

# Программа медико-социального сопровождения пациентов с псориазом и/или псориатическим артритом, которым показана терапия генно-инженерными биологическими препаратами в условиях реальной клинической практики

Л.С. Круглова<sup>1</sup>, Т.В. Коротаева<sup>2</sup>

<sup>1</sup> ФГБУ ДПО «Центральная государственная медицинская академия»  
Управления делами Президента Российской Федерации,  
121359, Российская Федерация, Москва,  
ул. Маршала Тимошенко, 19, стр. 1а  
<sup>2</sup> ФГБНУ «Научно-исследовательский институт ревматологии им. В.А. Насоновой»  
115522, Российская Федерация, Москва,  
Каширское шоссе, 34а

<sup>1</sup> Central State Medical Academy of Administrative Department of the President of the Russian Federation  
121359, Russian Federation, Moscow,  
Marshal Tymoshenko str., 19, build. 1a  
<sup>2</sup> V.A. Nasonova Research Institute of Rheumatology  
115522, Russian Federation, Moscow,  
Kashirskoe highway, 34A

**Контакты:** Круглова Лариса Сергеевна:  
kruglovals@mail.ru

**Contacts:** Larisa Kruglova; e-mail  
kruglovals@mail.ru

Поступила: 02.07.2020

Медико-социальная значимость псориаза (ПсО) обусловлена его широкой распространенностью среди различных возрастных групп, выраженным снижением качества жизни пациентов, возможным неблагоприятным исходом, особенно при ассоциации с коморбидной патологией. В статье проанализированы клинико-анамнестические данные, полученные в ходе проведения программы медико-социального сопровождения пациентов с ПсО и/или псориатическим артритом (ПсА) тяжелого и среднетяжелого течения «Возьми псориаз под контроль», проведенной РООИ «Здоровье человека» совместно с Межрегиональной благотворительной общественной организацией «Кожные и аллергические болезни». В исследовании приняли участие 20 врачей (8 дерматологов и 12 ревматологов) из 11 городов и регионов России. Программа продолжалась 3 месяца и включала в себя одномоментный срез эпидемиологических данных 564 пациентов и обучающие программы для пациентов, направленные на улучшение знаний о заболевании, факторах риска неблагоприятного течения заболевания, современных подходах к диагностике. Сочетанная патология – ПсА и ПсО была установлена дерматологами у каждого третьего. Ревматологами у подавляющего большинства пациентов (94%) на фоне ПсА диагностировался ПсО. В структуре коморбидной патологии преобладали сердечно-сосудистые заболевания (44%) и эндокринные нарушения (метаболический синдром, сахарный диабет, 23%) в сочетании с другими заболеваниями или без них. У 37% больных индекс массы тела (ИМТ) был выше нормы, при этом большинство пациентов, получающих генно-инженерные биологические препараты (ГИБП), имели повышенную массу тела. Пациенты в возрастной группе 45–59 лет, находящиеся под наблюдением дерматологов, получали ГИБП в 58% случаев, под наблюдением ревматологов – в 49%. Напротив, пациентам в возрасте 18–44 лет ревматологи чаще назначали ГИБП, чем дерматологи (в 43 и 27% случаев соответственно). При этом средний возраст пациентов, получающих ГИБП по назначению дерматологов и ревматологов, составлял 47,95 и 40,84 года соответственно. Применение ГИБП позволяло достигать PASI 75 при ПсО и минимальной активности при ПсА значительно чаще (у 95 и 72% пациентов), чем назначение БПВП/тсБПВП (у 43 и 27%) и других видов терапии (у 64 и 14% соответственно).

**Ключевые слова:** псориаз, псориатический артрит, коморбидная патология, генно-инженерные биологические препараты  
**Для цитирования:** Круглова Л.С., Коротаева Т.В. Программа медико-социального сопровождения пациентов с псориазом и/или псориатическим артритом, которым показана терапия генно-инженерными биологическими препаратами в условиях реальной клинической практики. Научно-практическая ревматология 2020;58(5):495–502.

## MEDICAL AND SOCIAL CARE PROGRAM FOR PATIENTS WITH PSORIASIS AND/OR PSORIATIC ARTHRITIS ELIGIBLE FOR BIOLOGICAL DMARDS IN REAL CLINICAL PRACTICE

Larisa S. Kruglova<sup>1</sup>, Tatiana V. Korotaeva<sup>2</sup>

High prevalence in different age groups, a significant decrease in patient's quality of life, and potentially unfavorable outcomes, especially in association with comorbid pathologies define the medico-social significance of psoriasis. The article analyzes the clinical and anamnestic data obtained within the program of medical and social support of patients with psoriasis (PsO) and / or high-to-moderate severity psoriatic arthritis (PsA) "Take control of psoriasis", launched by ROOI "Human Health" in the conjunction with the Interregional Charitable Public Organization "Skin and Allergic Diseases". The study involved 20 physicians (8 dermatologists and 12 rheumatologists) from 11 cities and regions of Russia. The program lasted for 3 months and included one-time epidemiologic data collection of 564 patients and educational sessions, aimed to inform patients about their disease features, risk factors, and current international approaches to diagnostics. Every third patient demonstrated the features of both – psoriatic arthritis and psoriasis, established by two specialties – dermatologists and rheumatologists co-existing PsO+PsA in the majority of patients (94%). Patients with various forms of PsO and PsA had comorbid conditions, with prevailing cardiovascular, endocrine and metabolic disorders. Cardiovascular diseases prevailed in the structure of comorbid pathology showing 44% incidence, followed by endocrine disorders (metabolic syndrome, diabetes mellitus) diagnosed in 23% sometimes associated with other diseases in a proportion of patients; 37% patients were overweight or obese based on BMI, especially those receiving biologics. 58% and 49% of patients in the age group of 45–59 years received biologic therapy under the supervision of dermatologists and rheumatologists, respectively. In contrast, patients aged 18–44 years were more likely to be on biologic therapy administered by a rheumatologist – 43%, with only 27% treated by dermatologists. Among all patients on biologic therapy dermatological patients' mean age was 47.95 years and

rheumatological – 40.84 years. Therapy with biologics made it possible to achieve PASI 75 in PsO and minimal disease activity in PsA significantly more often (in 95% and 72% of patients) than therapy with conventional DMARDs / tsDMARD (in 43% and 27%) and other types of therapy (in 64% and 14%, respectively).

**Keywords:** psoriasis, psoriatic arthritis, comorbidity, biological genetic engineering therapy

**For citation:** Kruglova L.S., Korotaeva T.V. Medical and social care program for patients with psoriasis and/or psoriatic arthritis eligible for biological dmards in real clinical practice. Nauchno-Prakticheskaya Revmatologiya=Rheumatology Science and Practice 2020;58(5):495–502 (In Russ.).

**doi:** 10.47360/1995-4484-2020-495-502

Псориаз (ПсО) – хроническое системное иммуно-воспалительное заболевание, характеризующееся генетической предрасположенностью и широким спектром иммунологических нарушений, ассоциирующихся с выраженной клинической гетерогенностью и коморбидной патологией [1]. Расшифровка роли «провоспалительных» цитокинов, таких как интерлейкин (ИЛ) -17, ИЛ-12, ИЛ-23, фактора некроза опухоли (ФНО)- $\alpha$ , способствовало разработке новых эффективных методов «таргетной» терапии генно-инженерными биологическими препаратами (ГИБП), позволившими существенно улучшить результаты лечения ПсО [2]. Медико-социальная значимость ПсО обусловлена широкой распространенностью среди различных возрастных групп, выраженным снижением качества жизни пациентов, возможным неблагоприятным исходом, особенно при ассоциации с коморбидной патологией. По данным эпидемиологических исследований, распространенность ПсО в России превышает 2%, а по влиянию на качество жизни ПсО занимает лидирующее место среди других кожных заболеваний [3]. Пациенты со среднетяжелыми и тяжелыми формами составляют около 50% от общего числа больных ПсО, и у большинства из них проводится недостаточно эффективная терапия. Для получения оптимального результата ее следует назначать с учетом наличия системного воспалительного процесса и в соответствии с концепцией «Лечения до достижения цели», которая подразумевает своевременное использование ГИБП [4].

В ряде исследований было показано, что от 40 до 50% пациентов в настоящее время не удовлетворены результатами лечения. При этом следует отметить, что от 30 до 50% пациентов со среднетяжелым и тяжелым ПсО получают только топическую терапию или не получают никакого лечения [5]. Таким образом, лечение, которое назначается по поводу ПсО, часто оказывается недостаточно эффективным, поскольку существенное улучшение качества жизни пациентов с ПсО возможно лишь при полном или почти полном очищении кожного покрова (PASI 90–100). По данным эпидемиологических и клинических исследований, у каждого четвертого пациента с ПсО развивается псориатический артрит (ПсА) [6]. ПсА – хроническое иммуновоспалительное заболевание, которое, с одной стороны, рассматривается как наиболее частая коморбидная патология при ПсО в рамках «системной псориатической болезни», а с другой – классифицируется как клиническая форма спондилоартритов (СпА) [7, 8]. Как правило, псориатическое поражение кожи предшествует развитию ПсА (около 70% случаев), но может развиваться одновременно (20% случаев) или после появления первых признаков поражения опорно-двигательного аппарата (10–15% случаев). В клинической практике в зависимости от тяжести изменений кожи и суставов ведение пациентов с ПсА осуществляют врачи – дерматовенерологи и ревматологи. Результаты многочисленных исследований свидетельствуют об общности патогенетических механизмов ПсО и ПсА, что соответствует данным о сходной эффективности препаратов, применяемых для лечения обоих

заболеваний, и нашло свое отражение в международных [9–12] и российских рекомендациях [13].

По современным представлениям эволюция псориаза до ПсА проходит несколько фаз: «преклиническую», «субклиническую» и «продромальную» [7, 14]. Эта точка зрения основана на данных, свидетельствующих о том, что в синовио-энтезальных тканях, костных структурах воспалительные изменения и эрозии формируются еще до появления первых клинических симптомов ПсА [15]. Поэтому назначение стандартной терапии базисными противовоспалительными препаратами (БПВП) после появления значимых рентгенологических симптомов ПсА не всегда может повлиять на прогноз заболевания в целом. Безусловно, основным условием для достижения существенного клинического улучшения и предотвращения инвалидизации является ранняя диагностика и своевременное назначение активной терапии. Для этого необходимо повышать осведомленность дерматовенерологов и врачей первичной медико-санитарной помощи о заболевании, факторах риска, предикторах развития и клинических симптомах. В настоящее время разработано несколько опросников для дерматовенерологов и врачей общей практики, которые позволяют заподозрить ПсА и как можно раньше направить пациента на консультацию к ревматологу для принятия консолидированного решения о назначении оптимального лечения. В этой связи раннее назначение ряда ГИБП до формирования хронической иммунной и воспалительной дерегуляции (доклинический период) может способствовать не только стабилизации процесса, но и профилактике структурных изменений при ПсА [16]. Несмотря на активное внедрение ГИБП, в реальной практике остаются проблемы доступности пациентам данного вида медицинской помощи, эффективности и безопасности ГИБП с различными механизмами действия.

В настоящее время недостаточно данных о «портрете» пациентов с ПсО среднетяжелого и тяжелого течения и ПсА в реальной практике, сведений о применении разных видов терапии, включая ГИБП, а также о распространенности коморбидной патологии у этой категории больных. Между тем потребность в этой информации для практического здравоохранения очевидна. В 2019 году стартовала пилотная программа по медико-социальному сопровождению пациентов с ПсО и ПсА «Возьми псориаз под контроль», которую РООИ «Здоровье человека» реализовала совместно с Межрегиональной благотворительной общественной организацией «Кожные и аллергические болезни». В исследовании приняли участие 20 врачей (8 дерматологов и 12 ревматологов) из 11 городов и регионов России.

#### Клиническая характеристика пациентов

Были проанализированы данные 564 больных ПсО и ПсА, находившихся на лечении в профильных стационарах (круглосуточный, дневной). Все пациенты были со среднетяжелым и тяжелым течением ПсО и ПсА.

Длительность программы составила 3 месяца, данные исследуемых показателей (где было приемлемо) сравнивались с данными за последний год, предшествующий программе. Среди дерматологических пациентов преобладали больные с вульгарным ПсО, большая часть ревматологических пациентов наблюдались с диагнозом «другие псориазические артропатии» (рис. 1).

Среди 564 пациентов, включенных в исследование, было 287 (51%) женщин и 277 (49%) мужчин. Наиболее многочисленными были группы больных молодого (18–44 года,  $n=243$ , 43%) и среднего (45–59 лет,  $n=222$ , 39%) возраста. 13 (2%) пациентов были моложе 18 лет, 85 (15%) вошли в группу 60–74 лет и 1 больной был старше 74 лет. Сочетанная патология – ПсА и ПсО была установлена дерматологами у каждого третьего пациента ( $n=83$ ; 33%). У ревматологов в подавляющем большинстве случаев ( $n=296$ ; 94%) на фоне ПсА диагностировался ПсО.

В целом ГИБП получали 178 пациентов (32%) (табл. 1).

390 (69%) из 564 пациентов получали наружную терапию, 366 (65%) – БПВП, 286 (51%) – нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП), 73 (13%) – глюкокортикоиды (ГК) и только 4 (1%) – таргетные синтетические БПВП (тсБПВП). ГИБП применялись в 178 (32%) случаях. У 207 (83%) из 248 пациентов, наблюдаемых дерматологами, проводилась наружная терапия, 116 (47%) получали БПВП, 22 (9%) – НПВП, 11 (4%) – ГК и 2 (1%) – тсБПВП. ГИБП использовались у 59 (24%) пациентов. Ревматологи 264 (84%) из 316 пациентов назначали НПВП, 250 (79%) – БПВП, 183 (58%) – наружную терапию, 62 (20%) – ГК и 2 (1%) – тсБПВП. При этом ГИБП применялись намного чаще – у 119 (38%) пациентов.

Таким образом, дерматологи и ревматологи применяли преимущественно комбинированные методы терапии, включающие препараты разных групп (рис. 2, 3). У дерматологов ГИБП получали 59 пациентов, 51 (86%) из них – устекинумаб, 3 (5%) – секукинумаб и 5 (8%) – ингибиторы ФНО $\alpha$ . Ревматологи абсолютному большинству – 84 из 119 (71%) пациентов в качестве ГИБП назначали

ингибиторы ФНО $\alpha$ , в том числе 24 (20%) – инфликсимаб, 19 (16%) – адалимумаб, 20 (17%) – этанерцепт, 12 (10%) – голимумаб, 9 (8%) – цертолизумаб пэгол, 24 (20%) пациента получали устекинумаб и 11 (9%) – секукинумаб.

Пациенты в возрастной группе 45–59 лет, находящиеся под наблюдением дерматологов, получали ГИБП в 34 случаях (58%), под наблюдением ревматологов – в 58 (49%). Напротив, пациентам 18–44 лет ревматологи назначали ГИБП чаще, чем дерматологи, – в 51 (43%) и 16 (27%) случаев соответственно. В возрастной категории 60–74 лет (пожилой возраст) 10 (8%) больных получали ГИБП у ревматологов и 8 (14%) – у дерматологов. Таким образом, можно сделать вывод, что дерматологи реже назначают ГИБП молодым пациентам, при этом средний возраст больных, получающих ГИБП у дерматологов и ревматологов, составлял 47,95 и 40,84 года соответственно.

Разные группы инвалидности имели 139 пациентов (24,6%), получавших ГИБП, и 85 больных (15,1%), которым назначалась другая терапия. В целом ревматологи и дерматологи применяли ГИБП у сопоставимого количества пациентов (77 и 80% соответственно). У дерматологов пациенты, получавшие ГИБП, в 10 раз чаще имели инвалидность, чем больные, которым проводилась другая терапия, – в 47 (80%) и 14 (7%) случаях соответственно, у ревматологов – соответственно в 92 (77%) и 71 (36%) случае (табл. 3).

62 (45%) из 139 пациентов, имеющих инвалидность и получающих ГИБП, работают и 77 (55%) – не работают. 32 (82%) из 39 пациентов без инвалидности, получающих ГИБП, работают и 7 (18%) – не работают. Другую терапию получают 85 пациентов с инвалидностью, при этом 50 (59%) из них не работают и 35 (41%) – работают.

### Клиническая характеристика пациентов, получающих ГИБП

Средняя длительность основного заболевания у пациентов, включенных в исследование дерматологами

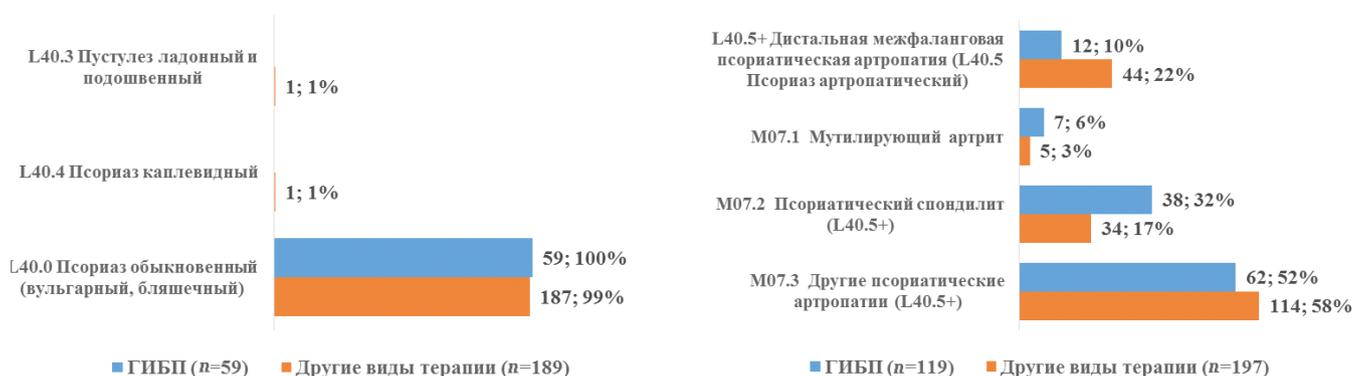


Рис. 1. Диагнозы и лечение пациентов, наблюдавшихся у дерматологов и ревматологов

Таблица 1. Распределение пациентов по полу в зависимости от вида терапии и специализации врача

Пол пациента	Дерматологи				Ревматологи				Всего					
	ГИБП		другие виды терапии		ГИБП		другие виды терапии		ГИБП		другие виды терапии		Всего	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Женский	21	36	79	42	77	65	110	56	98	55	189	49	287	51
Мужской	38	64	110	58	42	35	87	44	80	45	197	51	277	49
Всего	59	100	189	100	119	100	197	100	178	100	386	100	564	100

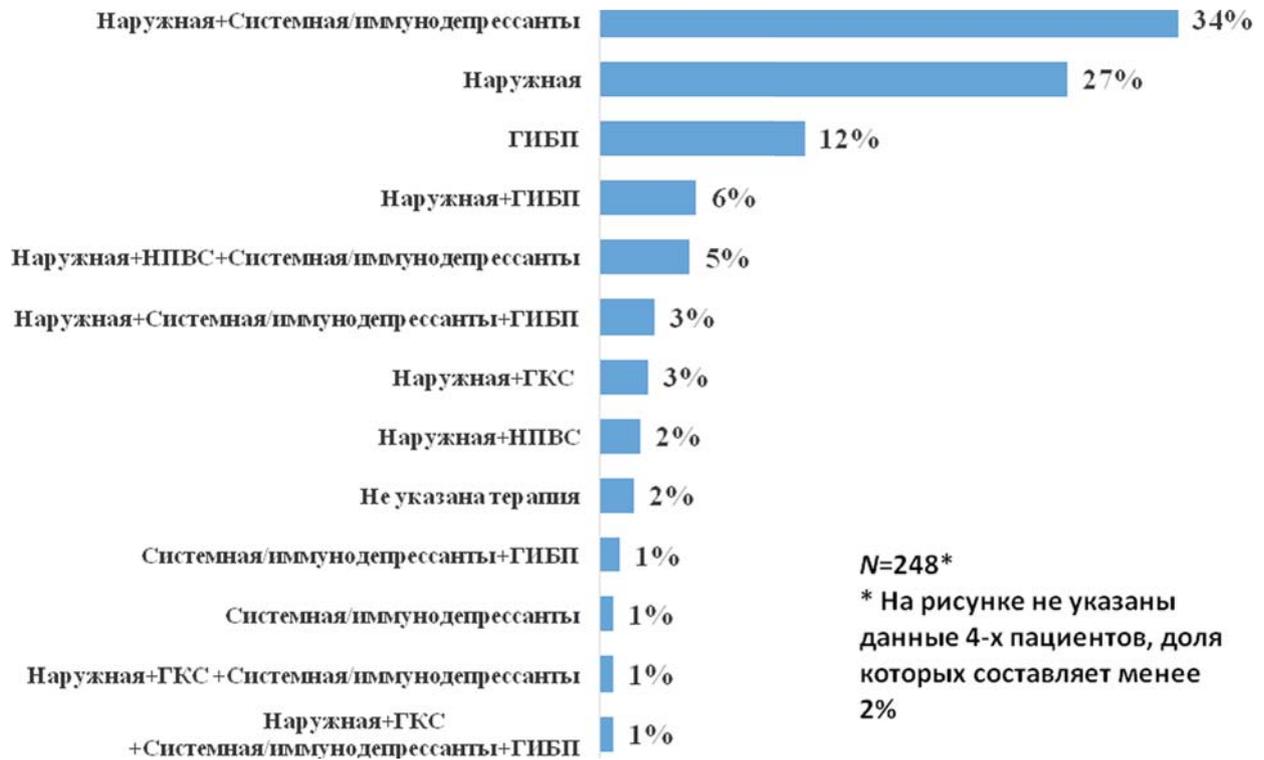


Рис. 2. Терапевтические комбинации, назначаемые дерматологами

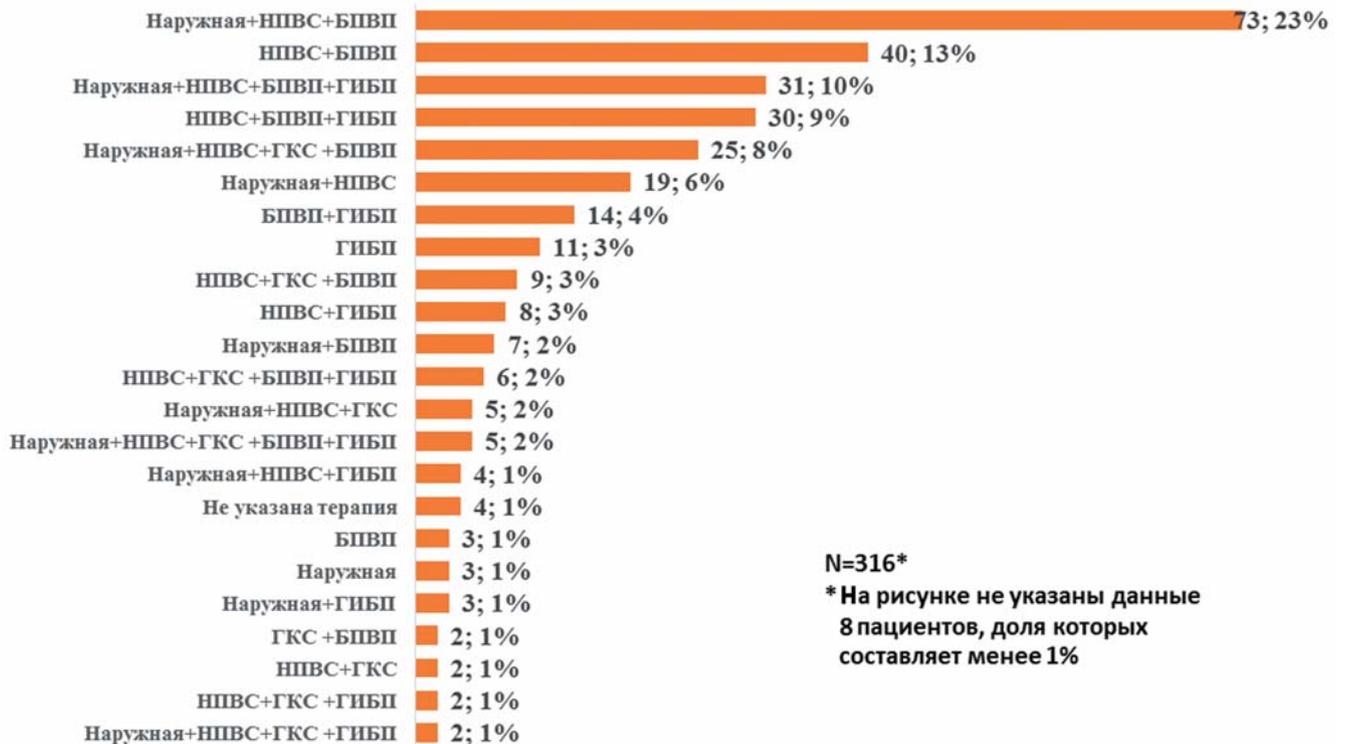


Рис. 3. Терапевтические комбинации, назначаемые ревматологами

и получавших ГИБП, составила 22,69 года ( $p<0,05$ ), у получавших другие виды терапии – 14,77 года ( $p<0,05$ ). У пациентов, включенных в исследование ревматологами, – 12,45 ( $p<0,05$ ) и 8,17 года ( $p<0,05$ ) соответственно. Таким образом, ревматологи значительно раньше назначают системную терапию, а ГИБП – в среднем на 10,24 года раньше, чем дерматологи.

Коморбидные заболевания выявлены у 388 (68,8%) из 564 пациентов. 134 из них (23,8%) получали ГИБП и 254 (45%) – другие виды терапии. В структуре коморбидной патологии преобладали сердечно-сосудистые и эндокринные заболевания.

Сопутствующие сердечно-сосудистые заболевания выявлены у 249 (44%) пациентов, наиболее частым из них

Таблица 2. Распределение пациентов по возрастным категориям с учетом вида терапии и специализации врача

Возрастные категории	Дерматологи				Ревматологи				Всего				Всего	
	ГИБП		другие виды терапии		ГИБП		другие виды терапии		ГИБП		другие виды терапии			
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
<18 лет	1	2	12	6	0	0	0	0	1	1	12	3	13	2
18–44 года	16	27	101	53	51	43	75	38	67	38	176	46	243	43
45–59 лет	34	58	49	26	58	49	81	41	92	52	130	34	222	39
60–74 года	8	14	27	14	10	8	40	20	18	10	67	17	85	15
75–89 лет	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	1	0	1	0
>90 лет	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Всего	<b>59</b>	100	<b>189</b>	100	<b>119</b>	100	<b>197</b>	100	<b>178</b>	100	<b>386</b>	100	<b>564</b>	100

Таблица 3. Распределение пациентов по группам инвалидности в зависимости от вида терапии и специализации врача

Наличие инвалидности	Дерматологи				Ревматологи				Всего				Всего	
	ГИБП		другие виды терапии		ГИБП		другие виды терапии		ГИБП		другие виды терапии			
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Нет	12	20	175	93	27	23	126	64	39	22	301	78	340	60
Есть	47	80	14	7	92	77	71	36	139	78	85	22	224	40
Всего	<b>59</b>	100	<b>189</b>	100	<b>119</b>	100	<b>197</b>	100	<b>178</b>	100	<b>386</b>	100	<b>564</b>	100
Группы инвалидности														
первая	0	0	3	21	0	0	1	1	0	0	4	5	4	2
вторая	4	9	2	14	23	25	19	27	27	19	21	25	48	21
третья	43	91	9	64	69	75	51	72	112	81	60	71	172	77
Всего (по группам)	<b>47</b>	100	<b>14</b>	100	<b>92</b>	100	<b>71</b>	100	<b>139</b>	100	<b>85</b>	100	<b>224</b>	100

была гипертоническая болезнь, которая диагностирована в 220 (88,4%) случаях, ишемическая болезнь сердца со стенокардией напряжения I–II функционального класса отмечалась лишь у 24 (9,6%) больных. 89 (15,8%) пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями получали ГИБП, и у 160 (28,4%) проводилась другая терапия.

Сопутствующие эндокринные заболевания выявлены у 129 пациентов (22,9%). Наиболее часто встречались метаболический синдром ( $n=87$ , 67,4%) и сахарный диабет 1 ( $n=7$ , 5,4%) и 2 ( $n=35$ , 27,1%) типа. 51 (39,5%) пациент с сопутствующей эндокринной патологией получал ГИБП. 24 (40,7%) из них наблюдались у дерматологов и 27 (22,7%) – у ревматологов (табл. 4).

У 210 (37%) пациентов индекс массы тела (ИМТ) был выше нормы, при этом большинство пациентов, получающих ГИБП, имели повышенную массу тела (табл. 5).

У всех пациентов, наблюдавшихся у дерматолога, был диагностирован вульгарный ПсО, при этом у части больных отмечалось поражение ногтевых пластин, элементы сыпи локализовались также на ладонях и подошвах и в инверсных зонах.

### Анализ результатов применения ГИБП

В результате проводимой дерматологами терапии ремиссия (PASI 75) при использовании ГИБП была достигнута у 56 (95%) из 59 больных при назначении БПВП, тсБПВП – у 44 (43%) из 103, на фоне другой терапии – у 55 (64%) из 86. В группе, наблюдавшейся у ревматологов, снижение степени тяжести ПсА отмечалось соответственно у 69 (58%), 44 (27%) и 7 (20%) пациентов. PASI

75 у пациентов, лечившихся у ревматологов, был достигнут соответственно в 86 (72%), 44 (27%) и 5 (14%) случаях (табл. 7). Таким образом, применение ГИБП чаще обеспечивает контроль над заболеванием, чем другое лечение.

Таким образом, применение ГИБП при ПсО позволило достичь PASI 75 у 95% пациентов, тогда как БПВП, тсБПВП – у 43% и других видов терапии – у 64%. При ПсА минимальная активность была достигнута соответственно у 72, 27 и 14% больных (рис. 4, 5).

### Обсуждение

Были проанализированы данные 564 больных ПсО и ПсА. Самые многочисленные группы составили пациенты в возрасте 18–44 лет (молодой возраст) и 45–59 лет (средний возраст). У всех больных отмечалось среднетяжелое и тяжелое течение ПсО и ПсА, в связи с чем периодически проводилось стационарное лечение. Развитие ПсА у пациентов с ПсО было установлено дерматологами у каждого третьего пациента. Ревматологи диагностировали ПсО у подавляющего большинства пациентов с ПсА (94%). И дерматологи, и ревматологи преимущественно применяли в лечении больных комбинации препаратов разных групп. Интересно, что из БПВП применяли главным образом метотрексат, ацетритин и циклоспорин (последние два назначали преимущественно врачи-дерматологи), а тсБПВП (апремиласт или тофацитиниб) использовали только у 4 пациентов.

Всего ГИБП получали 32%, БПВП/тсБПВП – 45,4%, другие виды терапии – 21,5% больных. Пациенты в возрастной группе 45–59 лет, находящиеся под наблюдением

Таблица 4. Распределение пациентов по наличию/отсутствию коморбидных заболеваний и их структуре в зависимости от вида терапии

Наличие коморбидных заболеваний	Дерматологи				Ревматологи				Всего				Всего	
	ГИБП		другие виды терапии		ГИБП		другие виды терапии		ГИБП		другие виды терапии			
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Нет	19	32	86	46	25	21	46	23	44	25	132	34	176	31
Есть	40	68	103	54	94	79	151	77	134	75	254	66	388	69
Всего	<b>59</b>	100	<b>189</b>	100	<b>119</b>	100	<b>197</b>	100	<b>178</b>	100	<b>386</b>	100	<b>564</b>	100
<b>Виды и сочетания коморбидных заболеваний</b>														
- эндокринные	8	14	12	6	1	1	8	4	9	5	20	5	29	5
- сердечно-сосудистые	10	17	21	11	27	23	36	18	37	21	57	15	94	17
- эндокринные и сердечно-сосудистые	16	27	10	5	9	8	13	7	25	14	23	6	48	9
- другие	4	7	28	15	26	22	38	19	30	17	66	17	96	17
- эндокринные, сердечно-сосудистые и другие	0	0	9	5	11	9	18	9	11	6	27	7	38	7
- сердечно-сосудистые и другие	2	3	15	8	14	12	38	19	16	9	53	14	69	12
- эндокринные и другие	0	0	8	4	6	5	0	0	6	3	8	2	14	2
Без коморбидной патологии	19	32	86	46	25	21	46	23	44	25	132	34	176	31
Всего	<b>59</b>	100	<b>189</b>	100	<b>119</b>	100	<b>197</b>	100	<b>178</b>	100	<b>386</b>	100	<b>564</b>	100

Таблица 5. Распределение пациентов с учетом ИМТ, вида терапии и специализации врача

Индекс массы тела	Дерматологи				Ревматологи				Всего				Всего	
	ГИБП		другие виды терапии		ГИБП		другие виды терапии		ГИБП		другие виды терапии			
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Выраженный дефицит массы тела	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Недостаточная масса тела (дефицит)	0	0	3	2	2	2	3	2	2	1	6	2	8	1
Норма	7	12	76	40	32	27	46	23	39	22	122	32	161	29
Избыточная масса тела (предожирение)	27	46	52	27	50	42	81	41	77	43	133	34	210	37
Ожирение	16	27	37	20	20	17	46	23	36	20	83	22	119	21
Резкое ожирение	5	8	12	6	11	9	13	7	16	9	25	6	41	7
Очень резкое ожирение	4	7	9	5	4	3	8	4	8	5	17	4	25	5
Всего	<b>59</b>	100	<b>189</b>	100	<b>119</b>	100	<b>197</b>	100	<b>178</b>	100	<b>386</b>	100	<b>564</b>	100

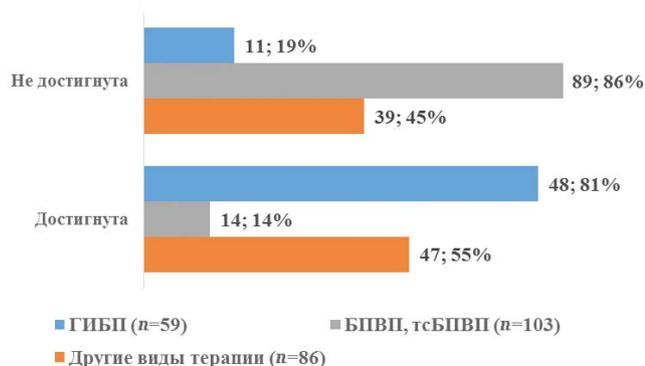


Рис. 4. Распределение пациентов под наблюдением дерматологов по достижению ремиссии или минимальной активности ПСА в зависимости от вида терапии

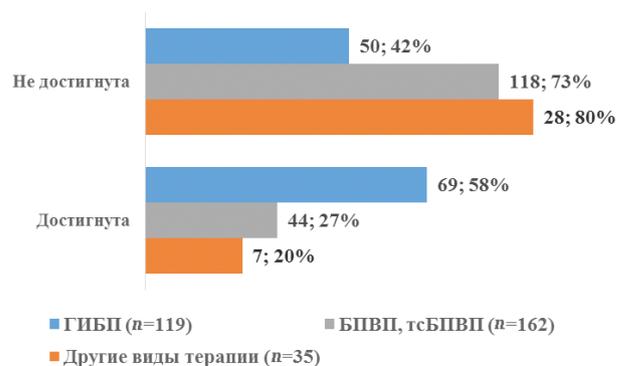


Рис. 5. Распределение пациентов под наблюдением ревматологов по достижению ремиссии или минимальной активности ПСА в зависимости от вида терапии

Таблица 6. Клинико-anamнестические данные пациентов, получающих ГИБП

Показатель	Наблюдение у дерматолога	Наблюдение у ревматолога
Всего, <i>n</i>	59 (24%)	119 (38%)
Возраст		
18–44 года	27%	43%
45–59 лет	58%	49%
Наличие инвалидности	80%	77%
Клиническая форма, <i>n</i>		
L40.0 Вульгарный псориаз	100%	–
M07.2 (L40.5+) Псориатический спондилит		32%
L40.5+ Дистальная межфаланговая псориатическая артропатия		10%
M07.1 Мутилирующий артрит		6%
M07.3 Другие псориатические артропатии		52%
Другие формы псориаза, <i>n</i>		
Псориатическая ониходистрофия	15/48%	28/26%
Ладонно-подошвенный псориаз	14/45%	40/37%
Инверсный псориаз	2/7%	16/15%
Сочетание псориаза и ПсА, <i>n</i>	83/33%	296/94%
Средняя длительность заболевания до назначения ГИБП, годы	22,69	12,45
Средний возраст, годы	47,95	40,84
Коморбидная патология у пациентов, получающих ГИБП		
Избыточная масса тела (в том числе ожирение), <i>n</i>	52/91%	85/71%
Сердечно-сосудистые заболевания, <i>n</i>	28/47%	61/51%
Эндокринная патология, <i>n</i>	24/41%	27/23%
Другая сопутствующая соматическая патология, <i>n</i>	6/10%	57/48%
Нет коморбидной патологии, <i>n</i>	19/32%	25/21%

Таблица 7. Частота ремиссии и PASI 75 у пациентов, наблюдаемых дерматологами и ревматологами, с учетом проводимой терапии за последние 3 месяца

	Дерматологи						Ревматологи						Всего	
	ГИБП		БВП, тсБВП		другие виды терапии		ГИБП		БВП, тсБВП		другие виды терапии			
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Ремиссия (минимальная активность ПсО/ПсА) за последние 3 месяца на фоне терапии														
Не достигнута	11	19	89	86	39	45	50	42	118	73	28	80	335	59
Достигнута	48	81	14	14	47	55	69	58	44	27	7	20	229	41
Всего	<b>59</b>	100	<b>103</b>	100	<b>86</b>	100	<b>119</b>	100	<b>162</b>	100	<b>35</b>	100	<b>564</b>	100
PASI 75 на фоне терапии за последние 3 месяца														
Не достигнут	3	5	59	57	31	36	33	28	118	73	30	86	274	49
Достигнут	56	95	44	43	55	64	86	72	44	27	5	14	290	51
Всего	<b>59</b>	100	<b>103</b>	100	<b>86</b>	100	<b>119</b>	100	<b>162</b>	100	<b>35</b>	100	<b>564</b>	100

дерматологов, получали ГИБП в 58% случаев, под наблюдением ревматологов – в 49%. Напротив, пациентам в возрасте 18–44 лет ГИБП чаще назначали ревматологи (в 43% случаев) и только в 27% – дерматологи. Таким образом, дерматологи реже назначают ГИБП молодым пациентам, при этом средний возраст больных, получающих ГИБП по рекомендации дерматолога, составил 47,95 года, а по назначению ревматолога – 40,84 года. Средняя длительность основного заболевания у пациентов, включенных в исследование дерматологами и получавших ГИБП, составила 22,7 года, у получавших другие виды терапии – 14,8 года. У пациентов, включенных в исследование ревматологами, соответственно 12,5 и 8,2 года. Таким образом,

ревматологи значительно раньше назначают системную терапию, а ГИБП – в среднем на 10,2 года раньше, чем дерматологи.

У 69% из 564 пациентов, включенных в исследование, выявлены коморбидные заболевания. 23,8% из этих пациентов получали ГИБП. В структуре коморбидной патологии преобладали сердечно-сосудистые заболевания и эндокринная патология в сочетании с другими заболеваниями или без них. У 37% пациентов ИМТ был выше нормы, при этом большинство пациентов, получающих ГИБП, имели повышенную массу тела.

Применение ГИБП позволяло достигать PASI 75 при ПсО и минимальной активности при ПсА значительно чаще

(у 95 и 72% пациентов), чем назначение БПВП/тсБПВП (у 43 и 27%) и других видов терапии (у 64 и 14% соответственно).

### Заключение

Полученные результаты подтвердили наличие у пациентов с различными формами ПсО и ПсА разнообразной коморбидной патологии, главным образом кардиоваскулярных, эндокринных заболеваний и метаболических нарушений. В практике дерматолога ПсА выявлялся у трети больных ПсО, причем пациенты с ПсА в большинстве случаев наблюдались врачом-ревматологом. ГИБП используются у трети пациентов с ПсО и ПсА. Обращает на себя внимание тот факт, что ГИБП применяются врачами обеих специальностей через много лет от начала заболевания, особенно в практике дерматолога. С учетом имеющихся данных о профилактической направленности раннего использования ГИБП у больных ПсО и ПсА [16] необходимо разрабатывать алгоритмы более раннего назначения этой

группы препаратов для достижения лучших результатов терапии и предупреждения необратимых изменений опорно-двигательного аппарата.

### Прозрачность исследования

Исследование проводилось в рамках пилотной программы по медико-социальному сопровождению пациентов с псориазом и псориатическим артритом «Возьми псориаз под контроль», проводимой РООИ «Здоровье человека» совместно с Межрегиональной благотворительной общественной организацией «Кожные и аллергические болезни». 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 статью.

## СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ / REFERENCES

- Boehncke W.H., Schön M.P. Psoriasis. Lancet. 2015;386(9997):983–994. DOI: 10.1016/S0140-6736(14)61909-7
- Korman N.J. Management of psoriasis as a systemic disease: what is the evidence? British J Dermatol. 2020;182:840–848. DOI: 10.1111/bjd.18245
- Поликарпов А.В., Александрова Г.А., Голубев Н.А. и др. Заболеваемость всего населения России в 2017 году. Статистические материалы. Часть 1. М., 2018:140. [Polikarpov A.V., Alexandrova G.A., Golubev N.A., et al. The incidence of the entire population of Russia in 2017. Statistical materials. Part 1. Moscow; 2018:140 (In Russ.)]. DOI: <https://doi.org/10.25208/0042-4609-2019-95-2-15-28>
- Gisondi P., Altomare G., Ayala F., et al. Italian guidelines on the systemic treatments of moderate-to-severe plaque psoriasis. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2017;31(5):774–790. DOI: 10.1111/jdv.14114
- Armstrong A.W., Schupp C., Wu J., et al. Quality of Life and Work Productivity Impairment among Psoriasis Patients: Findings from the National Psoriasis Foundation Survey Data 2003–2011. PLOS ONE. 2012;7(12):e52935. DOI: 10.1371/journal.pone.0052935
- Alinaghi F., Calov M., Kristensen L., 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.e19. DOI: 10.1016/j.jaad.2018.06.027
- Насонов Е.Л., Коротаева Т.В., Лила А.М., Кубанов А.А. Можно ли предотвратить развитие псориатического артрита у пациентов с псориазом? Научно-практическая ревматология. 2019;57(3):250–254. [Nasonov E.L., Korotaeva T.V., Lila A.M., Kubanov A.A. Can the development of psoriatic arthritis be prevented in patients with psoriasis? Nauchno-prakticheskaya revmatologiya = Rheumatology Science and Practice. 2019;57(3):250–254 (In Russ.)]. DOI: 10.14412/1995-4484-2019-250-254
- Ritchlin C.T., Colbert R.A., Gladman D.D. Psoriatic Arthritis. N Engl J Med. 2017;376(10):957–970. DOI: 10.1056/NEJMra1505557. Erratum in: N Engl J Med. 2017;376(21):2097.
- Stiff K.M., Glines K.R., Porter C.L., Cline A., Feldman S.R. Current pharmacological treatment guidelines for psoriasis and psoriatic arthritis. Expert Rev Clin Pharmacol. 2018;11(12):1209–1218. DOI: 10.1080/17512433.2018.1548277. Epub 2018.
- Armstrong A.W., Read C. Pathophysiology, Clinical Presentation, and Treatment of Psoriasis: A Review. JAMA. 2020;323(19):1945–1960. DOI: 10.1001/jama.2020.4006. PMID: 32427307
- Menter A., Strober B.E., Kaplan D.H., et al. Joint AAD-NPF guidelines of care for the management and treatment of psoriasis with biologics. J Am Acad Dermatol. 2019;80(4):1029–1072. DOI: 10.1016/j.jaad.2018.11.057
- 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 Care Res (Hoboken). 2019;71(1):2–29. DOI: 10.1002/acr.23789
- Российские клинические рекомендации. Ревматология. Под ред. Насонов Е.Л. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2020. [Russian clinical guidelines. Rheumatology. Ed. E.L. Nasonov. Moscow: GEOTAR-Media, 2020 (In Russ.)].
- Scher J.U., Ogdie A., Merola J.F., et al. Preventing psoriatic arthritis: focusing on patients with psoriasis at increased risk of transition. Nature reviews. Rheumatol. 2019;15:153–163. DOI: 10.1038/s41584-019-0175-0
- Zabotti A., Tinazzi I., Aydin S.Z., McGonagle D. From Psoriasis to Psoriatic Arthritis: Insights from Imaging on the Transition to Psoriatic Arthritis and Implications for Arthritis Prevention. Curr Rheumatol Rep. 2020;22(6):24. DOI: 10.1007/s11926-020-00891-x
- Van den Reek J., Seyger M., van Lumig P., et al. The journey of adult psoriasis patients towards biologics: past and present – Results from the BioCAPTURE registry. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2018;32(4):615–623. DOI: 10.1111/jdv.14684

Круглова Л.С. <https://orcid.org/0000-0002-5044-5265>

Коротаева Т.В. <https://orcid.org/0000-0003-0579-1131>