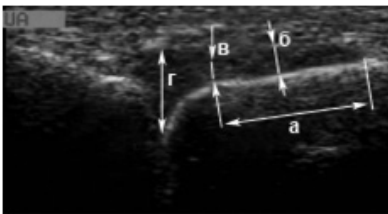


Рис. 2. Сонографічні ознаки запального процесу в II п'ястково-фаланговому суглобі кисті. Збільшені: а – довжина дорзального метакарпального синовіального мішка; б – висота дорзального метакарпального синовіального мішка; в – висота синовіального мішка на рівні горбика голівки п'ясткової кістки; г – висота дорзальної трикутної структури

Цифрова характеристика параметрів основних суглобових структур дає змогу визначити ступінь патологічного процесу та простежити динаміку розвитку. Порівняльний аналіз обох таблиць свідчить про суттєву відмінність показників навіть при I ступені патологічного процесу порівняно із середньостатистичною нормою.

Термографічне дослідження. Термографію кисті проводили по тильній та долонній поверхні. Термографічне обстеження проведено у 46 хворих з ураженнями кисті при ПА на ранніх стадіях. Термографічна картина кисті в нормі та стандартні точки дослідження представлені на рис. 3.

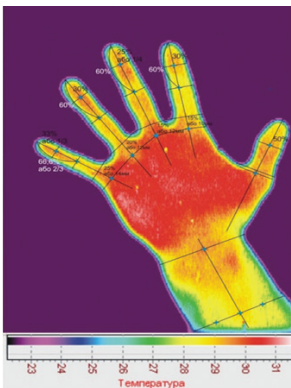


Рис. 3. Термографічна картина кисті в нормі, точки дослідження

Результати ТГД у нормі представлені в табл. 3.

Результати термографії у хворих на ПА представлено в табл. 4.

Результати ТГД у нормі

Точка виміру	Гradient температури, °С	Середнє квадратичне відхилення, °С	Розмах варіаційного ряду			
			мін	макс	95% довірчий інтервал (ДІ –95%)	95% ДІ (+95%)
Долонна поверхня						
1 ПФС	0,95	1,38	-1,76	5,45	0,69	1,20
1 МФС	1,65	2,015	-2,1	8,24	1,28	2,01
2 ПФС	1,33	1,56	-2,01	5,29	1,05	1,62
2 ПМФС	1,95	1,98	-1,93	6,98	1,59	2,31
2 ДМФС	2,24	2,16	-1,93	8,46	1,84	2,63
3 ПФС	1,35	1,61	-1,38	5,46	1,06	1,65
3 ПМФС	1,98	1,98	-1,75	7,39	1,62	2,35
3 ДМФС	2,28	2,22	-1,93	8,77	1,88	2,69
4 ПФС	1,46	1,65	-1,77	5,77	1,16	1,76
4 ПМФС	2,14	2,09	-1,69	8,94	1,76	2,52
4 ДМФС	2,47	2,26	-2,10	9,36	2,069	2,88
5 ПФС	1,8	1,84	-2,00	6,82	1,48	2,15
5 ПМФС	2,32	2,19	-2,41	9,36	1,92	2,72
5 ДМФС	2,62	2,35	-2,00	9,36	2,19	3,05
Тильна поверхня						
1 ПФС	0,37	1,37	-3,76	5,45	0,13	0,60
1 МФС	1,08	2,07	-3,79	8,24	0,72	1,43
2 ПФС	1,27	1,67	-2,41	7,38	0,98	1,55
2 ПМФС	1,78	2,30	-4,07	8,04	1,39	2,18
2 ДМФС	1,95	2,52	-4,27	8,26	1,51	2,38
3 ПФС	1,16	1,72	-2,48	7,38	0,86	1,46
3 ПМФС	1,67	2,38	-4,27	8,56	1,27	2,08
3 ДМФС	1,96	2,53	-3,52	8,84	1,53	2,40
4 ПФС	1,02	1,79	-2,62	8,04	0,71	1,33
4 ПМФС	1,64	2,40	-5,17	8,04	1,22	2,05
4 ДМФС	1,92	2,53	-5,00	8,31	1,48	2,35
5 ПФС	1,18	1,81	-3,79	8,04	0,87	1,49
5 ПМФС	1,84	2,27	-3,55	8,04	1,45	2,23
5 ДМФС	2,14	2,51	-4,34	8,84	1,70	2,57

ПФС – п'ястково-фаланговий суглоб; ПМФС – проксимальний міжфаланговий суглоб; ДМФС – дистальний міжфаланговий суглоб; МФС – міжфаланговий суглоб.

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. Частка цього симптому є досить вагомою, тому він може бути одним із критеріїв ПА з ураженнями суглобів кисті.

Таблиця 4

Результати термографії кисті у хворих на ПА

Точка виміру	Градiєнт температури, °С	Середнє квадратичне відхилення, °С	Розмах варіаційного ряду		95% ДІ (-95%)	95% ДІ (+95%)
			мін	макс		
Долонна поверхня						
1 ПФС	-1,58	0,73	-3,18	-0,58	-1,89	-1,26
1 МФС	-1,31	0,96	-2,76	0,31	-1,72	-0,89
2 ПФС	-1,06	1,02	-3,12	0,62	-1,50	-0,62
2 ПМФС	-0,80	1,43	-3,45	1,48	-1,42	-0,18
2 ДМФС	-0,48	1,56	-2,86	2,04	-1,15	0,20
3 ПФС	-1,12	0,69	-2,31	-0,07	-1,42	-0,82
3 ПМФС	-0,60	1,32	-2,79	1,38	-1,17	-0,03
3 ДМФС	-0,46	1,72	-3,13	2,50	-1,21	0,28
4 ПФС	-0,97	1,15	-2,82	0,45	-1,47	-0,47
4 ПМФС	-0,82	1,51	-2,77	1,58	-1,47	-0,17
4 ДМФС	-0,56	1,67	-2,63	2,18	-1,28	0,16
5 ПФС	-1,17	0,97	-2,98	0,17	-1,59	-0,75
5 ПМФС	-0,53	1,49	-2,78	1,86	-1,18	0,11
5 ДМФС	-0,25	1,69	-2,37	2,55	-0,98	0,48
Тильна поверхня						
1 ПФС	-2,03	1,35	-4,30	-0,31	-2,55	-1,52
1 МФС	-2,01	1,55	-4,57	0,28	-2,60	-1,42
2 ПФС	-1,53	1,49	-4,12	0,21	-2,10	-0,96
2 ПМФС	-1,68	1,97	-4,49	1,24	-2,43	-0,93
2 ДМФС	-1,63	2,10	-4,60	1,42	-2,43	-0,83
3 ПФС	-1,51	1,29	-3,42	0,10	-2,00	-1,02
3 ПМФС	-1,66	2,04	-4,49	1,21	-2,43	-0,88
3 ДМФС	-1,38	1,88	-3,88	1,51	-2,10	-0,66
4 ПФС	-1,65	1,45	-3,26	0,93	-2,20	-1,10
4 ПМФС	-1,51	1,90	-3,79	1,72	-2,23	-0,78
4 ДМФС	-1,43	1,90	-3,63	1,79	-2,15	-0,70
5 ПФС	-1,65	1,41	-3,54	0,41	-2,19	-1,12
5 ПМФС	-1,39	2,03	-4,55	1,79	-2,16	-0,62
5 ДМФС	-1,42	1,91	-4,31	1,73	-2,15	-0,69

ПФС – п'ястково-фаланговий суглоб; ПМФС – проксимальний міжфаланговий суглоб; ДМФС – дистальний міжфаланговий суглоб; МФС – міжфаланговий суглоб.

*Відмінність між результатами вимірювання градієнтів температури у стандартних точках, що відповідають проєкціям суглобів пальців кисті та променево-зап'ясткових суглобів у нормі та у хворих на ПА є статистично значимою.

На рис. 4 і 5 представлені термограми долонної та тильної поверхні, а також пальців кисті.

Температура у стандартних точках кисті у хворих на ПА підвищена, порівняно із нормою, — очікуваний симптом, однак підвищення температури спостерігалось в тому чи іншому ступені в усіх суглобах кисті, навіть без клінічних ознак запалення, що свідчить про поширеність патологічного процесу на більшість суглобів кисті.

ВИСНОВКИ

1. Визначення параметрів шляхом сонографічного дослідження основних суглобових структур у нормі дає змогу об'єктивувати контроль за перебігом патологічного процесу, ефективністю лікування та встановити чіткі показання до оперативного лікування, а саме синов- та синовкапсулектомій. Цифрова характеристика цих параметрів дає змогу визначити ступінь патологічного процесу та простежувати динаміку розвитку.

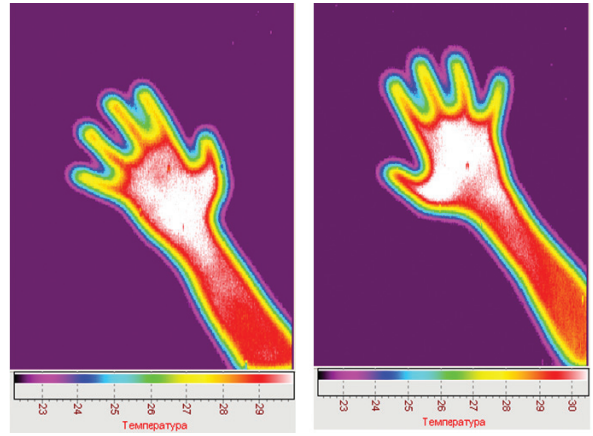


Рис. 4. Термограма долонної та тильної поверхні кисті хворого на ПА

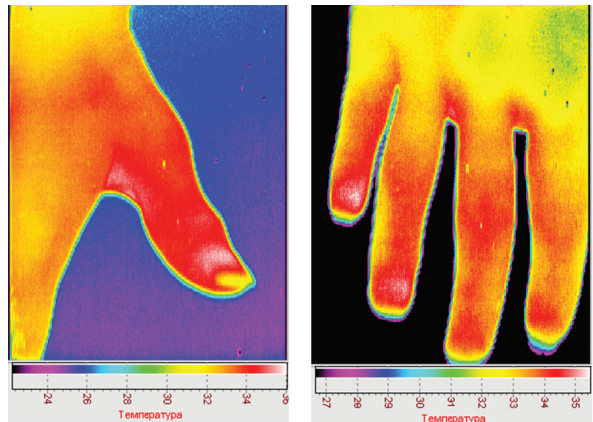


Рис. 5. Термограма пальців кисті хворої на ПА

2. ТГД, незважаючи на відсутність специфічних критеріїв, є одним із додаткових досліджень у хворих на ПА, особливо за необхідності документального підтвердження діагнозу на дорентгенологічній стадії та при субклінічному перебігу патологічного процесу. Отримані дані нормальної термографічної картини кисті та методика ТГД її суглобів можуть бути використані для обстеження суглобів кисті при інших запальних захворюваннях.

Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів у підготовці цієї статті.

СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Бурьянов А.А., Кваша В.П. (2009) Псориатический артрит: вопросы генезиса, диагностика, лечение. Ленвіт, Київ, 202 с.
2. Коротаева Т.В., Корсакова Ю.Л. (2018) Псориатический артрит: классификация, клиническая картина, диагностика, лечение. Науч.-практ. ревматол., 56(1): 60–69.
3. Мишина О.С., Коротаева Т.В. (2015) Заболеваемость псориатическим артритом в Российской Федерации: тенденции на современном этапе и перспективы. Науч.-практ. ревматол., 3(53): 251–257.
4. Степаненко Р.Л., Сизон О.О., Гичка С.Г. та ін. (2019) Псориаз (етіопатогенез, клінічні форми, патоморфологія, діагностика, лікування). Видавництво КІМ, Київ, 319 с.
5. Чамурлиева М.Н., Логинова Е.Ю., Коротаева Т.В. (2016) Выявляемость псориатического артрита у больных псориазом в дерматологической и ревматологической клинике. Совр. ревматол., 10(4): 47–50.
6. Coates L.C., Kavanaugh A., Mease P.J. et al. (2016) Group for Research Assessment of Psoriasis and Psoriatic Arthritis 2015 Treatment Recommendations for Psoriatic Arthritis. Arthritis Rheumatol., 68(5): 1060–1071.

7. Gladman D., Rigby W., Azevedo V.F. et al. (2017) Tofacitinib for Psoriatic Arthritis Patients with Inadequate Response to TNF Inhibitors. *N. Engl. J. Med.*, 377(16): 1525–1536.

8. Kristensen L.E., Jorgensen T.D., Christensen R. et al. (2017) Societal costs and patients' experience of health inequities before and after diagnosis of psoriatic arthritis: a Danish cohort study. *Ann. Rheum. Dis.*, 76(9): 1495–1501.

9. Mease P., Hall S., FitzGerald O. et al. (2017) Tofacitinib or Adalimumab versus Placebo for Psoriatic Arthritis. *N. Engl. J. Med.*, 377(16): 1537–1550.

10. Parisi R., Symmons D.P., Griffi C.E. et al. (2013) Identification and Management of Psoriasis and Associated Comorbidity (IMPACT) project team. Global epidemiology of psoriasis: a systematic review of incidence and prevalence. *J. Invest. Dermatol.*, 133(2): 377–385.

11. Schoels M.M., Aletaha D., Alasti F. (2016) Disease activity in psoriatic arthritis (PsA): defining remission and treatment success using the DAPSA score. *Ann. Rheum. Dis.*, 75(5): 811–818.

ДІАГНОСТИКА ПСОРИАТИЧЕСКОГО АРТРИТА НА РАННИХ СТАДИЯХ ПАТОЛОГИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА

А.А. Бурьянов, В.П. Кваша,
В.В. Котюк, Д.А. Чекушин

Национальный медицинский университет
им. А.А. Богомольца, Киев

Резюме. Актуальность. Псориатический артрит — самостоятельная нозологическая форма неспецифического воспалительного поражения аппарата движения и опоры при псориазе группы серонегативных спондилоартритов, мультифакториального генеза, наследственного характера с хроническим прогрессирующим рецидивирующим течением — приводит к длительной потере трудоспособности и стойкой инвалидизации пациентов. Клиническая картина, особенно в дебюте, имеет много общих признаков с другими коллагенозами, что создает значительные трудности при диагностике. **Цель:** объективизировать диагностику ранних стадий псориатического артрита путем стандартизирования термографического и ультразвукового исследования и определения характерных параметров. **Материалы и методы.** Учитывая недостаточную информативность рентгенологического исследования на начальных стадиях развития заболевания для объективизации субклинических проявлений использовали ультразвуковое и термографическое исследования. **Результаты и их обсуждение.** В начале исследования на добровольцах определены среднестатистические размеры суставных структур, что обеспечило объективизацию исследования и определение степени их поражения у пациентов с псориатическим артритом на ранних стадиях. **Выводы.** Определение параметров путем сонографического исследования основных суставных структур в норме позволило объективизировать контроль течения патологического процесса, эффективность лечения и установить четкие показания к оперативному лечению. Термографическое исследование, несмотря на отсутствие специфических критериев, является одним

из дополнительных исследований у больных псориатическим артритом, особенно при необходимости документального подтверждения диагноза на рентгенологической стадии и при субклиническом течении патологического процесса.

Ключевые слова: псориатический артрит, диагностика, сонографическое и термографическое исследования.

DIAGNOSTICS OF PSORIATIC ARTHRITIS AT EARLY STAGES OF THE PATHOLOGICAL PROCESS

О.А. Бурьянов, В.П. Кваша,
В.В. Котюк, Д.А. Чекушин

О.О. Bohomolets National Medical University,
Kyiv

Abstract. Relevance. Psoriatic arthritis is an independent nosological form of nonspecific inflammatory lesion of the locomotor and support system in psoriasis from the group of seronegative spondylitis, of multifactorial origin, hereditary predisposition with a chronic progressive recurrent course, which leads to long-term loss of working capacity and persistent disability of patients. The clinical pattern of PA, especially at its onset, has many similarities with other collagenoses, which creates considerable difficulties in diagnosis. **Objective:** to objectify the diagnosis of early stages in patients with psoriatic arthritis by standardizing thermographic and ultrasonographic tests and defining characteristic parameters. **Materials and methods.** In view of the lack of informative value of radiological examination at the initial stages of the disease, ultrasound and thermographic tests were used to objectify subclinical manifestations. **Results and their discussion.** At the beginning of the study, the average statistical sizes of the joint structures were determined in volunteers, which provided objectification of the study and determined the extent of their damage in patients with early stages of psoriatic arthritis. **Conclusions.** Measurement of the parameters by sonographic examination of the main joint structures under the normal conditions allows to objectify the control over the course of the pathological process, the treatment efficacy, and to establish clear indications for surgical treatment. Thermographic study, despite the absence of specific criteria, is one of additional studies in patients with psoriatic arthritis, especially in case of need to document the diagnosis at the pre-radiographic stage and in the subclinical course of the pathological process.

Key words: psoriatic arthritis, diagnostics, sonographic and thermographic examination.

Адреса для листування:
Чекушин Дмитро Антонович
E-mail: chekushyn@gmail.com