

**PRAKTİK
HƏKİMƏ
KÖMƏK**

**В ПОМОЩЬ
ПРАКТИЧЕСКОМУ
ДОКТОРУ**

**HELP TO THE
PRACTICAL
DOCTOR**

PSORIATİK ARTRİTƏ MÜASİR YANAŞMA

Məmmədova R.N., Qasımova F.N.*

*e-mail: fidan_kasumova@hotmail.com

Ə.Əliyev adına Azərbaycan Dövlət Həkimləri Təkmilləşdirmə İnstitutu, terapiya kafedrası, Bakı, Azərbaycan

Psoriatik artrit (PsA) xroniki multiamilli iltihabı, spondiloartrit qrupuna aid olan xəstəlik olaraq, çox vaxt psoriazlı pasientlərdə inkişaf edir və dayaq-hərəkət sistemin zədələnməsi ilə xarakterizə olunur. PsA-nın əsas klinik təzahürləri: periferik artrit, entezit, daktilit, spondilit. PsA diaqnozu CASPAR, 2006 diaqnostik meyarların əsasında qoyulur. Revmatoid artrit, ankiloedici spondiloartrit, reaktiv artrit, podaqra, osteoartrit xəstəlikləri ilə differensial diaqnostikası aparılır. PsA-nın müalicəsi xəstələrin klinik təzahürləri və komorbid vəziyyətlərin nəzərəti ilə aparılır.

Açar sözlər: periferik artrit, entezit, daktilit, spondilit, CASPAR meyarları.

Psoriatik artrit (PsA) – psoriaz xəstəliyi ilə əlaqədar baş verən, sümük-oynaq aparatını sistemli şəkildə zədələyən, xronik və progressivləşən gedişə malik, eroziv artrit, oynaqdaxili osteoliz və spondiloartritle səciyyələnən patologiyadır [1].

PsA 2-4% əhali arasında inkişaf edir və psoriazlı xəstələrin 20-30%-də aşkar olunur [2, 3]. Kişilər və qadınların arasında onun rastgəlinmə tezliyi eynidir. PsA istənilən yaşda inkişaf edə bilər, əsasən əhalinin əmək qabiliyyətli (40-50 yaş) hissəsi daha çox xəstələnir [2, 4]. Bəzi müəlliflərin məlumatlarına görə, dermatoloqların müşahidəsində olan psoriazlı xəstələrinin 27,2% -də diaqnoz qoyulmamış PsA qeyd olunur [5].

PsA və psoriazlı xəstələrin sümük-oynaq aparatı və dərinin progressivləşən zədələnmələri onların həyat keyfiyyətinə və sosial adaptasiyasına neqativ təsir göstərir. PsA və psoriaz zamanı aşağıdakı komorbid xəstəliklərin əmələ gəlmə riski artır: ÜİX, stenokardiya, miokard infarktı, arterial hipertenziya, piylənmə, şəkərli diabet tip 2 [6]. PsA və psoriaz xəstələrin ömrü populyasiya ilə müqayisədə 5-7 il qısalmış olur [1].

Etiologiya. Psoriazın və PsA-nın etiologiyası və patogenezi demək olar ki, eynidir və nəməlumdur. PsA – multiamilli bir xəstəlikdir. Psoriazın etiologiyasında HLA-antigenləri, xarici mühitin zərərli amilləri və orqanizmdə baş verən immun pozğunluqları

birlikdə fəaliyyət göstərir. Onun təhrikedici amillərinin sırasına infeksiya, endokrin, qastrointestinal, psixoemossional pozulmalar və bəzi dərman preparatlarının qəbulu aiddir [7].

Patogenezi. Xəstəliyin patogenezi etioloji və təhrikedici amillərin təsiri altında, genetik olaraq meyilli şəxslərdə, dəridə keratinositlərin zədələnməsi və buradan autoantigenlərin xaric olması ilə əlaqədardır. Keratinositlərin zədələnməsi yerli immun reaksiyaların fəallaşmasına, faqositozun, iltihab mənşəli sitokinlərin, sitokinlərə həssas reseptorları cəlb edən adgeziya molekullarının çoxalmasına gətirib çıxarır. Autoantigenlərin çoxu orqanizmdən xaric olunur və digərlərinə qarşı autoantitellər hazırlanır. B-hüceyrələrin proliferasiyası və fəallaşması immunkomplekslərin əmələ gəlməsini təmin edir. İmmunkomplekslərin toxumalara və o cümlədən, oynaq toxumalarına çökməsi immun mənşəli xronik proliferativ iltihabın davam olunmasına səbəb olur [7]. Xəstəliyin inkişafında iltihab sitokinə – şiş nekrozunun α -amilinə (α -ŞNA) əhəmiyyətli rol ayrılır [8, 9]. Psoriaz və PsA-nın patogenezinə IL12 və IL17 mühüm rol oynayır. Bu sitokinlərə məqsəduyğun təsir dərəcəsinin və oynaqların strukturunu normallaşdırmağa edə bilər. İL-12 və İL-23-in PsA-nın əmələgəlməsi meyilliyini İL-23 reseptorlarını kodlaşdıran gen dəyişiklikləri ilə əlaqəli olduğunu göstərən genetik analiz zamanı sübut olunmuşdu [10, 11].

Beləliklə, psoriaz birləşdirici toxumanın sistemli şəkildə zədələnməsi ilə səciyyələnən bir xəstəlik olduğu kimi, onun gedişində meydana çıxan daxili orqanların və həm də oynaqların zədələnməsi ümumi patoloji prosesin bir hissəsidir.

Təsnifat

- Asimmetrik mono-oligoartrit;
- Simmetrik revmatoidvari poliartrit;
- Distal falanqalararası oynaqların artriti (25% demək olar ki, həmişə dırnaqların zədələnməsi ilə birlikdə olur);
- Mutilisasiyaedici (eybəcərləşdirici) artrit;
- İzolə olunmuş psoriatik spondiloartrit və ya periferik artritlə birlikdə (30-50% hallarda rast gəlinir).

Xəstəliyin gedişinə görə adi, ağır dərəcəli və bədxassəli formaları vardır [5].

PsA sistemli zədələnmələrlə birlikdə rast gəlinə bilər. Xəstəlik zamanı baş verən sistemli dəyişikliklərə trofik pozğunluqlar, diffuz amiotrofiya, limfadenopatiya, kardit, hepatit, amiloidoz, qlomerulonefrit, uretrit, polinevrit, kolit, göz zədələnmələri, Reyno sindromu və sair aiddir. Xəstəliyin başlanğıc, progressivləşən və fəsadlaşmış inkişaf mərhələləri ayırd edilir. Zədələnmiş oynaqların funksional vəziyyəti peşə qabiliyyətinin saxlanması, itirilməsi və özünə xidmət bacarığının itirilməsi şəklində üç dərəcəyə ayırd olunur.

Klinika. PsA klinik əlamətlərin müxtəlifliyi ilə xarakterizə olunur. Əsasən PsA – tədricən, nadir hallarda - kəskin başlayır, dəri simptomları adətən oynaq simptomlarından əvvəl təzahür edilir. 75% xəstələrdə psoriaz sümük-oynaq aparatının zədələnməsindən əvvəl yaranır, 25%-də eyni zamanda, 15-20% hallarda dərinin psoriatik zədələnməsindən bir neçə həftə əvvəl, bəzən isə bir neçə il (hətta 10 il və daha çox) əvvəl başlanı bilər [5, 12].

PsA-nın əsas klinik təzahürlərinə periferik artrit, entezit, daktilit, spondilit aiddir. Xəstələrin 25-30%-də erkən mərhələdə zəiflik, əzginlik, yorğunluq, yuxunun pozulması, artralgiya, mialgiya və bəzən arıqlama müşahidə olunur. PsA-nın kəskin başlanğıcı zaman ciddi dərəcəli ağrı hiss olunur, oynaqda iltihab əlamətləri nəzərə çarpır və revmatoid artritdə olduğu kimi, buxovlanma qeyd edilir. Eyni zamanda subfebril qızdırma, leykositoz, EÇS-nin artması müəyyən olunur. Xəstəliyin başlanğıc dövrü müxtəlif müddətdə davam oluna bilər. Bundan sonra çox az hallarda spontan remissiya qeyd edilir. Çox vaxt isə ikinci - formalaşmış klinik dövr başlanır. Xəstəliyin bu klinik dövründə aşağıdakı səciyyəvi əlamətlər müşahidə olunur:

- oynaqların asimmetrik zədələnməsi;
- prosesə əl və ayağın distal falanqalararası oynaqların tutulması (şişkinlik, defiqurasiya, dərinin göy-qonuru rəngə çalması (“qırmızı turp” simptomu) [13, 14];
- ayaq və əlin birinci barmaqların oynaqlarında revmatoid artritə oxşar sinovitin müəyyən edilməsi;

- əl və ayaq barmaqların, eyni zamanda yuxarıdan aşağıya doğru bütün oynaqların yəni daraq-falanqa və falanqalararası oynaqların zədələnməsi, onların şişməsi, göy-qonuru rəngə çalması və barmaqların sosiskaya bənzər şəkil alması («sosis simptomu») (şək.1)
- döş-körpücük və akromial-körpücük kimi az hərəkətli oynaqların zədələnməsi;
- periostit, oynaq bağları və kapsulunun kalsifikasiyası, yarımçıxıqlar, kontraktura, ankiloz və oynağın eybəcərləşməsi (oynağın mutilasiyası);
- dırnaqlar üzərində nöqtəvari çökəkliklərin müşahidə olunması (“oymaq simptomu”), dırnaqların tutqunlaşması, onların üzərində uzununa və ya köndələn şırımların olması, bəzən də dırnaqların ovulması və atrofiyalaşması (onixolizis) [14, 15]. Bəzi hallarda bu zədələnmə xəstəliyin yeganə əlaməti ola bilər (şək. 2).
- 5% xəstələrdə ankilozlaşdırıcı spondiloartritinin klinik-rentgenoloji şəkli qeyd oluna bilər;
- PsA zamanı bəzən göz zədələnmələri (konyunktivit, irit, episklerit) və uretrit müşahidə oluna bilər [1, 5, 13-15].



Şək. 1. Əl və ayaq barmaqların daktiliti («sosis simptomu»).



Şək. 2. Əl və ayaq dırnaqların zədələnməsi (onixolizis).

Ağır hallarda oynaq sindromu ilə birlikdə miokardit, pulmonit, qlomerulonefrit, amiloidoz, polinevritlər, ensefalopatiya və sair ciddi patoloji hallar müşahidə edilə bilər. Bir sözlə psoriasis dermatozlara aid olub, epidermisin hiperplaziyası və proliferasiyası ilə səciyyələndiyi kimi, PsA də hiperplaziv və proliferativ xronik progressivləşən sinovitlə səciyyələnir və bu zaman qığırdaq, sümüklər, oynaqətrafı yumşaq toxumalar, vətər və bağların zədələnməsi qeyd edilir.

Xəstəliyin ən çox rast gəlinən forması onun asimmetrik oliqoartrit şəklində meydana çıxmasıdır. Bu forma təsadüflərin 70%-ni təşkil edir. Təsadüflərin 40-45%-də PsA-nı psoriatik spondilit müşayiət edir [1, 5, 12]. PsA-nın bədxassəli forması çox az rast gəlinir (1-3%) və adətən cavan yaşlı (35 yaşa qədər) atipik formalı psoriaza düşər olan xəstələrdə müşahidə olunur. Bu zaman üşütmə və tərləmə ilə müşayiət olunan fibril tipli yüksək hərarət müşahidə olunur. Oynaq sindromu zamanı iltihabın eksudativ komponentinin üstünlüyü ilə gedən poliartrit bəzən narkotiklərin istifadəsini tələb edən şiddətli ağrılarla müşahidə olunur. Eyni zamanda xəstədə progressivləşən arıqlama, trofik xoraların əmələ gəlməsi, saçın tökülməsi, generazilə olunmuş limfa düyünlərin böyüməsi müşahidə olunur. Daxili orqan zədələnmələrindən diffuz miokardit, ürək çatışmazlığı, ritm pozğunluğu, hepatit, hepato-lienal sindromu qeyd etmək olar. Xəstələrdə diffuz şəkildə ankilozlaşma və oynaqlarda eybəcərləşmə müşahidə edilir [1, 5, 13-15].

Diagnostika. PsA diaqnozu **CASPAR** (ClASsification criteria for Psoriatic ARthritis) klassifikasiyon meyarların əsasında qoyulur. Bu meyarlar 2006-ci ildə W. Taylor və həmmüəllifləri tərəfindən təklif olunub [16].

CASPAR meyarlarına görə xəstələr oynaqın iltihabi xəstəlikləri əlamətlərinə (artrit, spondilit və ya entezit) və bu 5 müvafiq kateqoriyadan 3 və daha çox bala malik olmalıdırlar.

- Psoriaz
 - Baxış zamanı psoriaz - 2 bal
 - Anamnezdə psoriaz – 1 bal
 - Ailə anemnezində psoriaz– 1 bal
 - Dırnaqların psoriatik distrofiyası: nöqtəvari basıqlıqlar, onixolizis, hiperkeratoz – 1 bal
 - Mənfi RF (lateks test üsulu istisna olmaqla) – 1 bal
 - Daktilit
 - Bütün barmaqların baxış zamanı şişkinliyi – 1 bal
 - Anamnezdə daktilit – 1 bal
 - Əlin və pəncənin rentgenoqrammasında kənarı törəmə tipli (osteofitlərdən başqa) oynaqdan kənar sümük proliferasiyalarının rentgenoloji əlamətləri – 1 bal
- CASPAR meyarlar yüksək həssaslığa (91,4%) və spesifikliyə (98,7%) malikdir.

PsA zamanı spondilit diaqnozu (psoriatik spondilit) aşağıda təqdim edilən dörd əlamətdən ikisinin əsasında qoyulur:

- ASAS meyarlarına görə (2009) bəldə iltihabi ağrıların olması və həmçinin sarğı nahiyəsində yerdəyişən ağrıların olması
- Onurğanın boyun, döş və bel nahiyəsində sagittal və frontal istiqamətində hərəkətin məhdudlaşması
- Çanağın rentgenoqrammasında II-ci və daha yüksək mərhələdə (Kellgren üzrə birtərəfli sakroileit əlamətləri, onurğada sindesmofitlər)
- Aktiv sakroiliit-MRT (osteit) STİR və ya T1 rejimində piy toxumasına təzyiqli göstərməklə ileosakral birləşmə nahiyəsində sümük toxumasının ödemli.

Laborator müayinələr. Xəstəliyin diaqnostikasında laborator dəyişikliklərin spesifik əhəmiyyəti yoxdur, onlar əsasən PsA-nın aktivlik dərəcəsini müəyyən etmək üçün yararlıdır.

- EÇS və CRZ-in yüksəlməsi iltihabi prosesin aktivliyini, oynaqların destruksiyasını, qeyri-qənaətbəxş proqnoz və ölüm halların artmasını əks etdirir.
- Orta dərəcəli leykositoz və normoxrom anemiya qeyd oluna bilər.
- Revmatoidli faktor aşkar olunmur (əgər aşkar olunarsa, bu PsA ilə revmatoidli artritə müştərək olması kimi qiymətləndirilir).
- Sinovial mayedə yüksək sitoz, neytrofilyoz, mutsin laxtasının boşalması, zülalın azalması müəyyən edilir [1, 5, 17].

Rentgenoloji müayinələr. PsA-nın instrumental diaqnostikası yan proyeksiyada əllərin, ayaqların, çanağın, onurğanın bel-oma nahiyəsinin rentgen müayinəsini əhatə edir. Rentgenoloji müayinədə zədələnmiş oynaqlarda aşağıdakı dəyişikliklər müşahidə olunur:

- Oynaqlarda eroziya və proliferasiya;
- Oynaqlarda osteoliz və periostit;
- Oynaq yarığının daralması, epifizar eroziya, ankilozlaşma;
- Paravertebral osteofikasiya;
- Bir barmağın bütün oynaqlarda baş vermiş ankilozlaşma;
- Barmağın “karandaşa bənzər” dəyişikliklər;
- PsA-da sakroileit əksər hallarda birtərəfli olur (ankilozlaşdırıcı spondilitdə ikitərəfli olur);
- PsA-nın mutilisasiyaedici formasında oynaqı təşkil edən sümüklərdə ağır osteolitik dəyişikliklər [1, 5, 17].

Diaqnozun nümunələri. Psoriatik artrit, poliartrit variant, ağır dərəcəli gediş, progressivləşən psoriaz, aktivlik III dərəcə, daxili orqanların zədələnməsi, amiloidoz, oynaqlarda funksional çatışmazlığı II dərəcə;

Psoriatik artrit, spondiloartritik variant, orta ağır dərəcəli gediş, sistemli zədələnmələr (miokardit, aortit, uveit), progressivləşən psoriaz, aktivlik II dərəcə, ikitərəfli sakroileit, sindesmofitlər ilə, oynaqalarda funksional çatışmazlığı III dərəcə;

Psoriatik artrit, distal variant, adi forma, sistemli zədələnmələr olmadan, aktivlik II dərəcə, vulqar psoriaz, oynaqalarda funksional çatışmazlığı I dərəcə.

Diferensial diaqnostika. PsA-nın gedişi atipik olduqda və başqa artritləri xatırladığı zaman onun diferensiasiyası xeyli çətinləşir. Məsələn, çox zaman PsA-nın revmatoid artritlə (RA) müqayisə olunması zəruri hal alır. RA bir neçə oynaqın simmetrik zədələnməsi ilə başlanır, oynaqalarda ən azı bir saat davam edən səhər buxovlanması qeyd edilir; oynaqların açıcı səthlərində dərialtı revmatoid düyünlər, qanda revmatoid amil, rentgenoloji müayinədə epifizar uzurasiya, eroziya və osteoporoz tapılır. Digər tərəfdən, dəridə, başın tüklü hissəsində, dırnaqlarda psoriatik fokusların yoxluğu PsA-nın inkar olunmasına əsas verir [18].

PsA ilə ankilozlaşdırıcı spondiloartritin diferensiasiya apararı zaman onu da nəzərə almaq lazımdır ki, PsA-nın gedişində müşahidə olunan sakroileit adətən birtərəfli (monolateral) olur. Sakroileit yavaş progressivləşir və bu zaman onurğa sütununun funksiyaları tədricən pozulur, onurğanın ankilozlaşdırıcı spondiloartriddə olduğu kimi, sual işarəsinə oxşar şəkildə deformasiyası və xəstənin “dilənçi pozası” vəziyyətinə düşməsi rast gəlinmir.

Osteoartrozun gedişində əlin xırda oynaqaları reaktiv sinovitlə ağırlaşmış olduğu zaman, xəstəlik PsA-nı xatırladır. Ancaq, osteoartroz üçün Heberden düyünləri səciyyəvidir. Onlar oynaqaların lateral səthlərində dislokasiya olunur və psoriatik fokuslarla və dırnaqlarda psoriatik dəyişikliklərlə müşayiət olunmur. Osteoartroz zamanı rentgenoloji müayinədə oynaqalarda subxondral osteoskleroz, oynaq səthinin kənarlarında isə osteofitlər müşahidə edilir. Monolateral və bəzən bilateral sakroileit və spondiloartrit osteoartroz üçün yox, PsA üçün səciyyəvidir [17, 18].

Dəri və dırnaqlarda keratodermik və bəzən psoriaza oxşar dəyişikliklərlə müşayiət olunan Reyter xəstəliyi ilə PsA-nın diferensiasiyası xeyli çətinliklər törədir. Reyter xəstəliyi urogenital və bağırsağ mənşəli infeksiya ilə əlaqədar baş verir. Reyter

xəstəliyində spontan remissiya və müvafiq müalicə nəticəsində dəridə olan dəyişikliklər keçib gedir. Bundan fərqli olaraq, PsA zamanı oynaq sindromunun remissiyasına baxmayaraq, dəridə və dırnaqlarda psoriatik fokuslar davamlı şəkildə qalır. Reyter xəstəliyi urogenital və ya bağırsaq infeksiyası ilə əlaqədar olaraq uretrit, konyunktivit və artriddən ibarət triada şəklində rast gəlinir [8, 17, 18].

PsA ilə Bexçet sindromunun fərqləndirici xüsusiyyəti odur ki, Bexçet xəstəliyində dəri və selikli qişalarda meydana çıxan keratodermik dəyişikliklər və xoralaşmalar autoimmun mənşəli olur və ciddi dərəcəli ağrılarla müşayiət olunur.

PsA hiperurikemiya ilə müşayiət olunan və ayağın baş barmağının kəskin artrit şəklində zədələnməsi zamanı podaqrik artritlə bir-birinə oxşayırlar. Ancaq, podaqrik artrit dəridə psoriazla müşayiət olunmur və həm də hiperurikemiyanın reqressiyası ilə əlaqədar olaraq, podaqrik artrit remissiyası sürətlə başlanır və patoloji hal keçib gedir.

PsA-nın SAPHO (sinovit, akne, pustulosis, hiperostosis, osteoitis) sindromu ilə diferensial diaqnostikası ikinci halda döş qəfəsinin ön divarı və onurğa sütununun boyun və bel nahiyəsi oynaqlarının zədələnməsinin ovuc və ayaqaltı nahiyələrin pustullyoz zədələnməsilə müşayiət olunmasına və eyni zamanda birləşmiş iri sızanaqların mövcudluğuna istinad edir.

Oynaqların PsA-ya oxşar şəkildə zədələnməsi və onun sakroileit, spondiloartritlə müşayiət olunması xronik xoralı kolit, Kron xəstəliyində də meydana çıxma bilər. Enteropatik artrit patogenezi HLA-B₂₇ sayılı antigenlərin mövcudluğu ilə əlaqədardır və bu antigen daşıyıcılarda sözügedən xəstəliyə meyillik olur. Xoralı kolit və Kron xəstəliyi zamanı periferik oynaqların və onurğa sütununun zədələnməsi orqanizmdə baş verən toksiki və immunopatoloji proseslərlə bağlıdır. PsA-dan fərqli olaraq, intestinal infeksiya ilə əlaqədar meydana çıxmış artrit bağırsaq xəstəliyinin müalicəsi nəticəsində reqressiya olunur və keçib gedir [8, 17].

Proqnoz. PsA psoriaz xəstəliyi kimi kəskinləşmələr və remissiyalarla növbələşərək, getdikcə proqressivləşir. Xəstəlik proqressivləşdikcə oynaqlarda sümük-qığırdaq destruksiyları meydana çıxır. Xəstəliyin bədxassəli formasının proqnozu

ağırdır. Psoriaz və PsA hamiləlik üçün əks-göstəriş deyildir, əksinə, bəzi hallarda hamiləlik onun gedişinə müsbət təsir göstərir.

Müalicə. PsA-nın müalicəsi kompleks tədbirlərdən ibarət olub, həm dərman, həm də təbii sanator – kurort, balneoloji vasitələrin tətbiqi ilə aparılır.

Medikamentoz müalicə. PsA-nın müalicəsində qeyri-steroid iltihab əleyhinə preparatlar (QSİƏP), iltihabəleyhinə sintetik bazis preparatlar (İƏBP), gen-mühəndisli bioloji preparatlar (GMBP) və oynaq daxili qlükokortikoidlər (QK) istifadə olunur [1, 5, 19].

PsA-in müalicəsi yönəlməlidir:

- Xəstəliyin progressivləşməsinin qarşısının alınmasına;
- Kəskin simptomların aradan qaldırılmasına;
- Dayaq-hərəkət aparatının funksiyasının normallaşdırılmasına;
- İltihab və immun pozuntuların azaldılmasına [1,5, 18-20].

Qeyri-steroid iltihabəleyhinə preparatlar. PsA-nın müalicəsində QSİƏP «birinci sıra» preparatlarına aiddirlər, hansılar sürətlə simptom modifikasiyaedici təsir göstərirlər. Onlar oynaqlarda olan struktur dəyişikliklərinin progressivləşməsinin sürətinə təsir göstərmirlər, ancaq iltihab prosesini və ağrını azadırlar. Bu qrup preparatlar uzun müddətli istifadə zamanı mədə-bağırsaq traktına və ürək-damar sisteminə yan təsirlər göstərə bilirlər [1, 5, 13, 21].

Qlükokortikosteroidlər. PsA zamanı QK-lə sistemli müalicə aparılmır, çünki bu psoriazın ağırlaşma riskini artırır.

PsA zamanı QK terapiyası mono- və oligoartritlərdə, kəskin daktilitlərdə, ensezitlərdə yerli iltihabi prosesə təsir göstərmək üçün geniş istifadə olunur. Yerli terapiya üçün uzun müddət təsir göstərən QK preparatları (betametazon dipropionat (diprospan)), orta təsirli (metilprednizolon asetonid (depo-medrol)), qısa müddətli (hidrokortizon asetat) istifadə olunur [1, 5, 13, 21].

PsA-da iltihab əleyhinə bazis preparatı kimi metotreksat, sulfosalazin, siklosporin və leflunomidən və s. istifadə olunur [1, 19].

Qızıl duzları və aminoxinolin preparatları - hidroksixloroxin (plakvenil), xloroxin (delagil) bu xəstəliyin müalicəsində effektiv olmadığından istifadə olunmurlar.

Metotreksat - sübut olunmuş “birinci sıra” bazis preparatıdır, effektiv və təhlükəsizdir. Metotreksat həftədə 10 mq dozada başlanılmalı, sonra hər 2-4 həftə 5 mq doza artırılmalı və həftədə 25 mq dozaya qədər çatdırılmalıdır [22-24] .

Sulfosalazin. Müalicə sutkada 500 mq ilə başlayır, sonra gündə 500 mq əlavə olunur, sutkada 2 q qədər. Effekt olmadıqda, preparatın dozasını gündə 3 q -a qədər artırmaq məsləhətdir.

Sulfasalazin gündə 2 q dozada ağrını aradan götürür, lakin rentgenoloji progressivləşməsinə mane olmur [18, 22, 23].

Leflunamid bazis preparatlarına aiddir, antiproliferativ, immunodepressiv və iltihabəleyhinə təsirlərə malikdir. 100 mq/sutkalıq 3 gün ərzində, sonra isə 20 mq/sutkalıq dozada uzun müddətli istifadəsi tövsiyə olunur [25]. Leflunomid həm monoterapiya, həm də metotreksat ilə kombinasiyada istifadə edilə bilər [5, 19, 26].

Siklosporin (2,5-5 mq/kq – gündəlik dozada) bazis preparatı kimi uzun müddət istifadə edildikdə xəstəliyin əsas əlamətlərinə müsbət müalicəvi təsir göstərməklə yanaşı oynaqlarda inkişaf edən destruktiv prosesləri də ləngidə bilər [19].

Son illərdə xəstəliyin çox ağır formalarında və aparılan bazis preparatlarının effektiv vermədiyi hallarda α -şiş nekrozu amilinin inhibitoru olan bioloji preparatlardan (infliksımab, golimumab, adalimumab, etanersept və s.) uğurla istifadə olunur [27-29].

PsA və psoriazın müalicəsi üçün İL-12/23 inhibitoru - ustekinumabın və İL-17 inhibitoru - sekukinumabın istifadəsi effektiv olub [23, 30-32].

Standart terapiyaya cavab verməyən ağır gedişli PsA xəstələrin müalicəsində İL-17 inhibitoru, humanizə olunmuş monoklonal anticisim - iksekinumabın (Tals) istifadəsi tövsiyə olunur [23, 33].

Sintetik GMBP-nin effekti olmayan hallarda ampemilast və tofasitinib kimi target sintetik İÖBP istifadəsi tövsiyə olunur [23, 34-38].

Diz oynaqının ümumi və lokal kortikosteroid terapiyasına tabe olmayan xroniki artritlərində artroskopik və ya cərrahi sinovektomiya tətbiq oluna bilər. İri oynaqlarda,

əsasən diz və bud-çanaq oynaqlarının destruktiv, funksional pozğunluq yaradan artritlərində total endoprotezləşdirmə əməliyyatı göstərişdir. Əlin və ayağın ağır deformasiyalarında müxtəlif rekonstruktiv əməliyyatlar tətbiq etməklə funksional nəticələr əldə etmək mümkündür.

PsA-nın sürətli progressivləşən ağır eroziv-destruktiv dəyişikliklər törədən mutilizəedicilə variantlarında proqnoz qənaətbəxş deyildir.

ƏDƏBİYYAT – REFERENCES – ЛИТЕРАТУРА

1. Насонов Е.Л. Российские клинические рекомендации // Ревматология, ГЭОТАР-Медиа, Москва, 2019; 464 с. Əzizov V.Ə. Daхili xəstəliklər, Bakı 2012, səh.956-960.
2. Ocampo D.V., Gladman D. Psoriatic arthritis F1000 Research 2019, 8 (F1000 Faculty Rev):1665, 16 p. (<https://doi.org/10.12688/f1000research.19144.1>)
3. Alinaghi F, Calov M, Kristensen LE, et al.: Prevalence of psoriatic arthritis in patients with psoriasis: A systematic review and meta-analysis of observational and clinical studies // J. Am. Acad Dermatol., 2019; 80(1): 251–265.
4. Husni E, Michael M: Oxford textbook of Psoriatic arthritis: Epidemiology of PsA. Oxford University, 2018, 336 p.
5. Коротаева Т.В., Корсакова Ю.Л. Псориатический артрит: классификация, клиническая картина, диагностика, лечение // Научно-практическая ревматология, 2018;56(1):60–6.
6. Ogdie A, Schwartzman S, Husni ME. Recognizing and managing comorbidities in psoriatic arthritis. Curr Opin Rheumatol 2015;27:118-126.
7. Abasov E.Ş., Alimetov S.N. Оунақ хəstəlikləri. Bakı-2012. səh.125-137.
8. Лоай Хасан Мустафа Али Псориатический артрит (этиопатогенез, диагностика, лечение) // Дерматовенерология. Косметология. Сексопатология, 2011, №1(4), с.95-101.
9. Alwan W, Nestle FO. Pathogenesis and treatment of psoriasis: Exploiting pathophysiological pathways for precision medicine // Clin Exp Rheumatol, 2015;33(5 Suppl 93): p. 2-6. Epub 2015 Oct 15
10. Hawkes JE, Chan TC, Krueger JG. Psoriasis pathogenesis and the development of novel targeted immune therapies // J Allergy Clin Immunol. 2017 Sep;140(3):645-653. doi: 10.1016/j.jaci.2017.07.004
11. Yago T, Nanke Y, Kawamoto M, et al. IL-23 and Th17 Disease in Inflammatory Arthritis // J Clin Med. 2017 Aug 29;6(9). pii: E81. doi: 10.3390/jcm6090081.
12. Ли́ла А.М., Насонов Е.Л., Коротаева Т.В. Псориатический артрит: патогенетические особенности и инновационные методы терапии // Научно-практическая ревматология, 2018;56(6):685–691.
13. Вест С. Дж. Секреты ревматологии: Пер. с англ. - М.: «Издательство ГЭОТАР-Медиа», 2018, с.188-194.
14. Джон Х. Клиппела, Джон Х.Стоуна, Лесли Дж.Крофффорд, Пейшенс Х.Уайт. Ревматические заболевания. Том II. Заболевания костей и суставов. Москва-2014, стр.117-151.
15. Olivieri I, Padula A, D'Angelo S, et al. Psoriatic arthritis sine psoriasis // J. Rheumatol Suppl. 2009 Aug;83:28-9. doi: 10.3899/jrheum.090218.
16. Taylor W, Gladman D, Helliwell P, et al. Classification criteria for psoriatic arthritis: development of new criteria from a large international study // Arthritis Rheum. 2006 Aug;54(8):2665-73.
17. Дильманова Д.С., Есиркепова Г.С., Бримжанова М.Д. Диагностика псориатического артрита // Вестник Каз.НМУ 2018; №2: с. 479-482.
18. Coates L.C., Helliwell P.S. Psoriatic arthritis: state of the art review // Clinical Medicine, 2017; Vol 17, №1: 65–70.

19. Коротаева Т.В., Корсакова Ю.Л. Псориатический артрит: фокус на таргетную терапию // Эффективная фармакотерапия, 2019; Т. 15. № 8: С. 42–50. DOI 10.33978/2307-3586-2019-15-8-42-50.
20. Smolen J.S., Schöls M., Braun J. et al. Treating axial spondyloarthritis and peripheral spondyloarthritis, especially psoriatic arthritis, to target: 2017 update of recommendations by an international task force // *Ann. Rheum. Dis.*, 2018; Vol. 7. №1: P. 3–17.
21. Кундер Е.В. Лечение псориатического артрита // *Международные обзоры: клиническая практика и здоровье*, 2013; №6: с. 105-129.
22. Coates L.C., Kavanaugh A., Mease P.J, et al.: Group for Research and Assessment of Psoriasis and Psoriatic Arthritis 2015 Treatment Recommendations for Psoriatic Arthritis // *Arthritis Rheumatol.*, 2016; 68(5): 1060–71.
23. Alexis Ogdie, Laura C. Coates, Gladman D.D. Treatment guidelines in psoriatic arthritis // *Rheumatology*, 2020;59:p.37-46. doi:10.1093/rheumatology/kez383
24. Coates L.C., Helliwell P.S. Methotrexate Efficacy in the tight control in psoriatic arthritis study // *J Rheumatol.*, 2016; 43: 356 – 361.
25. Kaltwasser J.P., Nash P., Gladman D. et al. Efficacy and safety of leflunomide in the treatment of psoriatic arthritis and psoriasis: a multinational, double-blind, randomized, placebo-controlled clinical trial // *Arthritis Rheum.*, 2004; 50: 1939 – 50.
26. Sakellariou G.T., Sayegh F.E., Anastasilakis A.D., Kapetanios G.A. Leflunomide addition in patients with articular manifestations of psoriatic arthritis resistant to methotrexate // *Rheumatol. Int.* 2013. Vol. 33. № 11. P. 2917–2920.
27. Elyoussfi S, Thomas BJ, Ciurtin C: Tailored treatment options for patients with psoriatic arthritis and psoriasis: Review of established and new biologic and small molecule therapies // *Rheumatol Int.*, 2016; 36(5): 603–12.
28. Kavanaugh A, Husni ME, Harrison DD, et al.: Safety and Efficacy of Intravenous Golumumab in Patients With Active Psoriatic Arthritis: Results Through Week Twenty-Four of the GO-VIBRANT Study // *Arthritis Rheumatol.* 2017; 69(11): 2151–61.
29. Baranauskaitė A., Raffayová H., Kungurov N.V. et al. Infliximab plus methotrexate is superior to methotrexate alone in the treatment of psoriatic arthritis in methotrexatenaive patients: the RESPOND study // *Ann. Rheum. Dis.* 2012. Vol. 71. № 4. P. 541–548.
30. Sakkas L.I., Zafiriou E., Bogdanos D.P. Mini Review: New Treatments in Psoriatic Arthritis. Focus on the IL-23/17 Axis // *Front Pharmacol.*, 2019; 6;10: p.872. doi: 10.3389/fphar.2019.00872.
31. Новиков П.И., Моисеев С.В. Эффективность и безопасность устекинумаба в лечении псориаза и псориатического артрита // *Клиническая фармакология и терапия*, 2018; №5: с. 91-95. DOI: 10.32756/0869-5490-2018-5-91-95.
32. Mease P.J., McInnes I.B., Kirkham B. et al. Secukinumab inhibition of interleukin-17A in patients with psoriatic arthritis // *N. Engl. J. Med.* 2015. Vol. 373. № 14. P. 1329–1339.
33. Gladman DD, Orbai AM, Klitz U, et al.: Ixekizumab and complete resolution of enthesitis and dactylitis: integrated analysis of two phase 3 randomized trials in psoriatic arthritis // *Arthritis Res Ther.*, 2019; 21(1): 38.
34. Мазуров В.И., Трофимов Е.А., Гайдукова И.З. Место ингибитора фосфодиэстеразы 4-го типа в стратегии лечения псориатического артрита // *Современная ревматология*, 2018; №12 (1): с. 41-46.
35. Mease P.J., Gladman D.D., Ogdie A., Josef S. Smolen Treatment to target in psoriatic Arthritis with Apremilast: probability of achieving targets and comprehensive control of disease manifestations // *Arthritis Care Res (Hoboken)*, 2020 Jan 7. doi: 10.1002/acr.24134. Online ahead of print.
36. Singh J.A., Guyatt G., Ogdie A. et al. Special Article: 2018 American College of Rheumatology / National Psoriasis Foundation Guideline for the Treatment of Psoriatic Arthritis // *Arthritis Rheumatol*, 2019; Vol. 71. № 1: P. 5–32.

37. Gladman D., Rigby W., Azevedo V.F. et al. Tofacitinib for psoriatic arthritis in patients with an inadequate response to TNF inhibitors // N. Engl. J. Med., 2017; Vol. 377. № 16. P. 1525–1536.
38. Chen M., Dai SM. A novel treatment for psoriatic arthritis: Janus kinase inhibitors // Chin Med J (Engl), 2020 Mar 23. doi: 10.1097/CM9.00000000000007 11 [Epub ahead of print].

РЕЗЮМЕ

ПСОРИАТИЧЕСКИЙ АРТРИТ: СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД

Мамедова Р.Н., Касумова Ф.Н.

Азербайджанский Государственный Институт Усовершенствования Врачей
имени А.Алиева, кафедра терапии, Баку, Азербайджан

Псориатический артрит (ПсА) – хроническое мультифакториальное воспалительное заболевание из группы спондилоартритов, которое часто развивается у пациентов с псориазом и характеризующееся поражением опорно-двигательного аппарата. Основным клиническим проявлением ПсА является: периферический артрит, энтезит, дактилит, спондилит. Диагноз устанавливается на основании диагностических критериев ПсА (CASPAR) 2006. Дифференциальную диагностику проводят с ревматоидным артритом, анкилозирующим спондилитом, реактивным артритом, подагрой, остеоартритом, Терапия ПсА проводится с учетом клинических проявлений и коморбидных состояний пациентов.

Ключевые слова: псориатический артрит, спондилит, дактилит, энтезит, критерии CASPAR.

SUMMARY

PSORIATIC ARTHRITIS: A MODERN APPROACH

Mammadova R.N., Gasimova F.N.

Azerbaijan State Advanced Training Institute for Doctors named after A.Aliyev,
Department of Therapy, Baku, Azerbaijan

Psoriatic arthritis (PsA) is a chronic multifactorial inflammatory disease from the group of spondylitis that often develops in patients with psoriasis and characterized by damage to the musculoskeletal system. The main clinical manifestations of PsA are: peripheric arthritis, enthesitis, dactylitis, spondylitis. The diagnosis of PsA is established on the basis of the diagnostic criteria of PsA (CASPAR) 2006. Differential diagnosis is carried out with rheumatoid arthritis, ankylosing spondylitis, reactive arthritis, gout, osteoarthritis. PsA therapy is carried out taking into account the clinical manifestations and comorbid conditions of patients.

Keywords: psoriatic arthritis, spondylitis, dactylitis, enthesitis, CASPAR criteria.

Redaksiyaya daxil olub: 25.01.2020

Çapa tövsiyə olunub: 14.02.2020

Rəyçi: dosent N.R.İsmayilova