

Клинический статус и трудоспособность пациентов, включенных в Общероссийский регистр пациентов с псориатическим артритом

Логинова Е.Ю.¹, Коротаева Т.В.¹, Корсакова Ю.Л.¹, Губарь Е.Е.¹, Тремаскина П.О.¹,
Василенко Е.А.², Кушнир И.Н.³, Патрикеева И.М.⁴, Кудишина С.С.⁵,
Шестерня П.А.⁶, Петров А.В.⁷, Кузнецова Н.А.⁸, Насонов Е.Л.^{1,9}

¹ФГБНУ «Научно-исследовательский институт ревматологии им. В.А. Насоновой», Москва; ²ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова» Минздрава России, Санкт-Петербург; ³ГАУЗ КО «Кемеровская областная клиническая больница им. С.В. Беляева», Кемерово;

⁴ГБУЗ Тюменской области «Областная клиническая больница №1», Тюмень; ⁵КГАУЗ «Владивостокская клиническая больница №2», Владивосток; ⁶ФГБОУ ВО «Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого» Минздрава России, Красноярск; ⁷ГБУЗ РК «Республиканская клиническая больница им. Н.А. Семашко», Симферополь; ⁸МАУЗ «Городская клиническая больница №40», Екатеринбург; ⁹ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет

им. И.М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский Университет), Москва, Россия

¹Россия, 115522, Москва, Каширское шоссе, 34А; ²Россия, 191015, Санкт-Петербург, ул. Кирочная, 41;

³Россия, 650000, Кемерово, Октябрьский проспект, 22; ⁴Россия, 625023, Тюмень, ул. Котовского, 55;

⁵Россия, 690105, Владивосток, ул. Русская, 57; ⁶Россия, 660022, Красноярск, ул. Партизана Железняка, 1;

⁷Россия, 295017, Симферополь, ул. Киевская, 69; ⁸Россия, 620102, Екатеринбург, ул. Волгоградская, 189;

⁹Россия, 119991, Москва, ул. Трубецкая, 8, стр. 2

Цель исследования – изучить клинические характеристики ПсА и трудоспособность пациентов, включенных в Общероссийский регистр ПсА.

Пациенты и методы. В исследование вошли 614 пациентов с ПсА в возрасте 19–84 лет из 39 субъектов Российской Федерации, наблюдающихся в Общероссийском регистре ПсА. На основании оценки демографических данных, спектра коморбидных заболеваний, степени активности основного заболевания по индексам DAPSA и DAS28 у пациентов проанализированы клинические, функциональные и социальные показатели. Изучены сведения о занятости и трудоспособности, наличии инвалидности с оценкой ее группы. Состояние здоровья пациентов, наличие и выраженность функциональных нарушений анализировали с помощью опросника HAQ, производительность труда – с помощью опросника WPAI-SHP с расчетом следующих параметров: абсентеизма, презентеизма, общего снижения производительности труда и нарушений повседневной функциональной активности.

Результаты и обсуждение. Как показал анализ Общероссийского регистра пациентов с ПсА, большинство из них были трудоспособного возраста (от 30 до 59 лет), 48,4% имели сопутствующие заболевания. Данные о динамике индекса DAPSA получены у 349 пациентов, у которых зарегистрированы в основном умеренная (34,7%) или высокая (42,7%) активность заболевания, множественные дактилиты и энтезиты, ограничения функции суставов. В регистре отражены сведения о социальном статусе 521 пациента: 61,2% работали, 22,1% не работали, 15,2% были пенсионерами и 1,5% – учащимися. Более трети (37,1%) больных ПсА имели инвалидность, преимущественно III группы. Динамика индекса HAQ оценена у 326 больных: минимальные функциональные нарушения отмечались в 36% случаев, умеренные – в 26,4%, выраженные – в 3,7%. Абсентеизм определялся менее чем у трети больных ПсА, презентеизм – примерно у половины, общее снижение производительности труда – более чем у 60%, а нарушения повседневной активности – у 68,8%. Установлено наличие статистически значимых прямых корреляций умеренной силы между показателями активности ПсА (DAPSA и DAS28) и уровнем нарушения трудоспособности пациентов, в большей степени это касалось общего снижения производительности труда и снижения повседневной активности.

Заключение. Полученные данные реальной клинической практики свидетельствуют о том, что у половины больных ПсА имелась высокая активность болезни, а у трети – серьезные функциональные нарушения, которые привели к снижению качества жизни и инвалидизации. Общее снижение производительности труда и повседневной активности, выявленное более чем у половины больных, ассоциировалось с высокой активностью ПсА. Динамическое наблюдение в Общероссийском регистре пациентов с ПсА, регулярная противовоспалительная терапия базисными противовоспалительными препаратами и генно-инженерными биологическими препаратами позволяют улучшить клинический и функциональный статус, а следовательно, и трудоспособность больных ПсА.

Ключевые слова: псориатический артрит; регистр; функциональные нарушения; качество жизни; трудоспособность; абсентеизм; презентеизм.

Контакты: Елена Юрьевна Логинова; eyloginova@mail.ru

Для ссылки: Логинова ЕЮ, Коротаева ТВ, Корсакова ЮЛ и др. Клинический статус и трудоспособность пациентов, включенных в Общероссийский регистр пациентов с псориатическим артритом. Современная ревматология. 2020;14(3):19–26.
DOI: 10.14412/1996-7012-2020-3-19-26

The clinical status and working capacity in patients included in the All-Russian Psoriatic Arthritis Registry

Loginova E.Yu.¹, Korotaeva T.V.¹, Korsakova Yu.L.¹, Gubar E.E.¹, Tremaskina P.O.¹, Vasilenko E.A.², Kushnir I.N.³, Patkikeeva I.M.⁴, Kudishina S.S.⁵, Shesternya P.A.⁶, Petrov A.V.⁷, Kuznetsova N.A.⁸, Nasonov E.L.^{1,9}

¹V.A. Nasonova Research Institute of Rheumatology, Moscow; ²I.I. Mechnikov North-Western State Medical University, Ministry of Health of Russia, Saint Petersburg; ³S.V. Belyaev Kemerovo Regional Clinical Hospital, Kemerovo; ⁴Tyumen Regional Clinical Hospital One, Tyumen; ⁵Vladivostok Clinical Hospital Two, Vladivostok; ⁶Prof. V.F. Voyno-Yasenetsky Krasnoyarsk State Medical University, Ministry of Health of Russia, Krasnoyarsk; ⁷N.A. Semashko Republican Clinical Hospital, Simferopol; ⁸City Clinical Hospital Forty, Yekaterinburg; ⁹I.M. Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University), Ministry of Health of Russia, Moscow
¹34A, Kashirskoe Shosse, Moscow 115522, Russia; ²41, Kirochnaya St., Saint Petersburg 191015, Russia; ³22, Oktyabrsky Prospect, Kemerovo 650000, Russia; ⁴55, Kotovsky St., Tyumen 625023, Russia; ⁵57, Russkaya St., Vladivostok 690105, Russia; ⁶1, Partisan Zheleznyak St, Krasnoyarsk 660022, Russia; ⁷69, Kievskaya St., Simferopol 295017, Russia; ⁸189, Volgogradskaya St., Yekaterinburg 620102, Russia; ⁹8, Trubetskaya St., Build. 2, Moscow 119991, Russia

Objective: to study the clinical characteristics of PsA and working capacity in patients included in the All-Russian PsA Registry.

Patients and methods. The investigation enrolled 614 patients aged 19–84 years with psoriasis from 39 subjects the Russian Federation, who were followed up in the All-Russian PsA Registry. On the basis of the assessment of demographic data, the spectrum of comorbidities, the degree of activity of the underlying disease according to Disease Activity Index for PsA (DAPSA) and Disease Activity in 28 joints (DAS28), clinical, functional, and social indicators were analyzed in the patients. The investigators studied information on the patients employment, working capacity, and disability, by assessing the group of the latter. The health status and the presence and severity of functional impairment in the patients were analyzed using the Health Assessment Questionnaire (HAQ), while their working efficiency was estimated according to the Workers Productivity and Activity Impairment Questionnaire: Specific Health Problem (WPAI-SHP questionnaire), by calculating the following parameters: absenteeism, presenteeism, an overall decrease in labor productivity, and impairment in daily functional activity.

Results and discussion. The analysis of the All-Russian PsA Registry showed that most of them were of working age (30 to 59 years); 48.4% had concomitant diseases. Data on DAPSA changes were obtained in 349 patients, who were recorded to have mainly moderate (34.7%) or high (42.7%) disease activity, multiple dactylitides and enthesitides, and limited joint function. The registry reflects information on the social status of 521 patients: employed (61.2%) and unemployed (22.1%) persons, pensioners (15.2%), and students (1.5%). More than one third (37.1%) of patients with PsA had disability, mainly of Group III. The changes in the HAQ disability index were assessed in 326 patients; mild, moderate, and severe functional impairments were observed in 36, 26.4, and 3.7%, respectively. Absenteeism was detected in less than one third of patients with PsA, presenteeism was found in about half; there was an overall decrease in labor productivity in more than 60% and daily activity impairment in 68.8%. Statistically significant direct moderate correlations were established between the indicators of PsA activity (DAPSA and DAS28) and the level of productivity impairment in the patients; this was mostly related to an overall decline in labor productivity and to a decrease in daily activity.

Conclusion. The data obtained from real clinical practice suggest that half of the PsA patients had high disease activity and a third had severe functional impairment, which led to a lower quality of life and to disability. The overall decrease in labor productivity and daily activity, which was detected in more than half of the patients, was associated with high PsA activity. The follow-up in the All-Russian PsA Registry, regular anti-inflammatory therapy with disease-modifying antirheumatic drugs and biological agents can improve the clinical and functional status and, consequently, working capacity in patients with PsA.

Keywords: psoriatic arthritis; registry; functional impairment; quality of life; working capacity; absenteeism; presenteeism.

Contact: Elena Yuryevna Loginova; eyloginova@mail.ru

For reference: Loginova EYu, Korotaeva TV, Korsakova YuL, et al. The clinical status and working capacity in patients included in the All-Russian Psoriatic Arthritis Registry. *Sovremennaya Revmatologiya=Modern Rheumatology Journal*. 2020;14(3):19–26.
DOI: 10/14412/1996-7012-2020-3-19-26

Псориатический артрит (ПсА) – хроническое воспалительное заболевание опорно-двигательного аппарата, ассоциированное с псориазом и характеризующееся выраженной клинической гетерогенностью с преимущественным поражением суставов, позвоночника и энтезисов. Как и другие ревматические заболевания, ПсА имеет неуклонно прогрессирующее течение, что со временем приводит к нарушению функциональных способностей и ухудшению качества жизни больных, а наличие хронического дерматоза усиливает негативное влияние болезни на их психологическое состояние и социальную адаптацию [1–3]. Кроме того, у пациентов с ПсА по сравнению с общей популяцией по-

вышен риск развития коморбидной патологии, особенно сердечно-сосудистых заболеваний [4, 5].

Совокупность функциональных и психологических нарушений при ПсА оказывает негативное влияние на трудоспособность, степень потери которой коррелирует как с выраженностью функциональных ограничений, так и с активностью болезни [6].

Влияние любого ревматического заболевания на трудоспособность может быть охарактеризовано такими показателями, как *абсентеизм* – отсутствие на рабочем месте, *презентеизм* – присутствие на рабочем месте, но со сниженной производительностью труда и вынужденным уменьшением

степени занятости работника (переход на сокращенный рабочий день) либо уходом с работы [7, 8]. В ряде зарубежных исследований показано, что при ПсА отмечаются высокий уровень безработицы и прогулов, а также снижение производительности труда [9].

Таким образом, отрицательное влияние ПсА на производительность труда приводит к значительным социально-экономическим последствиям [10] и является актуальной проблемой здравоохранения, для решения которой необходима разработка и совершенствование лечебно-диагностических мероприятий и организационных подходов к ведению таких пациентов.

Цель исследования — изучить клинические характеристики ПсА и трудоспособность пациентов, включенных в Общероссийский регистр ПсА.

Пациенты и методы. В настоящее время в Общероссийский регистр пациентов с ПсА, созданный на базе ФГБНУ «Научно-исследовательский институт ревматологии им. В.А. Насоновой» в 2016–2019 гг., включено 614 больных в возрасте 19–84 лет из 39 субъектов Российской Федерации, подписавших информированное согласие на обработку персональных данных, а также сведений, составляющих врачебную тайну. Информационная система представляет собой популяционный регистр, позволяющий осуществлять учет и мониторинг пациентов с ПсА, проживающих в регионах обслуживания медицинской организацией, в течение срока диспансерного наблюдения.

Информация в электронную базу данных вносится врачом, который является участником регистра, проводит проспективный сбор сведений из медицинской документации пациентов и заполняет электронную индивидуальную карту больного (е-ИРК). Обновление информации о каждом внесенном в базу данных пациенте осуществляется не реже 1 раза в 6 мес.

В настоящей работе проанализированы клинические характеристики, показатели трудоспособности (в том числе стойкой нетрудоспособности), функционального статуса у больных ПсА и динамика отдельных показателей через 1 год наблюдения. Оценивали распределение пациентов по полу, возрасту, наличие и спектр коморбидных заболеваний, активность ПсА по индексам DAPSA (Disease Activity In Psoriatic Arthritis) и DAS28, число пальцев с дактилитом и количество пораженных энтезисов.

Состояние здоровья пациентов, наличие и выраженность функциональных нарушений оценивали с помощью индекса HAQ (Health Assessment Questionnaire) [11].

Изучение производительности труда и повседневной активности проводили по опроснику WPAI-SHP (Work Productivity and Activity Impairment Specific Health Problem) [12, 13]. На основании заполненной анкеты рассчитывали следующие параметры: абсентеизм, презентеизм, общее снижение производительности труда и повседневной активности пациентов. Показатели вычисляли в процентах, из них первые три — только для пациентов, работающих по найму. Абсентеизм оцени-

вался как отношение количества часов, пропущенных по болезни, к сумме количества часов, пропущенных по болезни и фактически отработанных. Презентеизм определяли непосредственно по ответу пациента на вопрос, в котором он давал субъективную оценку влияния болезни на трудоспособность в течение последних 7 дней. Общее снижение производительности труда вычисляли путем суммирования результата абсентеизма и презентеизма.

Статистическую обработку полученных данных проводили с использованием программного обеспечения Statistica 10 (Statsoft Inc., США) и Microsoft Excel 2016. Непрерывные количественные показатели были представлены в виде среднего значения и стандартной ошибки среднего, для дискретных показателей было определено абсолютное количество субъектов с данным признаком и рассчитана частота признака в процентах от числа субъектов в соответствующей группе.

Анализ межгрупповых различий частотных показателей выполняли с использованием критерия χ^2 или точного критерия Фишера (при ожидаемых частотах менее 10 в ячейках таблицы 2x2). Пороговое значение статистической значимости нулевой гипотезы составило 0,05.

Поиск взаимосвязи изменений трудоспособности больных ПсА и клинических характеристик заболевания осуществляли с использованием корреляционного анализа с расчетом коэффициентов корреляции Спирмена.

Результаты. Среди 614 пациентов, включенных в исследование, были 331 (53,9%) женщины и 283 (46,1%) мужчины. Медиана возраста пациентов составила 48 лет (мин. — 19 лет, макс. — 84 года), для женщин — 50 лет (мин. — 20 лет, макс. — 84 года), для мужчин — 42 года (мин. — 19 лет, макс. — 82 года).

Распределение пациентов по возрастным группам представлено в табл. 1. Как видно из этой таблицы, среди мужчин преобладали лица молодого возраста, больше всего их было в возрастной группе 30–39 лет (31,8%), тогда как среди женщин — лица среднего возраста 50–59 лет (27,9%). Доля мужчин и женщин в возрастных группах 60–69, 70–79 и 80–89 лет была примерно равной.

Таблица 1. Распределение больных ПсА по полу и возрасту
Table 1. Distribution of PsA patients by sex and age

Возрастная группа, годы	Мужчины (n=283)		Женщины (n=331)		p
	абс.	%	абс.	%	
18–29	27	9,5	16	4,8	<0,05
30–39	90	31,8	62	18,7	<0,05
40–49	71	25,1	80	24,2	
50–59	46	16,2	92	27,9	<0,05
60–69	41	14,5	65	19,6	
70–79	7	2,5	15	4,5	
80–89	1	0,4	1	0,3	

Длительность ПсА оценена у 585 (95,3%) из 614 пациентов, включенных в регистр, ее медиана составила 6,8 года [0,1; 49,7].

У 297 (48,4%) пациентов с ПсА были выявлены различные коморбидные заболевания, среди которых наиболее часто (64,0% случаев) наблюдалась артериальная гипертензия

(см. рисунок). Остальные заболевания выявлялись значительно реже: сахарный диабет – у 14,8%, гиперлипидемия и метаболический синдром – соответственно у 12,5 и 12,1% пациентов.

Исходно (визит 1) дактилит был определен у 171 (27,9%) пациента. У 98 из них оценена его динамика к визиту 2 (табл. 2). На момент визита 2 у 83 (85%) больных дактилит отсутствовал, у остальных отмечалось уменьшение выраженности его клинических проявлений.

В соответствии с данными регистра поражение энтезисов выявлено почти у трети больных ПсА, т. е. у 167 (31,9%) из 523, у которых имелись сведения об их наличии или отсутствии. При этом боль в одном энтезисе испытывали 65 (12,4%) пациентов, в двух – 48 (9,2%), в трех – 26 (5,0%), в четырех – 20 (3,8%), в пяти и шести – по 4 (0,76%) соответственно.

Данные о динамике индекса DAPSA имелись у 349 пациентов (табл. 3). К визиту 2 ремиссии по индексу DAPSA достигли 74 (21,2%) пациента, что было статистически значимо больше ($p < 0,05$) по сравнению с исходными данными. Позитивный сдвиг был отмечен и в отношении числа больных с высокой активностью ПсА: за анализируемый период их стало меньше практически в 3,5 раза. Статистически значимых различий в динамике количества пациентов с умеренной и низкой активностью не получено.

Положительная динамика достигалась на фоне терапии, коррекцию которой проводили с учетом выраженности клинических проявлений ПсА всем нуждающимся в этом пациентам, включаемым в регистр. Анализ лечения, которое больные ПсА получают в реальной клинической практике, продемонстрировал, что из 590 пациентов базисные противовоспалительные препараты (БПВП) используют 457 (77,5%), в основном метотрексат (83%). Нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП) и глюкокортикоиды (ГК) получают 352 (60%) и 52 (8,8%) больных соответственно. Генно-инженерные биологические препараты (ГИБП) назначены 184 (31,2%) больным: ингибиторы фактора некроза опухоли α (иФНО α) – 115 (62,5%), ингибиторы интерлейкина (ИЛ) 12/23 (устекинумаб) – 44 (24%), ингибитор ИЛ17А (секукинумаб) – 24 (13%), анти В-клеточный препарат (ритуксимаб) – 1 (0,5%). Таргетные БПВП, ингибиторы янус-киназ (тофацитиниб) принимают 38 (8,3%) пациентов. Более подробный анализ влияния терапии на динамику различных показателей ПсА будет представлен позже.

В регистр внесены сведения о социальном статусе 521 пациента с ПсА. Большинство (61,2%) из них имеют оплачиваемую работу, 115 (22,1%) не работают, 79 (15,2%) являются пенсионерами и 8 (1,5%) – учащимися.

Данные о наличии или отсутствии инвалидности были представлены у 440 пациентов. Как видно из табл. 4, более чем у трети больных ПсА имелось стойкое снижение трудоспособности.



Частота коморбидных заболеваний (указан класс по МКБ-10) у пациентов, включенных в регистр
The incidence of comorbidities (indicating the ICD-10 class) in patients included in the Registry

Таблица 2. Динамика дактилита у больных ПсА (n=98)
Table 2. Dactylitis dynamics in PsA patients (n = 98)

Число пораженных пальцев	Визит 1		Визит 2	
	n	%	n	%
1	30	30,6	6	6,1*
2	32	32,7	5	5,1*
3	17	17,3	1	1,0*
4	19	19,4	3	3,1*

Примечание. Здесь и в табл. 3, 6: звездочка – различия статистически значимы ($p < 0,05$) по сравнению с соответствующим показателем на момент визита 1.

Note. Here and in Tables 3 and 6; asterisk: the differences are statistically significant ($p < 0,05$) compared to the corresponding indicator at Visit 1.

Таблица 3. Динамика активности заболевания по индексу DAPSA (n=349)
Table 3. Disease activity dynamics according to DAPSA (n=349)

Активность ПсА	Визит 1		Визит 2	
	n	%	n	%
Ремиссия	13	3,7	74	21,2*
Низкая	66	18,9	134	38,4
Умеренная	121	34,7	98	28,1
Высокая	149	42,7	43	12,3*

Опросник WPAI-SHP для оценки уровня трудоспособности и нарушения повседневной деятельности на момент визита 1 заполнили 455 пациентов с ПсА, среди которых 240 (53%) работали, средний возраст – 42,5 года. При анализе данных опросника WPAI-SHP (табл. 5) было выявлено, что большинство (71,2%) работающих пациентов присутствовали на рабочем месте в течение всего анализируемого периода (абсентеизм у них равен 0), в то же время 9,6% отсут-

Таблица 4. Распределение больных ПсА в зависимости от наличия инвалидности
Table 4. Distribution of PsA patients according to the presence of disability

Инвалидность	Всего пациентов (n=440)	
	n	%
Нет	277	63,0
Имеют инвалидность, в том числе:	163	37,0
группы 2	31	7,0
группы 3	131	29,8
группа неизвестна	1	0,2

ствовали всю рабочую неделю (абсентеизм 100%, или 1), а 19,2% пропустили из-за болезни часть рабочей недели (абсентеизм от 0 до 1), что в сумме составляет 28,8%. Презентеизм имел место у половины (49,6%) работающих пациентов. Общее снижение производительности труда и нарушение повседневной активности выявлены у 60,8 и 68,8% больных соответственно.

Динамика общего состояния здоровья по индексу HAQ была оценена у 326 больных. Установлено, что во время визита 1 у 110 (33,7%) пациентов функциональные нарушения отсутствовали, у 118 (36%) они были минимальными, у 86 (26,4%) – умеренными и у 12 (3,7%) – выраженными (табл. 6). К визиту 2 отмечена положительная динамика:

Таблица 5. Характеристика трудоспособности и повседневной активности у больных ПсА
Table 5. The characteristics of working capacity and daily activity in patients with PsA

Оценка	Абсентеизм (n=240)		Презентеизм (n=240)		Общее снижение производительности труда (n=240)		Нарушения повседневной активности (n=455)	
	n	%	n	%	n	%	n	%
0	171	71,2	121	50,4	94	39,2	142	31,2
0–1	46	19,2	–	–	123	51,2	297	65,3
1	23	9,6	119	49,6	23	9,6	16	3,5

Примечание. 0 – отсутствие показателя; от 0 до 1 – частичное снижение показателя; 1 – наличие показателя.
Note. 0 – the absence of the indicator; 0 to 1 – a partial decrease in the indicator; 1 – the presence of the indicator.

Таблица 6. Динамика значений HAQ (n=326)
Table 6. HSQ changes (n=326)

Функциональные нарушения	Визит 1		Визит 2	
	n	%	n	%
Отсутствуют	110	33,7	172	52,8*
Минимальные	118	36,2	97	29,7
Умеренные	86	26,4	48	14,7*
Выраженные	12	3,7	9	2,8

увеличилось число больных с отсутствием функциональных нарушений и уменьшилась доля лиц с умеренными нарушениями по индексу HAQ ($p < 0,001$). Динамика минимальных и выраженных функциональных нарушений также была позитивной, хотя и не достигла статистически значимых величин.

На заключительном этапе работы была определена связь индекса WPAI-SHP с отдельными клиническими показателями и параметрами активности заболевания. Результаты корреляционного анализа представлены в табл. 7. Как видно из этой таблицы, степень связи абсентеизма с отдельными параметрами болезни была статистически значимой,

Таблица 7. Корреляция между индексом WPAI-SHP и клиническими параметрами ПсА
Table 7. Correlation between the index of WPAI-SHP and the clinical parameters of PsA

Показатели активности заболевания	Нарушение трудоспособности			
	абсентеизм	презентеизм	общее снижение производительности труда	снижение повседневной активности
DAPSA	0,160 ($p=0,013$)	0,325 ($p<0,001$)	0,360 ($p<0,001$)	0,466 ($p<0,001$)
ЧБС 68	0,185 ($p=0,004$)	0,283 ($p<0,001$)	0,367 ($p<0,001$)	0,414 ($p<0,001$)
ЧБС 28	0,224 ($p<0,001$)	0,287 ($p<0,001$)	0,411 ($p<0,001$)	0,382 ($p<0,001$)
ЧПС 66	0,136 ($p=0,035$)	0,206 ($p=0,001$)	0,298 ($p<0,001$)	0,405 ($p<0,001$)
DAS 28	0,212 ($p=0,001$)	0,328 ($p<0,001$)	0,405 ($p<0,001$)	0,437 ($p<0,001$)
Индекс HAQ	0,128 ($p=0,048$)	0,279 ($p<0,001$)	0,279 ($p<0,001$)	0,429 ($p<0,001$)
Индекс MDA	0,149 ($p=0,021$)	0,190 ($p=0,003$)	0,236 ($p<0,001$)	0,285 ($p<0,001$)

Примечание. ЧБС – число болезненных суставов; ЧПС – число припухших суставов. MDA (minimal disease activity) – индекс минимальной активности заболевания.

Note. TJC – tender joint count; SJC – swollen joint count; MDA – minimal disease activity.

но слабой, тогда как для презентеизма установлено наличие значимой корреляции умеренной силы с индексами DAPSA и DAS28. Наиболее выраженными были взаимосвязи клинических характеристик ПсА с общим снижением производительности труда и ухудшением повседневной активности. Так, последний параметр в наибольшей степени коррелировал с показателями DAPSA ($R=0,466$; $p<0,001$) и DAS 28 ($R=0,437$; $p<0,001$).

Обсуждение. Медико-социальное значение ПсА и псориаза обусловлено в первую очередь негативным влиянием заболевания на многие аспекты жизни (трудоспособность, качество жизни и эмоциональный статус) как пациентов, так и общества в целом [14]. Экономическое бремя складывается не только из прямых медицинских расходов на лечение псориаза и ПсА, но и из потерь вследствие снижения или стойкой утраты трудоспособности [15]. По данным американского регистра CORRONA [16], негативное влияние болезни на все аспекты жизни при ПсА и аксиальном спондилоартрите сопоставимо или даже больше, чем при ревматоидном артрите (РА), при оценке с помощью опросников, но меньше при использовании индексов активности, разработанных для РА, что требует оптимизации методов лечения и создания более специфичных инструментов контроля его эффективности при спондилоартритах.

Общероссийский регистр пациентов с ПсА позволяет проследить динамику различных показателей (социальных, демографических, медицинских) и, что особенно важно, сопоставить варианты лечения с клинико-функциональной характеристикой пациентов, оценить их трудоспособность в процессе лечения [17].

По данным Общероссийского регистра, большинство пациентов с ПсА были трудоспособного возраста (от 30 до 59 лет), имели умеренную или высокую активность заболевания по индексу DAPSA, признаки воспаления энтезисов, множественные дактилиты и ограничения функции суставов. Из пациентов, у которых были представлены данные о социальном статусе ($n=521$), большинство (61,2%) работали, а более трети (37,1%) имели инвалидность, преимущественно III группы, с правом на работу. Функциональные нарушения по индексу HAQ оценены у 326 больных: минимальные нарушения отмечались в 36% случаев, умеренные – в 26,4%, выраженные – в 3,7%. Таким образом, несмотря на функциональные ограничения, большинство пациентов с ПсА продолжали работать. В связи с этим важным является изучение у них абсентеизма, презентеизма и общего снижения производительности труда.

Имеются лишь отдельные сообщения, посвященные оценке трудоспособности у больных с ПсА. W. Tillett и соавт. [6] у 400 больных ПсА оценили взаимосвязь структурных повреждений и клинической активности заболевания с нарушениями трудоспособности, которые определяли с помощью опросника WPAI-SHP. На момент включения в исследование 236 из этих больных работали, а 92 пациента трудоспособного возраста не работали. Значения абсентеизма, презентеизма и снижения производительности труда составили $14\pm 29,0$; $39\pm 27,2$ и $46\pm 30,4\%$ соответственно. Установлено, что отсутствие работы было напрямую связано с более старшим возрастом, большей длительностью заболевания ($\geq 2,5$ года) и ухудшением физического функционирования. Снижение эффективности труда ассоциировалось со степе-

ню активности болезни. Увеличение презентеизма и снижение производительности труда у работающих пациентов с ПсА отмечалось статистически значимо чаще при высокой активности заболевания.

Полученные нами данные отчасти согласуются с приведенными выше результатами. Абсентеизм определялся менее чем у трети больных ПсА, презентеизм – примерно у половины, общее снижение производительности труда – более чем у 60%.

В настоящем исследовании установлено наличие статистически значимых прямых корреляций умеренной силы между показателями активности ПсА (DAPSA и DAS28) и степенью нарушения трудоспособности, в большей степени это относится к таким параметрам, как общее снижение производительности труда и ухудшение повседневной активности.

Выявление тесной связи между нарушениями трудоспособности и активностью ПсА особенно актуально в настоящее время, когда применение инновационных лекарственных средств – ГИБП – может значительно улучшить качество их жизни [12, 15, 18].

За время наблюдения в регистре на фоне терапии БПВП и ГИБП у больных ПсА отмечалась положительная динамика всех изучаемых клинических параметров. По данным национального регистра ГИБП Великобритании, применение иФНО α в течение 6 мес позволяет значительно улучшить функциональный статус и качество жизни больных ПсА по всем доменам HAQ и SF-36 [19], а также повысить показатели трудоспособности. Напротив, более чем у трети (39%) больных, не получавших ранее ГИБП, отмечались снижение трудоспособности и ухудшение функционального статуса по HAQ [20]. О значительном улучшении трудоспособности и активности в повседневной жизни у пациентов с ПсА свидетельствуют данные III фазы двойного слепого рандомизированного контролируемого исследования 24-недельного применения цертолизумаба пэгола [21]. L. Coates и соавт. [22] отмечают, что улучшение качества жизни и трудоспособности у больных ПсА строго ассоциируется с достижением минимальной активности заболевания на фоне терапии ГИБП, в частности ингибитором интерлейкина 17A – иксекизумабом.

Заключение. Полученные в реальной клинической практике данные свидетельствуют о высокой активности болезни у половины пациентов с ПсА, серьезных функциональных нарушениях, приведших к ухудшению качества жизни и инвалидизации в трети случаев. Общее снижение производительности труда и повседневной активности, выявленное более чем у половины больных, ассоциировалось с высокой активностью ПсА. Динамическое наблюдение в Общероссийском регистре пациентов с ПсА, регулярная противовоспалительная терапия БПВП и ГИБП позволяют улучшить клинический и функциональный статус, а следовательно, и трудоспособность таких больных. Результаты нашего исследования, как и данные других авторов, подтверждают необходимость изучения социальных характеристик пациентов с ПсА наряду с оценкой их трудоспособности. Такой анализ позволит получить достоверную информацию о качестве медицинской помощи, оказываемой данной категории больных, выявить ее недостатки и разработать меры по их устранению.

Л И Т Е Р А Т У Р А / R E F E R E N C E S

1. Ritchlin CT, Colbert RA, Gladman DD. Psoriatic Arthritis. *N Engl J Med*. 2017 Mar 9; 376(10):957-70. doi: 10.1056/NEJMra1505557.
2. Veale DJ, Fearon U. The pathogenesis of psoriatic arthritis. *Lancet*. 2018 Jun 2; 391(10136):2273-84. doi: 10.1016/S0140-6736(18)30830-4. Epub 2018 Jun 1.
3. Коротаева ТВ, Корсакова ЮЛ. Псориатический артрит: классификация, клиническая картина, диагностика, лечение. Научно-практическая ревматология. 2018;56(1):60-9. [Korotaeva TV, Korsakova YuL. Psoriatic arthritis: classification, clinical presentation, diagnosis, treatment. *Nauchno-prakticheskaya revmatologiya = Rheumatology Science and Practice*. 2018;56(1):60-9. (In Russ.)]. doi: 10.14412/1995-4484-2018-1-60-69.
4. Gladman DD, Ang M, Su L, et al. Cardiovascular morbidity in psoriatic arthritis. *Ann Rheum Dis*. 2009 Jul;68(7):1131-5. doi: 10.1136/ard.2008.094839.
5. Labitigan M, Bahce-Altuntas A, Kremer JM, et al. Higher rates and clustering of abnormal lipids, obesity, and diabetes mellitus in psoriatic arthritis compared with rheumatoid arthritis. *Arthritis Care Res (Hoboken)*. 2014 Apr;66(4):600-7. doi: 10.1002/acr.22185.
6. Tillett W, Shaddick G, Askari A, et al. Factors influencing work disability in psoriatic arthritis: first results from a large UK multi-centre study. *Rheumatology (Oxford)*. 2015 Jan;54(1):157-62. doi: 10.1093/rheumatology/keu264. Epub 2014 Aug 13.
7. Zhang W, Bansback N, Boonen A, et al. Validity of the work productivity and activity impairment questionnaire – general health version in patients with rheumatoid arthritis. *Arthritis Res Ther*. 2010;12(5):R177. doi: 10.1186/ar3141. Epub 2010 Sep 22.
8. Вакуленко ОЮ, Горячев ДВ, Кричевская ОА, Эрдес ШФ. Оценка снижения производительности труда у больных ревматоидным артритом. Научно-практическая ревматология. 2013;51(6):671–9. [Vakulenko OYu, Goryachev DV, Krichevskaya OA, Erdes ShF. Evaluation of a decrease in work productivity in patients with rheumatoid arthritis. *Nauchno-prakticheskaya revmatologiya = Rheumatology Science and Practice*. 2013;51(6):671–9. (In Russ.)]. doi: 10.14412/1995-4484-2013-6.
9. Tillett W, de Vries C, McHugh NJ. Work disability in psoriatic arthritis: a systematic review. *Rheumatology (Oxford)*. 2012 Feb; 51(2):275-83. doi: 10.1093/rheumatology/ker216. Epub 2011 Jul 13.
10. Wojke L, Spackman E, Hinde S, Helliwell P. Capturing all of the costs in NICE appraisals: the impact of inflammatory rheumatic diseases on productivity. *Rheumatology (Oxford)*. 2012 Feb;51(2):210-5. doi: 10.1093/rheumatology/ker348.
11. Fries JF, Picnic T, Wolfe F. Usefulness of the HAQ in the clinic. *Ann Rheum Dis*. 2001 Aug;60(8):811. doi: 10.1136/ard.60.8.811.
12. Эрдес ШФ, Фоломеева ОМ, Галушко ЕА, Тельных МЮ. Результаты одномерного эпидемиологического исследования по определению потребности в генно-инженерных биологических препаратах для терапии больных ревматоидным артритом в реальной клинической практике (ИРАКЛ). Сообщение 1. Демографическая, социальная и клиничко-лабораторная характеристика российских больных ревматоидным артритом. Научно-практическая ревматология. 2009;47(6):4-13. [Erdes ShF, Folomeeva OM, Galushko EA, Tel'nykh MYu. Results of cross-sectional epidemiologic study on determination of recombinant biological agents requirement for treatment of patients with rheumatoid arthritis in real-life clinical practice. Report 1. Demographic, social, clinical and laboratory characteristics of Russian patients with rheumatoid arthritis. *Nauchno-prakticheskaya revmatologiya = Rheumatology Science and Practice*. 2009;47(6):4-13. (In Russ.)]. doi: 10.14412/1995-4484-2009-6
13. Reilly MC, Zbrozek AS, Dukes EM. The validity and reproducibility of a work productivity and activity impairment instrument. *Pharmacoeconomics*. 1993 Nov;4(5): 353-65. doi: 10.2165/00019053-199304050-00006.
14. Merola JF, Shrom D, Eaton J, et al. Patient perspective on the burden of skin and joint symptoms of psoriatic arthritis: results of a Multi-National patient survey. *Rheumatol Ther*. 2019 Mar;6(1):33-45. doi: 10.1007/s40744-018-0135-1. Epub 2019 Jan 4.
15. Lee S, Mendelsohn A, Sarnes E. The burden of psoriatic arthritis: a literature review from a global health systems perspective. *P T*. 2010 Dec;35(12):680-9.
16. Mease PJ, Liu M, Rebello S, et al. Comparative Disease Burden in Patients with Rheumatoid Arthritis, Psoriatic Arthritis, or Axial Spondyloarthritis: Data from Two Corrona Registries. *Rheumatol Ther*. 2019 Dec;6(4):529-42. doi: 10.1097/s40744-019-00172-9. Epub 2019 Sep 16.
17. Коротаева ТВ, Корсакова ЮЛ, Логинаева ЕЮ и др. Оптимизация диагностики, системы мониторинга и лечения псориатического артрита в реальной практике: общие принципы организации общероссийского регистра пациентов с псориатическим артритом. Научно-практическая ревматология. 2019;57(4):407-14. [Korotaeva TV, Korsakova YuL, Loginova EYu, et al. Optimizing the diagnosis, a monitoring and treatment system for psoriatic arthritis in real practice: general principles for organizing an all-russian register of patients with psoriatic arthritis. *Nauchno-prakticheskaya revmatologiya = Rheumatology Science and Practice*. 2019;57(4):407-14. (In Russ.)]. doi: 10.14412/1995-4484-2019-407-414.
18. Helliwell PS, Ruderman E. Natural history, prognosis, and Socioeconomic aspects of psoriatic arthritis. *Rheum Dis Clin North Am*. 2015 Nov;41(4):581-91. doi: 10.1016/j.rdc.2015.07.004. Epub 2015 Aug 24.
19. Saad AA, Ashcroft DM, Watson KD, et al. Improvements in quality of life and functional status in patients with psoriatic arthritis receiving anti-tumor necrosis factor therapies. *Arthritis Care Res (Hoboken)*. 2010 Mar; 62(3):345-53. doi: 10.1002/acr.20104.
20. Verstappen SM, Watson KD, Lunt M, et al. Working status in patients with rheumatoid arthritis, ankylosing spondylitis and psoriatic arthritis: results from the British Society for Rheumatology Biologics Register. *Rheumatology (Oxford)*. 2010 Aug;49(8):1570-7. doi: 10.1093/rheumatology/keq131. Epub 2010 May 5.
21. Kavanaugh A, Gladman D, van der Heijde D, et al. Improvements in productivity at paid work and within the household, and increased participation in daily activities after 24 weeks of certolizumab pegol treatment of patients with psoriatic arthritis: results of a phase 3 double-blind randomised placebo-controlled study. *Ann Rheum Dis*. 2015 Jan;74(1):44-51. doi: 10.1136/annrheumdis-2014-205198. Epub 2014 Jun 18.
22. Coates L, Orbai A, Morita A, et al. Achieving minimal disease activity in psoriatic arthritis predicts meaningful improvements in patients' health-related quality of life and productivity. *BMC Rheumatol*. 2018 Aug 13; 2:24. doi: 10.1186/s41927-018-0030-y. eCollection 2018.

Поступила/отрецензирована/принята к печати

Received/Reviewed/Accepted

10.07.2020/17.08.2020/20.08.2020

Заявление о конфликте интересов/Conflict of Interest Statement

Исследование проводилось в рамках выполнения научной темы №398 «Патогенетические особенности и персонализированная терапия анкилозирующего спондилита и псориатического артрита» (АААА-А19-119021190147-6, 0514-2019-0009), утвержденной ученым советом ФГБНУ «Научно-исследовательский институт ревматологии им. В.А. Насоновой».

Исследование не имело спонсорской поддержки. Конфликт интересов отсутствует. Авторы несут полную ответственность за предоставление окончательной версии рукописи в печать. Все авторы принимали участие в разработке концепции статьи и написании рукописи. Окончательная версия рукописи была одобрена всеми авторами.

The investigation has been conducted within the framework of scientific topic No. 398 «Pathogenetic features and personalized therapy of ankylosing spondylitis and psoriatic arthritis» (AAAA-A19-119021190147-6, 0514-2019-0009) approved by the Academic Council of the V.A. Nasonova Research Institute of Rheumatology.

The investigation has not been sponsored. There are no conflicts of interest. The authors are solely responsible for submitting the final version of the manuscript for publication. All the authors have participated in developing the concept of the article and in writing the manuscript. The final version of the manuscript has been approved by all the authors.

Логинова Е.Ю. <https://orcid.org/0000-0001-6875-4552>
Корогаева Т.В. <https://orcid.org/0000-0003-0579-1131>
Корсакова Ю.Л. <https://orcid.org/0000-0001-5968-2403>
Губарь Е.Е. <https://orcid.org/0000-0001-5015-7143>
Тремаскина П.О. <https://orcid.org/0000-0003-4005-1745>
Василенко Е.А. <https://orcid.org/0000-0003-2153-5429>
Кушнир И.Н. <https://orcid.org/0000-0003-2405-2342>
Патрикеева И.М. <https://orcid.org/0000-0003-0530-0080>
Кудишина С.С. <https://orcid.org/0000-0002-1443-9079>
Шестерня П.А. <https://orcid.org/0000-0001-8652-14100>
Петров А.В. <https://orcid.org/0000-0002-6398-2545>
Кузнецова Н.А. <https://orcid.org/0000-0002-4972-7716>
Насонов Е.Л. <https://orcid.org/0000-0002-1598-836>