

Значение индексов PASI и SCORAD в объективной оценке социально-значимых дерматозов

PASI.

Индекс тяжести поражения псориазом PASI (the Psoriasis Area and Severity Index) – наиболее часто используемый инструмент измерения тяжести и активности псориатического процесса. Критерии расчета индекса были впервые предложены в 1979 г. и в основе своей остаются неизменными по настоящее время. Использование PASI имеет не только научный аспект, но и, главным образом, прикладной характер. С его помощью определяют тактику и стратегию ведения пациентов с псориазом, ну и, конечно же, эффективность (адекватность) проводимой у них терапии.

В PASI комбинируются количественные оценки степени выраженности основных клинических проявлений (инфильтрация, зуд, утолщение кожи, отек, гиперемия, шелушение) с оценкой площади поражения по простой линейной шкале. Значения PASI от 0 (нет кожных проявлений болезни) до 10 баллов, расцениваются как легкое течение заболевания; до 20-30 баллов – средняя тяжесть процесса; от 30 баллов до 72 (максимально выраженные кожные проявления) – тяжелое течение псориаза.

Ниже мы приводим подробный табличный вариант расчета индекса PASI (таблица 1).

Таблица 1 – Расчет индекса PASI

<ul style="list-style-type: none"> • Индекс распространенности и тяжести псориаза PASI (Psoriasis Area and Severity Index) является основным инструментом для определения тяжести течения псориаза. • Использование индекса позволяет объективно оценить эффективность проводимой терапии и в идеале должен быть посчитан до, во время и после окончания курса терапии. • Индекс PASI представлен целым числом от 0 (отсутствие болезни) до 72 (самое тяжелое течение) и отражает площадь поражения с учетом интенсивности проявлений клинических признаков, таких как эритема, интенсивность шелушения и инфильтрации. Есть несколько модификаций подсчета индекса PASI, однако, по мнению большинства авторов, шкалу, которая учитывает три вышеуказанных клинических признака, принято считать классической. 													
Голова							Верхние конечности						
Площадь поражения:							Площадь поражения:						
0%	<10%	10-29%	30-49%	50-69%	70-89%	>89%	0%	<10%	10-29%	30-49%	50-69%	70-89%	>89%
Эритема							Эритема						
0							0						
Инфильтрация							Инфильтрация						
0							0						
1							1						
2							2						
3							3						
4							4						

Шелушение	0	1	2	3	4	Шелушение	0	1	2	3	4		
Туловище						Нижние конечности							
Площадь поражения:						Площадь поражения:							
0%	<10%	10-29%	30-49%	50-69%	70-89%	>89%	0%	<10%	10-29%	30-49%	50-69%	70-89%	>89%
Эритема	0	1	2	3	4		Эритема	0	1	2	3	4	
Инфильтрация	0	1	2	3	4		Инфильтрация	0	1	2	3	4	
Шелушение	0	1	2	3	4		Шелушение	0	1	2	3	4	
Область	Эритема	Шелушение	Инфильтрация	Площадь поражения	Весовой коэффициент	PASI							
Голова					0,1								
Руки					0,2								
Туловище					0,3								
Ноги					0,4								
						Общий PASI							
<p>Подсчет.</p> <p>Для определения индекса PASI тело пациента условно разделяется на четыре области (ноги – 40% от общей поверхности кожи человека, туловище (грудь, живот, спина) – 30% поверхности кожи, руки – 20% и голова – 10%).</p> <p>Каждая из этих четырех областей оценивается отдельно – от 0 до 6 баллов в зависимости от степени поражения.</p> <p>Далее для каждой области оценивают интенсивность каждого из трех клинических признаков – эритемы, интенсивности шелушения и инфильтрации.</p> <p>Интенсивность оценивается от 0 (отсутствие признака) до 4 (максимальная степень проявления).</p> <p>После этого для каждой области определяют свой индекс по формуле: (эритема + шелушение + инфильтрация) x степень поражения x весовой коэффициент области.</p> <p>Весовой коэффициент области соответствует площади поверхности кожи: 0,4 – ноги, 0,3 – туловище, 0,2 – руки, 0,1 – голова.</p> <p>После подсчета индекса для каждой из четырех областей суммируют полученные показатели и получают общий суммарный индекс PASI.</p>													

Большинство авторитетных терапевтических рекомендаций по выбору рациональной терапии у больных псориазом в настоящее время основаны на количественной оценке PASI. В результате многочисленных, долгосрочных исследований с неоспоримой доказательной базой, была предложена шкала, определяющая терапевтическую стратегию (применение лекарственных препаратов, относящихся к общей терапии) ведения пациентов с различными проявлениями псориаза, она представлена ниже, в текстовом варианте в таблице 2.

Таблица 2 – Терапевтическая тактика ведения пациентов с псориазом в зависимости от величины рассчитанного PASI

Вмешательство необходимо	PASI >60%
Вмешательство рекомендовано	PASI 30-60%
Вмешательство не рекомендовано	PASI <30%

Необходимо отметить, что предложенные принципы актуальны, главным образом, для терапии индукции, так как положительные результаты снижения индекса PASI обычно учитываются в исследованиях спустя 12-16 недель от старта терапии, поэтому руководствоваться представленными выше рекомендациями в стационарной стадии болезни не следует.

Основная проблема PASI связана с трудностями использования индекса в рутинной клинической практике, вне клинических испытаний лекарственных средств и методов лечения. Это неоднократно приводило к многочисленным попыткам упростить шкалу PASI, чтобы сделать её более пригодной с практической точки зрения, а также для самостоятельного отслеживания больными изменений в своём локальном статусе. Вопрос рационального упрощения PASI, без заметного изменения результатов эффективности его использования остается злободневным по настоящий момент.

Опытным путем, в результате проведения многократных клинических испытаний, была установлена необходимая количественная мера снижения PASI для положительной оценки влияния на течение псориаза того или иного медицинского вмешательства. Особенную, важную роль при этом сыграли испытания по эффективности биологических препаратов, в результате которых было окончательно установлено, что эффективной медицинская интервенция считается только тогда, когда она приводит к снижению PASI не менее, чем на 75% по отношению к базовому показателю за определенный временной промежуток. В некоторых аналитических публикациях PASI в этой связи обозначают как PASI 75, не расшифровывая значение данной аббревиатуры.

Есть и другая система оценки эффективности проводимой терапии при псориазе, когда снижение индекса PASI на фоне лечения от исходного на 25% расценивается как неэффективное, от 25 до 49% – незначительное улучшение, от 50 до 74% – улучшение, более 75% – значительное улучшение.

SCORAD.

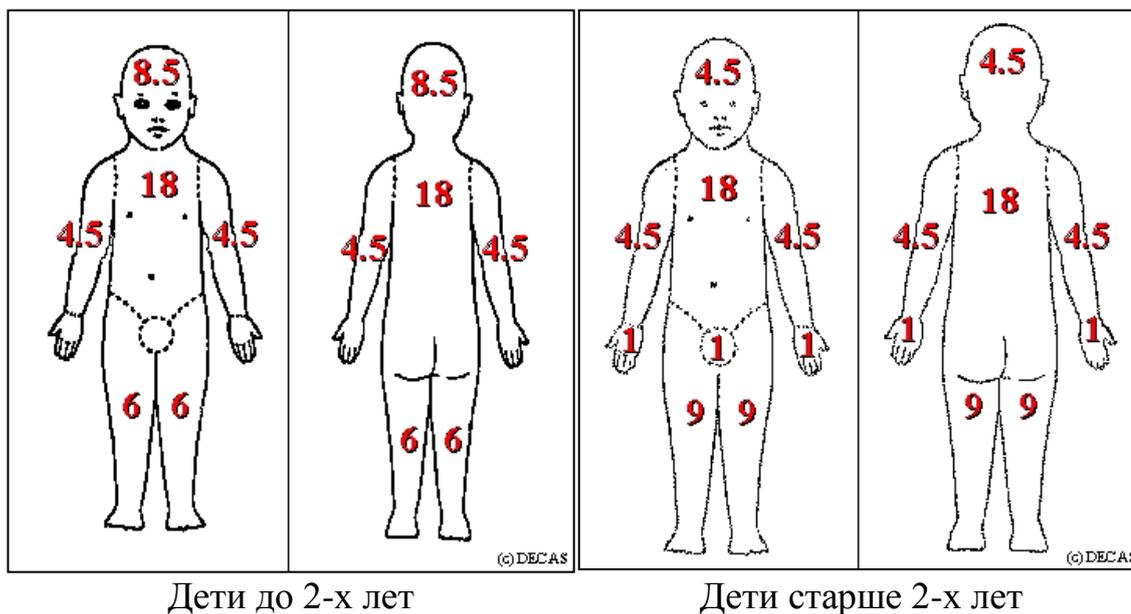
С 1990 г. по 1993 г. Европейской международной группой экспертов из 9 стран разрабатывалась система оценки проявлений и тяжести АД. Результатом этой работы явилась публикация обобщающего согласительного документа Severity Scoring of Atopic Dermatitis (дословный перевод с английского – «шкалирование тяжести атопического дерматита») с разработкой и обоснованием внедрения в клиническую практику «The

SCORAD Index». Опыт работы показал высокую эффективность метода SCORAD в связи с его информативностью, объективностью, простотой и доступностью применения врачами вне зависимости от их опыта работы и даже специализации.

Методика оценки проявлений и степени тяжести АД по индексу SCORAD включает комплексную оценку трех информационных блоков: распространенность кожных поражений (А), их выраженность или интенсивность (В) и субъективные симптомы (С).

А. Для оценки распространенности поражения на основе переднезаднего рисунка по шкале 0-100 используют правило «девяток», где за единицу принята площадь ладонной поверхности кисти (рисунок 1).

Рисунок 1 – оценки распространенности поражения на основе переднезаднего рисунка по шкале 0-100



На рисунках представлены числа соответствующие той или иной части поверхности кожи. Например, если полностью поражена передняя поверхность одной нижней конечности, то балл равен 9, при поражении всей поверхности груди и живота – 18 и т.д. Тотальное поражение кожи встречается нечасто, поэтому при оценке площади поражения необходимо пользоваться указанным выше правилом «ладони» («девятки»). Для этого врач полностью осматривает кожу пациента и на картинке-трафарете наносит контуры зон поражения. Затем каждой зоне дает оценку в баллах и суммирует их: сумма баллов по передней поверхности + сумма баллов по задней поверхности. Общая сумма округляется с точностью до 5 баллов. Общая сумма может составить от 0 баллов (отсутствие кожных поражений) до 96 (для детей до 2-х лет) и 100 баллов (для детей старше 2-х лет и взрослых) при тотальном (максимальном) поражении кожи.

В. Интенсивность клинических проявлений АД (объективные симптомы) оценивается по шести симптомам: эритема, отек/папула, корки/мокнутые, эксфолиации, лихенификация, сухость кожи.

Каждый признак оценивается от 0 до 3 баллов (0 – отсутствие, 1 – легкий, 2 – средний, 3 – тяжелый) согласно рекомендованным фотографиям. Полубалльные оценки не разрешаются. Оценки в баллах выставляются в специальной оценочной таблице, затем общий индекс SCORAD рассчитывается по формуле, приведенной ниже.

Область, выбранная для оценки, должна представлять со средней интенсивностью каждый признак у данного больного, тем самым, исключая область-мишень или область наибольшего поражения. Однако, одна и та же область может быть выбрана для 2-х и более признаков. Например, одна и та же область может служить для оценки как эксфолиаций, так и эритемы. С другой стороны, сухость может быть выражена на областях, не имеющих острых высыпаний или лихенификаций.

Оценка признаков.

Эритема или краснота (рисунки 2-4).

Рисунок 2.



1 балл

Рисунок 3.



2 балла

Рисунок 4.



3 балла

Определение этого признака на светлой коже не представляет проблемы. Если оценка в баллах невозможна, необходимо указать это в оценочной таблице в сносках.

Отек, образование папул (рисунки 5-7).

Рисунок 5.



1 балл

Рисунок 6.



2 балла

Рисунок 7.



3 балла

Отек/папулообразование означает пальпируемую инфильтрацию кожи, которая может встречаться как при остром эритематозе, в очагах эксфолиаций, так и при хронических высыпаниях в период обострения. Этот признак труден для определения по клиническим фотографиям. Поэтому

пальпация очага должна приниматься во внимание при оценке этого признака.

Мокнутые/корки (рисунки 8-10).

Рисунок 8.



1 балл

Рисунок 9.



2 балла

Рисунок 10.



3 балла

Этот признак применяется к экссудативным поражениям, возникающим в результате отека и везикуляции. Количественный аспект экссудации может быть определен при клиническом осмотре и опросе родителей, а также по сывороточным уровням альбумина при отсутствии другой патологии.

Экскориация (рисунки 11-13).

Рисунок 11.



1 балл

Рисунок 12.



2 балла

Рисунок 13.



3 балла

Этот признак сам по себе является объективным маркером зуда, более заметным на нелихенифицированных очагах поражения. Количество и интенсивность следов расчесов для каждого балла проиллюстрированы выше.

Лихенификация (рисунки 14-16).

Рисунок 14.



1 балл

Рисунок 15.



2 балла

Рисунок 16.



3 балла

Этот признак аналогичен эпидермальному утолщению в хронических очагах. Сильно выраженные кожные складки разделяют блестящие

ромбовидные области, цвет – серовато-коричневатый. Лихенификациям подвержены пруригинозные очаги и крупные поражения складок, что чаще наблюдается у больных старше 2 лет.

Сухость.

По мере возможности этот признак следует оценивать в областях, удаленных от очагов воспаления и без предварительной аппликации смягчающих или увлажняющих средств также по 3 балльной шкале. Чешуйки от заживших воспалительных очагов не следует принимать во внимание. Пальпация также важна для оценки грубости кожи. Следует обязательно указать, есть ли сопутствующий вульгарный ихтиоз (под основными сносками на оценочном листе). Наличие трещин, как правило, связано с выраженной сухостью на конечностях.

С. Субъективные симптомы – зуд и нарушение сна, связанное с кожными поражениями и зудом. Эти признаки оцениваются у детей старше 7 лет при условии понимания родителями принципа оценки. Наиболее частой ошибкой является регистрация «нарушение сна» по различным поводам, не связанным с АД. Пациенту или его родителям предлагается указать точку в пределах 10-сантиметровой линейки, соответствующую выраженности зуда и нарушению сна усредненную за последние 3 суток.

Каждый субъективный симптом оценивается в диапазоне от 0 до 10 баллов; баллы суммируются. Сумма баллов субъективных симптомов может колебаться в диапазоне от 0 до 20.

Последний этап – непосредственный расчет величины индекса SCORAD.

Для этого необходимо выставить все полученные баллы в оценочный лист. Индекс SCORAD рассчитывается по формуле:

$$\text{SCORAD} = A/5 + 7 * B/2 + C, \text{ где}$$

А – площадь пораженной кожи, в %;

В – сумма баллов объективных признаков (эритема, отек, мокнутие, эскориации, лихенификация, сухость);

С – сумма баллов субъективных признаков (зуд, потеря сна).

Пример расчета. Больной П., 12 лет, поступил в клинику с диагнозом: Диффузный нейродермит, стадия обострения. Площадь поражения кожи равна 65%. Оценка объективных симптомов: эритема – 2 балла, отек и образование папул – 2 балла, мокнутие – 2 балла, эскориации – 3 балла, лихенификация – 2 балла, сухость – 2 балла. Итого: общий балл интенсивности объективных симптомов равен 13 баллам.

Оценка субъективных симптомов: зуд – 8 баллов, степень нарушения сна – 7 баллов. Итого: общий балл субъективных симптомов равен 15 баллам.

Индекс SCORAD равен $65/5 + 7 * 13/2 + 15 = 73,5$ балла.

С целью объективной оценки эффективности терапии расчет индекса SCORAD следует проводить до и после лечения.