

Заболеваемость псориатическим артритом в России: тенденции на современном этапе и перспективы

Мишина О.С.¹, Коротаева Т.В.², Стародубов В.И.¹, Насонов Е.Л.²

¹ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт информатизации и организации здравоохранения» Минздрава России, Москва, Россия;
²ФГБНУ Научно-исследовательский институт ревматологии им. В.А. Насоновой, Москва, Россия
¹127254 Москва, ул. Добролюбова, 11;
²115522 Москва, Каширское шоссе, 34А

¹Central Research Institute for Public Health Organization and Informatization, Ministry of Health of Russia, Moscow, Russia;
²V.A. Nasonova Research Institute of Rheumatology, Moscow, Russia
¹11, Dobrolyubov St., Moscow 127254, Russia;
²34A, Kashirskoe Shosse, Moscow 115522

Контакты: Олеся Сергеевна Мишина;
 olesya.mishina@mail.ru

Contact: Olesya Mishina;
 olesya.mishina@mail.ru

Поступила 24.02.15

К числу заболеваний, представляющих угрозу здоровью населения планеты и состоянию национальных экономик, следует отнести псориаз и псориатический артрит (ПсА). Статистический учет данной патологии в официальной статистике Минздрава России ведется только с 2009 г. В 2011 г. в целом по Российской Федерации заболеваемость ПсА, или, согласно Международной классификации болезней (МКБ), артропатическим псориазом, находилась на уровне 12,3 на 100 тыс. населения, или 5,7% от всех зарегистрированных случаев псориаза, что существенно ниже, чем в других странах. В связи с отсутствием достаточных сведений об эпидемиологии ПсА в российской популяции целью исследования явилось изучение возрастных и территориальных тенденций заболеваемости ПсА в Российской Федерации.

Материал и методы. Анализ заболеваемости ПсА проводился по материалам годовой статистической отчетности формы №12 Минздрава России за 2009–2013 гг. Проводился анализ общей и первичной заболеваемости ПсА среди детей и взрослых в интенсивных показателях на 100 тыс. населения. Оценивали распространенность ПсА, темпы прироста заболеваемости ПсА по федеральным округам и субъектам Федерации.

Результаты и обсуждение. Анализ общей заболеваемости ПсА за пять лет в России в целом показал незначительный прирост, на фоне снижения показателей в целом по классу. Это свидетельствует о тяжести заболевания, с которым пациенты вынуждены обращаться за медицинской помощью. Ситуация по заболеваемости ПсА среди детей и взрослых существенно различается по регионам России. Разрыв в показателях детского и взрослого населения говорит о недочетах в организации дерматовенерологической помощи детскому и взрослому населению на данных территориях. Тревожным фактом является то, что треть пациентов с псориазом испытывают боли в суставах, и только 8% выставлен диагноз ПсА, что также указывает на недостаточную диагностику данной патологии. Официальные статистические данные по заболеваемости ПсА в Российской Федерации существенно расходятся с результатами международных эпидемиологических исследований, что может быть связано как с недостатками в ведении отчетности, так и с трудностями диагностики. Сложившуюся ситуацию можно улучшить путем создания и внедрения алгоритма диагностики ПсА, проведения в рамках обязательного медицинского страхования диспансеризации больных псориазом с целью выявления клинических признаков ПсА и своевременного осмотра больных ревматологом, разработки маршрутизации пациентов на всех уровнях медико-социальной помощи в сочетании с усовершенствованием системы организационного учета заболеваемости ПсА в целом по стране.

Ключевые слова: псориатический артрит; распространенность в России; заболеваемость; ранняя диагностика; статистический учет.

Для ссылки: Мишина ОС, Коротаева ТВ, Стародубов ВИ, Насонов ЕЛ. Заболеваемость псориатическим артритом в России: тенденции на современном этапе и перспективы. Научно-практическая ревматология. 2015;53(3):251–257.

INCIDENCE OF PSORIATIC ARTHRITIS IN RUSSIA: TRENDS AT THE PRESENT STAGE AND PROSPECTS Mishina O.S.¹, Korotaeva T.V.², Starodubov V.I.¹, Nasonov E.L.²

The diseases that are hazardous to the health of our planet's population and to the state of national economies should include psoriasis and psoriatic arthritis (PsA). This disease has been recorded in the official statistics of the Ministry of Health of Russia since only 2009. In 2011 in the Russian Federation as whole, the incidence of PsA, or arthropathic psoriasis (according to the International Classification of Diseases (ICD)), was 12.3 per 100,000 population or 5.7% of all registered psoriasis cases, which was substantially lower than that in other countries. Due to the lack of sufficient information on the epidemiology of PsA in the Russian population, the objective of this investigation was to study age-related and regional trends in the incidence of this disease in the Russian Federation.

Material and methods. The incidence of PsA was analyzed using the data from annual statistical registered form No. 12 of the Ministry of Health of Russia over 2009–2013. The overall and primary morbidity rates of PsA among children and adults were analyzed in intensive values per 100,000 population. The prevalence of PsA and the rate of its incidence increment were analyzed in the Russian Federation's districts and subjects.

Results and discussion. The analysis showed a modest increase in overall morbidity rates of PsA in the Russia as a whole over the five years along with a decrease in the rates in the class as a whole. This suggests the disease severity that forces patients to seek medical advice. The situation associated with PsA morbidity among children and adults differs essentially in Russia's regions. The gap between in child and adult rates indicates that there are organizational problems in dermatovenereological care to the pediatric and adult populations in these regions. The alarming fact is that one-third of psoriatic patients experience joint pain and only 8% are diagnosed as having PsA, which also points to the inadequate diagnosis of this disease. The official statistical data on the incidence of PsA in the Russian Federation greatly differ from the results of international epidemiological surveys, which may be associated both with poor record keeping and diagnostic problems. The established situation may be improved by elaborating and introducing a diagnostic algorithm for PsA, by carrying out prophylactic examinations of psoriatic patients within mandatory health insurance in order to reveal the clinical signs of the disease, by timely examining the patients by a rheumatologist, and by creating the routing of the patients at all sociomedical care levels, and by simultaneously improving the system for the organizational recording of PsA cases in the country as a whole.

Keywords: psoriatic arthritis; prevalence in Russia; incidence; morbidity; early diagnosis; statistical recording.

For reference: Mishina OS, Korotaeva TV, Starodubov VI, Nasonov EL. Incidence of psoriatic arthritis in Russia: Trends at the present stage and prospects. Nauchno-prakticheskaya revmatologiya = Rheumatology Science and Practice. 2015;53(3):251–257 (In Russ.).

DOI: <http://dx.doi.org/10.14412/1995-4484-2015-251-257>

По прогнозам ВОЗ, к 2020 г. хронические заболевания станут ведущими причинами инвалидности во всем мире и будут оказывать серьезное финансовое давление на мировые системы здравоохранения [1]. В этом отношении они представляют угрозу с точки зрения как здоровья населения, так и состояния национальных экономик разных стран. К таким заболеваниям можно отнести псориаз и псориатический артрит (ПсА).

ПсА — хроническое воспалительное заболевание суставов, позвоночника и энтезисов из группы спондилоартритов, частота которого у больных псориазом достигает 30%. ПсА сопровождается снижением качества жизни больных как в результате прогрессирующего поражения костно-суставного аппарата, так и вследствие псориаза [2]. Кроме того, при псориазе и ПсА отмечается повышенный риск развития таких социально значимых сердечно-сосудистых заболеваний, как ишемическая болезнь сердца, стенокардия, инфаркт миокарда, артериальная гипертензия, ожирение, сахарный диабет 2-го типа. Все это снижает продолжительность жизни больных псориазом и ПсА в среднем на 5–7 лет по сравнению с популяцией [3, 4].

В 2011 г. в целом по Российской Федерации заболеваемость ПсА [или, согласно Международной классификации болезней (МКБ), артропатическим псориазом] находилась на уровне 12,3 на 100 тыс. населения, или 5,7% от всех зарегистрированных случаев псориаза [5], что существенно ниже, чем в других странах. Так, по данным J.M. Gelfand и соавт., распространенность ПсА в популяции США составила 0,25%, распространенность ПсА среди больных псориазом — 11% [6, 7]. В то же время данные проведенного недавно в России опроса 1091 пациента с псориазом показали, что 27,9% из них испытывают проблемы с суставами, однако диагноз ПсА установлен только у 8% [8]. На основании результатов исследований ряда авторов можно предположить, что в клинической практике существуют проблемы диагностики ПсА, часто отмечается гиподиагностика заболевания. Так, K. Reich и соавт. [9] выявили ПсА у 20,6% из 1511 больных псориазом, причем в 85% случаев ПсА был диагностирован впервые. Q. Yang и соавт. [10] в китайской популяции подтвердили ПсА у 5,8% из 1928 больных псориазом, из них ПсА впервые выявлен у 92%. Это связано с отсутствием в течение длительного времени общепринятых классификационных и диагностических критериев ПсА, клинической гетерогенностью заболевания, недооценкой специалистами или слабой диагностикой основных клинических проявлений заболевания (артрит, энтезит, спондилит, дактилит) и с отсутствием единого алгоритма выявления ПсА у больных псориазом, принятого профессиональными сообществами дерматологов и ревматологов, а также на законодательном уровне. С другой стороны, в ряде случаев может иметь место и гипердиагностика ПсА, тем более что наличие псориаза и суставных жалоб часто рассматривают исключительно в рамках ПсА. Другой причиной может быть неточность статистического учета ПсА в рамках МКБ. Так, ПсА у детей по МКБ может кодироваться как ювенильный идиопатический артрит или ювенильный ревматоидный артрит (M08.0). ПсА у взрослых нередко кодируется как ревматоидный артрит (M06.0) с псориазом, серонегативный спондилоартрит (M06.8), анкилозирующий спондилит (M45.0) с псориазом, другие воспалительные спондилопатии (M46.8). А ведь именно МКБ учитывается в рамках статистических отчетов.

В связи с высокой социальной значимостью псориаза и ПсА, отсутствием достаточных сведений об эпидемиологии ПсА в российской популяции представляется актуальным изучение распространенности ПсА у больных псориазом в разных регионах России.

Цель исследования — изучить возрастные и территориальные тенденции заболеваемости ПсА в Российской Федерации.

Материал и методы

Анализ заболеваемости ПсА проводился по материалам годовой статистической отчетности формы №12 Минздрава России за 2009–2013 гг., где ПсА, согласно МКБ, выделен кодом L40.5. По показателям заболеваемости была проведена группировка территорий. В основу группировки бралось среднее значение заболеваемости ПсА на 100 тыс. населения, которое составило в 2013 г. — 13,6 ($\sigma = 13,8$). В доверительный интервал вошли 75 из 83 субъектов Федерации, что составляет 90,4% их общего числа.

Проводился анализ общей и первичной заболеваемости ПсА среди детей и взрослых в интенсивных показателях на 100 тыс. населения. Оценивали распространенность ПсА, темпы прироста заболеваемости ПсА по федеральным округам и субъектам Федерации.

По всем территориям определяли темпы изменения уровня заболеваемости ПсА за 2009–2013 гг. Исходя из региональных величин заболеваемости ПсА выделены две крупные группы: первая — территории, где заболеваемость выросла (по подгруппам: менее чем на 10%; от 10 до 40%; на 100%), вторая (также включающая три подгруппы) — территории, где заболеваемость снизилась в тех же диапазонах. Таким образом, вся совокупность российских территорий была разделена на 6 подгрупп.

Рассчитывали среднее (M), минимальные и максимальные значения, а также доверительный интервал заболеваемости ПсА среди субъектов Федерации, распространенность ПсА в процентах, достоверность различий между показателями заболеваемости ПсА среди субъектов определяли с помощью критерия χ^2 , статистически значимыми различия считали при $p \leq 0,05$. Данные анализировали в программе Statistica 10.0.

Результаты

Динамика заболеваемости ПсА среди взрослого и детского населения на селе и в городе представлена в табл. 1. Среди взрослого населения, так же как и среди детского, заболеваемость ПсА на протяжении 5 лет значимо не менялась. В этот период среди всего взрослого населения отмечается увеличение общей заболеваемости ПсА на 10,4%, а среди всего детского населения зарегистрировано снижение этого показателя на 5%. Частота вновь выявленных случаев ПсА за последние 5 лет не изменилась. Общая заболеваемость ПсА за 5 лет в целом несколько возросла (прирост составил 9,7%).

При сравнительном анализе заболеваемости ПсА среди городского и сельского населения достоверных различий не выявлено. С 2009 по 2013 г. новые случаи заболеваемости ПсА значимо чаще выявлялись среди взрослого населения по сравнению с детьми — в 4,6 и в 6,2 раза соответственно.

Минимальные и максимальные показатели заболеваемости ПсА в различных субъектах Российской Федерации в 2009–2013 гг. представлены в табл. 2. Максимальный уро-

вень заболеваемости в 2009 г. был выше минимального по отдельным регионам в 53,5 раза, а в 2013 г. – в 41,2 раза.

Из числа регионов следует отдельно выделить Еврейскую автономную область, где в 2009 г. вообще не зафиксировано новых случаев ПсА, а также Республику Ингушетию, где в период с 2009 по 2011 г. были максимальные значения заболеваемости.

Разброс уровней заболеваемости ПсА в полюсных группах с минимальными и максимальными значениями на протяжении 5 лет изменяется разнонаправленно. Обращает на себя внимание полюсная группа с минимальными значениями, где разброс значений внутри группы увеличился с 1,4 в 2009 г. до 4,3 в 2013 г. Однако среднее значение заболеваемости ПсА в этой группе уменьшилось с 2,3 до 1,9 на 100 тыс. населения к 2013 г.

В полюсных группах с максимальными значениями заболеваемости различия между показателями отдельных территорий сократились от 2,4 в 2009 г. до 1,2 раза в 2013 г. К 2013 г. среднее значение заболеваемости ПсА в этой группе несколько увеличилось – с 60,7 до 68,3 на 100 тыс. населения.

Существенные различия выявлены между регионами с самыми низкими показателями заболеваемости детей и взрослых. Однако есть совпадения среди регионов, в которых заболеваемость по взрослому и детскому насе-

лению максимальна (табл. 3). При этом разброс между максимальными и минимальными значениями среди детского населения составил 183 раза, а среди взрослого – 140,7 раза.

В группу с максимальными значениями вошли 8 территорий, уровни заболеваемости в них выше, чем $M \pm \sigma$ (табл. 4). К этой группе относятся преимущественно тер-

Таблица 1 Заболеваемость ПсА (на 100 тыс. населения) среди всего взрослого и детского населения, а также на селе и в городе

Население	2009 г.	2010 г.	2011 г.	2012 г.	2013 г.
Общая заболеваемость:					
всего	11,3	12,6	12,3	12,1	12,4
взрослые	13,4	15,0	14,6	14,4	14,8
дети	2,0	2,3	2,0	2,2	1,9
город		12,6	12,5	12,5	12,6
село		12,8	11,7	11,1	11,7
Впервые выявленные случаи:					
всего	2,0	2,0	1,8	1,8	2,0
взрослые	2,3	2,3	2,1	2,1	2,3
дети	0,5	0,5	0,5	0,6	0,37
город		2,0	1,9	1,9	2,1
село		1,9	1,5	1,6	1,5

Таблица 2 Минимальные и максимальные показатели заболеваемости ПсА на 100 тыс. населения в субъектах Российской Федерации в 2009–2013 гг.

Года	Минимальные значения	Максимальные значения
2009 г.	Магаданская область (1,9) Республика Тыва (1,9) Калининградская область (2,6) Томская область (2,6)	Республика Дагестан (41,8) Новгородская область (44) Республика Марий Эл (55,1) Республика Ингушетия (101,7)
2010 г.	Чукотский автономный округ (2) Чувашская Республика (2,1) Псковская область (2,6) Магаданская область (3,1)	Новгородская область (49,9) Кабардино-Балкарская Республика (60,4) Республика Дагестан (62,6) Республика Ингушетия (134)
2011 г.	Орловская область (1,7) Псковская область (1,8) Республика Тыва (2,6) Чувашская Республика (2,9)	Новгородская область (42,8) Кабардино-Балкарская Республика (50,1) Республика Дагестан (61,9) Республика Ингушетия (156,1)
2012 г.	Республика Тыва (1) Еврейская автономная область (1,7) Чукотский автономный округ (2) Чувашская Республика (2,3)	Карачаево-Черкесская Республика (46,9) Новгородская область (50,3) Республика Дагестан (55,2) Кабардино-Балкарская Республика (64,8)
2013 г.	Еврейская автономная область (0,6) Чувашская Республика (1,9) Республика Тыва (2,6) Калининградская область (2,6)	Республика Дагестан (62,8) Республика Ингушетия (63,1) Карачаево-Черкесская Республика (68,9) Кабардино-Балкарская Республика (78,2)

Таблица 3 Максимальные и минимальные показатели заболеваемости ПсА среди детского и взрослого населения на 100 тыс. населения по субъектам Российской Федерации за 2013 г.

Заболеваемость	Минимальные значения	Максимальные значения
Взрослые	Еврейская автономная область (0,7) Чувашская Республика (2,4) Псковская область (3,1) Калининградская область (3,2)	Республика Дагестан (84,6) Карачаево-Черкесская Республика (89,0) Республика Ингушетия (94,9) Кабардино-Балкарская Республика (98,5)
Дети	г. Москва (0,2) Самарская область (0,2) Ставропольский край (0,2) Нижегородская область (0,4)	Владимирская область (8,0) Республика Дагестан (11,9) Кабардино-Балкарская Республика (12,4) Брянская область (36,6)

ритории Северо-Кавказского федерального округа, отчасти Северо-Запада и Центральной части России.

Темпы прироста заболеваемости ПСА на протяжении 5 лет значительно различаются по субъектам Федерации. Можно выделить 13 территорий, на которых темпы прироста в пределах $\pm 10\%$, т. е. заболеваемость практически не изменилась. Эти территории расположены преимущественно в Северо-Западном (Ленинградская, Архангельская, Калининградская области), Приволжском (Удмуртская Республика, Саратовская область), Сибирском (Республика Бурятия, Кемеровская область) федеральных округах, остальные разбросаны по другим федеральным округам: Костромская область, Республика Калмыкия, Ставропольский край, Тюменская область, Воронежская и Свердловская области.

В большей части регионов заболеваемость ПСА выросла. Так, в 15 субъектах Федерации, расположенных преимущественно в Центральном (Курская, Липецкая, Рязанская, Тамбовская, Тульская, Ярославская области), а также в Северо-Западном, Южном, Приволжском, Уральском, Сибирском федеральных округах заболеваемость ПСА увеличилась более чем на 10% (табл. 5).

Таблица 4 Территории Российской Федерации с максимальными значениями зарегистрированных случаев заболеваемости ПСА на 100 тыс. населения в 2013 г.

Субъекты Российской Федерации	Заболеваемость ПСА
Белгородская область	28,50
Республика Коми	29,20
Ненецкий автономный округ	30,40
Чеченская Республика	33,20
Республика Дагестан	62,80
Республика Ингушетия	63,10
Карачаево-Черкесская Республика	68,90
Кабардино-Балкарская Республика	78,20

Таблица 5 Территории Российской Федерации, в которых отмечается увеличение темпов прироста заболеваемости ПСА более чем на 10% в период 2009–2013 гг.

Субъекты Российской Федерации	Темп прироста, %
Сахалинская область	14,6
Республика Адыгея	16,7
Ярославская область	16,7
Санкт-Петербург	20,7
Республика Башкортостан	21,4
Ростовская область	25,0
Красноярский край	25,8
Липецкая область	26,6
Рязанская область	26,6
Тамбовская область	27,2
Самарская область	29,6
Челябинская область	36,5
Республика Тыва	36,8
Тульская область	37,4
Курская область	38,8

На 19 территориях заболеваемость ПСА за последние 5 лет выросла более чем на 40% (табл. 6). Преимущественно это субъекты Сибирского (Забайкальский край, Новосибирская, Иркутская, Омская, Томская области), Центрального (Владимирская, Ивановская, Тверская области), Дальневосточного (Амурская, Магаданская области, Чукотский автономный округ) и Северо-Кавказского (республики Дагестан, Карачаево-Черкесия, Северная Осетия – Алания) федеральных округов.

В 8 субъектах прирост заболеваемости ПСА составил более 100% (табл. 7). Это Брянская область, Ямало-Ненецкий автономный округ, Республика Карелия, Ханты-Мансийский автономный округ – Югра, Хабаровский и Камчатский края, Кабардино-Балкарская и Чеченская республики. На 381,2% увеличилась заболеваемость ПСА в Чеченской Республике.

Однако на отдельных территориях Российской Федерации в 2009–2013 гг. отмечается сокращение темпов прироста заболеваемости ПСА более чем на 10% (табл. 8).

Таблица 6 Территории Российской Федерации, где отмечается увеличение темпов прироста заболеваемости ПСА более чем на 40% на протяжении 2009–2013 гг.

Субъекты Российской Федерации	Темп прироста, %
Новосибирская область	40,6
Амурская область	42,0
Мурманская область	42,5
Чукотский автономный округ	43,9
Владимирская область	47,7
Республика Дагестан	50,2
Пермский край	50,6
Иркутская область	52,0
Кировская область	56,9
Омская область	57,9
Ивановская область	65,5
Республика Северная Осетия – Алания	68,6
Карачаево-Черкесская Республика	70,1
Курганская область	72,9
Томская область	73,1
Магаданская область	73,7
Тверская область	75,6
Забайкальский край	88,4
Краснодарский край	91,4

Таблица 7 Территории Российской Федерации с темпами прироста заболеваемости ПСА более чем на 100% на протяжении 2009–2013 гг.

Субъекты Российской Федерации	Темп прироста, %
Брянская область	105,3
Ямало-Ненецкий автономный округ	117,1
Республика Карелия	133,7
Ханты-Мансийский автономный округ – Югра	176,1
Хабаровский край	264,5
Камчатский край	309,4
Кабардино-Балкарская Республика	309,4
Чеченская Республика	381,2

Также выявлены территории, где заболеваемость ПсА сократилась более чем на 40%: Республика Марий Эл, Еврейская автономная область, Новгородская, Псковская, Орловская области, Республика Алтай, Мордовская, Чувашская республики (табл. 9).

Обсуждение

По данным официальной статистики Минздрава России, доля ПсА в структуре общей заболеваемости псориазом в период с 2009 по 2011 г. для взрослого населения составляет 5,6% и от общего числа новых случаев псориаза – 2,5%, что существенно ниже, чем в других странах [14]. Причиной низкой заболеваемости ПсА может быть его недостаточная диагностика, особенно на ранней стадии [15]. Важную роль в проведении регист-

рации играют врачи дерматовенерологи, с которыми пациенты сталкиваются в первую очередь, так как в большинстве (70%) случаев псориаз предшествует артриту [16, 17]. С другой стороны, с учетом отсутствия параллелизма между кожным и суставным процессами, необходимо взаимодействие двух специалистов – дерматовенеролога и ревматолога, поскольку в результате сложившейся клинической практики пациенты с преимущественным поражением кожи обращаются на консультацию к дерматологу, а с суставными жалобами – к ревматологу. Нередко пациенты с ограниченными формами псориаза вовсе не обращаются к дерматологу за медицинской помощью.

С точки зрения активности клинических проявлений псориаза и ПсА можно выделить несколько групп пациентов: сочетание активного псориаза и умеренного или слабого артрита, активного псориаза и активного артрита, ограниченного псориаза и умеренного или слабого артрита, ограниченного псориаза и активного артрита. В одном из первых исследований по выявлению ПсА у больных псориазом, проведенном недавно в Российской Федерации на базе дерматологической и ревматологической клиник, было показано, что избыточная диагностика ПсА дерматологами составила 30%. В большинстве случаев при псориазе развивается ПсА, однако у части пациентов ревматическое заболевание не найдено, несмотря на наличие суставных жалоб, а у меньшего числа выявлено другое ревматическое заболевание (ревматоидный артрит, реактивный артрит, анкилозирующий спондилит, ревматическая полимиалгия) [17].

Другие исследования показали, что почти у 1/3 больных псориазом дерматолог не заподозрил ПсА, хотя в дальнейшем при обследовании этот диагноз был установлен ревматологом [13, 15, 17]. Несомненно, это связано с высокой клинической гетерогенностью ПсА, при котором часто наблюдается не только артрит, но и спондилит или энтезит. Выявление этих изменений требует специальных клинических навыков и инструментального оборудования (например, ультразвуковое исследование или магнитно-резонансная томография). Одним из простых и доступных способов выявления ПсА у больных псориазом считают применение скрининговых опросников, которые помогают заподозрить ПсА и своевременно направить пациента на консультацию к ревматологу [18]. Это представляется очень важным, так как задержка в обращении к специалисту-ревматологу даже на 6 мес является самостоятельным фактором риска для возникновения в дальнейшем эрозий в суставах, сакроилиита и функциональных нарушений [19, 20]. Поэтому диагностика и лечение ПсА должны проходить в тесном сотрудничестве дерматовенерологов и ревматологов.

Анализ общей заболеваемости ПсА за 5 лет в России в целом показал незначительный прирост, на фоне снижения показателей в целом по классу. Это свидетельствует о тяжести заболевания, с которым пациенты вынуждены обращаться за медицинской помощью.

Ситуация по заболеваемости ПсА среди детей и взрослых существенно различается по регионам России. Для выявления зависимости заболеваемости ПсА между взрослым и детским населением высчитывался коэффициент корреляции, который составил 0,46. Это указывает на то, что чем выше уровень заболеваемости

Таблица 8 Территории Российской Федерации, где отмечается сокращение темпов прироста заболеваемости ПсА более чем на 10% на протяжении 2009–2013 гг.

Субъекты Российской Федерации	Темп прироста, %
Оренбургская область	-39,8
Вологодская область	-39,4
Республика Ингушетия	-38,0
Пензенская область	-33,9
г. Москва	-32,1
Республика Хакасия	-31,7
Волгоградская область	-30,2
Ульяновская область	-29,3
Республика Саха (Якутия)	-28,7
Астраханская область	-28,3
Алтайский край	-27,8
Белгородская область	-24,6
Смоленская область	-22,8
Приволжский федеральный округ	-17,5
Московская область	-16,3
Республика Коми	-15,4
Ненецкий автономный округ	-14,6
Калужская область	-14,5
Республика Татарстан	-11,5
Нижегородская область	-10,9
Приморский край	-10,7

Таблица 9 Территории Российской Федерации, где отмечается сокращение темпов прироста заболеваемости ПсА более чем на 40% на протяжении 2009–2013 гг.

Субъекты Российской Федерации	Темп прироста, %
Республика Марий Эл	-86,4
Еврейская автономная область	-86,36
Новгородская область	-83,4
Псковская область	-79,9
Республика Алтай	-65,4
Республика Мордовия	-54,5
Чувашская Республика	-48,6
Орловская область	-41,8

ПСА в детском возрасте, тем он выше и у взрослых, т. е. дерматовенерологическая служба в целом работает удовлетворительно, сохраняя преемственность в оказании помощи на протяжении жизни пациентов. Вместе с тем корреляционная связь далека от единицы, это означает, что в заметном числе регионов эти зависимости нарушены. Разрыв в показателях детского и взрослого населения говорит о недочетах в организации дерматовенерологической помощи детскому и взрослому населению на данных территориях.

Коэффициент корреляции между уровнем заболеваемости ПСА в субъектах Федерации в 2009 г. и темпами прироста составил $-0,24$, что указывает на обратную связь между этими параметрами. Иными словами, чем выше была заболеваемость ПСА в 2009 г., тем в меньшей степени она выросла за следующие годы.

Территории Приволжского и Северо-Западного федеральных округов входят в группы и с максимальными, и с минимальными уровнями заболеваемости, и это повод относиться к данным показателям как отражающим не только ситуацию по заболеваемости ПСА. Они могут быть связаны со специфическими условиями данных территорий, особенностями образа жизни населения и организацией медицинской помощи [11, 12]. Этот вопрос требует специального углубленного изучения.

В Российской Федерации отмечается большая вариабельность заболеваемости ПСА. Наибольший прирост отмечен там, где учтенная заболеваемость исходно была низкой, т. е. значительная часть больных оставались вне квалифицированной медицинской помощи. В большинстве субъектов Федерации отмечается относительно однородная ситуация в отношении заболеваемости населения ПСА, а следовательно, в отношении факторов, влияющих на уровень заболеваемости. Однако обращает на себя внимание то, что среди территорий с максимальными значениями заболеваемости на протяжении всех 5 лет преобладают субъекты Северо-Кавказского федерального округа, что может говорить или о склонности жителей Кавказа к данному заболеванию, или о дефектах диагностического процесса.

Таким образом, отмеченная тенденция свидетельствует о положительной динамике в организации помощи больным ПСА. Ситуацию по субъектам, в которых прирост заболеваемости ПСА составил более 100%, нужно изучать более детально для выявления причин увеличения заболеваемости, а также проводить мероприятия по выявлению групп риска, профилактике обострений.

Заключение

Ситуация в отношении заболеваемости населения ПСА на территории Российской Федерации остается достаточно неоднородной. Несмотря на то что 90% субъектов Федерации характеризуются близкими к средним показателями (в пределах стандартного отклонения), выявлены и полусные группы, ситуация в которых, особенно с высокими показателями заболеваемости, требует проведения более углубленных исследований. Обращает на себя внимание, что официальные статистические данные по заболеваемости ПСА в Российской Федерации существенно расходятся с результатами международных эпидемиологических исследований, что может быть связано как с недостатками в ведении отчетности, так и с трудностями диагностики.

Тревожным фактом является то, что 1/3 пациентов с псориазом испытывают боли в суставах и только у 8% выставлен диагноз ПСА, что также указывает на недостаточную диагностику данной патологии.

В группах с высокими и низкими темпами прироста заболеваемости ПСА необходимо проводить более детальный анализ факторов, вызывающих заболеваемость или, наоборот, способствующих ее сокращению. Такая картина может быть связана с плотностью населения, расстояниями до медицинских учреждений и, как следствие, доступностью медицинской помощи на данных территориях. Наибольший прирост отмечен там, где учтенная заболеваемость исходно была низкой, т. е. значительная часть больных не выявлялась и не получала квалифицированной помощи. В целом можно констатировать рост числа случаев ПСА у больных псориазом в Российской Федерации. С другой стороны, сохраняются проблемы диагностики ПСА у этой категории больных.

С нашей точки зрения, сложившуюся ситуацию можно улучшить путем создания и внедрения алгоритма диагностики ПСА, проведения в рамках обязательного медицинского страхования диспансеризации больных псориазом с целью выявления клинических признаков ПСА и своевременного осмотра больных ревматологом, разработки маршрутизации пациентов на всех уровнях медико-социальной помощи в сочетании с усовершенствованием системы организационного учета заболеваемости ПСА в целом по стране.

На всех уровнях необходимость соблюдения преемственности между дерматовенерологической и ревматологической службами в ведении таких больных. Крайне важным представляется проведение регулярных образовательных программ в рамках непрерывного медицинского образования как для дерматологов, так и для ревматологов с акцентом на раннюю диагностику и скрининг ПСА. В перспективе все эти меры могут увеличить выявляемость ПСА у больных псориазом на ранних стадиях, когда еще есть терапевтическое «окно возможности», а значит можно затормозить прогрессирование болезни, функциональных нарушений, а также увеличить качество и продолжительность жизни больных.

Прозрачность исследования

Исследование проводилось в рамках выполнения научной темы «Концепция организации медико-социальной помощи населению с хроническими заболеваниями (на примере псориаза)», утвержденной ученым советом ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт информатизации и организации здравоохранения» Минздрава России 19 июня 2012 г. Исследование не имело спонсорской поддержки. Исследователи несут полную ответственность за предоставление окончательной версии рукописи в печать.

Декларация о финансовых и других взаимоотношениях

Все авторы принимали участие в разработке концепции и дизайна исследования и в написании рукописи. Окончательная версия рукописи была одобрена всеми авторами. Авторы не получали гонорар за исследование, лекции или гранты по теме исследования. Настоящее исследование было представлено в виде тезисов на 8-й Международной Пироговской научной медицинской конференции студентов и молодых ученых (Москва, 2013 г.).

ЛИТЕРАТУРА

1. Новаторские методы оказания помощи при хронических состояниях: новые элементы для действий. Женева: ВОЗ; 2003. 92 с. [*Novatorskie metody okazaniya pomoshchi pri khronicheskikh sostoyaniyakh: novye elementy dlya deistvii* [Innovative care for chronic conditions: new elements for action]. Geneva: WHO; 2003. 92 p.].
2. Gladman DD. Psoriatic arthritis. *Rheum Dis Clin N Am*. 1998;24:829–44. doi: 10.1016/S0889-857X(05)70044-2
3. Li HW, Wang KH, Lin HC. Increased risk of acute myocardial infarction in patients with psoriasis: a 5-year population-based study in Twiwan. *J Am Acad Dermatol*. 2011;64:495–501. doi: 10.1016/j.jaad.2010.01.050
4. Gladman DD, Ang M, Su L, et al. Cardiovascular morbidity in psoriatic arthritis. *Ann Rheum Dis*. 2009;68:1131–5. doi: 10.1136/ard.2008.094839
5. Знаменская ЛФ, Мелехина ЛЕ, Богданова ЕВ и др. Заболеваемость и распространенность псориаза в Российской Федерации. Вестник дерматологии и венерологии. 2012;(5):20–9 [Znamenskaya LF, Melekhina LE, Bogdanova EV, et al. The incidence and prevalence of psoriasis in the Russian Federation. *Vestnik Dermatologii i Venerologii = Journal of Dermatology and Venereology*. 2012;(5):20–9 (In Russ.)].
6. Gelfand JM, Gladman DD, Mease PJ, et al. Epydemiology of psoriatic arthritis in the population of the United States. *J Am Acade Dermatol*. 2005;53(4):573. doi: 10.1016/j.jaad.2005.03.046
7. Parisi R, Symmons D, Griffiths Ch, et al. Global Epydemiology of Psoriasis: A systematic review of incidence and prevalence. *J Invest Dermatol*. 2013;133:377–85. doi:10.1038/jid.2012.339
8. Мишина ОС. Состояние здоровья людей с псориазом, проживающих в России. Справочник врача общей практики. 2015;(2):7–14 [Mishina OS. The health status of people with psoriasis, living in Russia. *Spravochnik Vrachy Obshchei Praktiki = Manual of General Practitioner*. 2015;(2):7–14 (In Russ.)].
9. Reich K, Kruger K, Mosner R, et al. Epydemiology and clinical pattern of psoriatic arthritis in Germany: a prospective interdisciplinary epidemiological study of 1511 patients with plaque-type psoriasis. *Br J Dermatol*. 2009;160(5):1040–7. doi: 10.1111/j.1365-2133.2008.09023.x
10. Yang Q, Qu L, Tian H, et al. Prevalence and characteristics of psoriatic arthritis in Chinese patients with psoriasis. *J Eur Acad Dermatol Venerol*. 2011;25(12):1409–14. doi: 10.1111/j.1468-3083.2011.03985.x
11. Radtke MA, Reich K, Blome C, et al. Prevalence and clinical features of psoriatic arthritis and joint complaints in 2009 patients with psoriasis: results of a German national survey. *J Eur Acad Dermatol Venerol*. 2009;23:683–91. doi: 10.1111/j.1468-3083.2009.03159.x
12. Терешин КЯ. Особенности течения псориаза в условиях Дальнего Востока и разработка методов его прогнозирования и корригирующей терапии. Автореф. дисс. ... д-ра мед. наук. Москва; 2004. 21 с. [Tereshin KYa. *Osobennosti techeniya psoriaza v usloviyakh Dal'nego Vostoka i razrabotka metodov ego prognozirovaniya i korrigiruyushchei terapii*. Avtoref. diss. ... d-ra med. nauk. Moskva; 2004. 21 s.].
13. Richard M-A, Barnette T, Rouzaud M, et al. Evidence-based recommendations on the role of dermatologists in the diagnosis and management of psoriatic arthritis: systematic review and expert opinion. *J Eur Acad Dermatol Venerol*. 2014;28 Suppl 5:3–12. doi: 10.1111/jdv.12560
14. Мишина ОС, Дворников АС, Доноцова ЕВ. Анализ заболеваемости псориазом и псориатическим артритом в Российской Федерации за 2009–2011 гг. Доктор.Ру. Аллергология Дерматология. 2013;82(4):52–5. [Mishina OS, Dvornikov AS, Donotsova EV. Analysis of the incidence of psoriasis and psoriatic arthritis in the Russian Federation in 2009–2011 years. *Doktor.Ru. Allergologiya Dermatologiya = Doktor.Ru. Allergology Dermatology*. 2013;82(4):52–5 (In Russ.)].
15. Bonifati C, Elia F, Francesconi F, et al. The diagnosis of early psoriatic arthritis in an outpatient dermatological centre for psoriasis. *J Eur Acad Dermatol Venerol*. 2012;26:627–33. doi: 10.1111/j.1468-3083.2011.04138.x
16. Gladman DD, Antoni C, Mease P, et al. Psoriatic arthritis: epidemiology, clinical features, course, and outcome. *Ann Rheum Dis*. 2005;64:ii14–7. doi: 10.1136/ard.2004.032482
17. Prey S, Paul C, Bronsard E, et al. Assessment of risk of psoriatic arthritis in patients with plaque psoriasis: a systematic review of the literature. *J Eur Acta Dermatol Venerol*. 2010;2:31–5. doi: 10.1111/j.1468-3083.2009.03565.x
18. Чамурлиева МН, Логинова ЕЮ, Коротаева ТВ, Баткаев ЭА. Поражение костно-суставного аппарата у больных псориазом по данным скринингового опросника PEST (Psoriasis Epydemiology Screening Tool) и ревматологического клинико-инструментального обследования. Научно-практическая ревматология. 2014;52(6):636–42 [Chamurlieva MN, Loginova EYu, Korotaeva TV, Batkaev EA. Osteoarticular injury in psoriatic patients according to the data of PEST (Psoriasis Epidemiology Screening Tool) questionnaire and rheumatological clinicoinstrumental examination. *Nauchno-prakticheskaya revmatologiya = Rheumatology Science and Practice*. 2014;52(6):636–42 (In Russ.)]. doi: 10.14412/1995-4484-2014-636-642
19. Coates L, Aslam T, Al Balushi F, et al. Comparison of three screening tools to detect psoriatic arthritis in patients with psoriasis (CONTEST study). *Br J Dermatol*. 2013;168(4):802–7. doi: 10.1111/bjd.12190
20. Haroon M, Galladher P, FitzGerald O. Diagnostoc delay of more than 6 months contributes to poor radiographic and functional outcome in psoriatic arthritis. *Ann Rheum Dis*. 2015 Jun;74(6):1045–50. doi: 10.1136/annrheumdis-2013-204858. Epub 2014 Feb 13.
21. Haroon M, Kirby B, FitzGerald O. High prevalence of psoriatic arthritis in patients with severe psoriasis with suboptimal performance of screening questionnaires. *Ann Rheum Dis*. 2013;72:736–40. doi: 10.1136/annrheumdis-2012-201706.