DOI: 10.33454/1728-1261-2022-3-15-22
УДК 616.517-06:616.72-002

Субклинический псориатический артрит в популяции больных псориазом

М. И. Бабкова[1], Э. Н. Оттева[2]

[1]*Краевой кожно-венерологический диспансер, Хабаровск, Россия, kkvdv@mail.ru*
[2]*Институт повышения квалификации специалистов здравоохранения, Хабаровск, Россия, zdravdv@ipksz.khv.ru*

Subclinical psoriatic arthritis in a population of patients with psoriasis

M. I. Babkova[1], E. N. Otteva[2]

[1] *Regional Dispensary of Dermatovenerology, Khabarovsk, Russia, kkvdv@mail.ru*
[2]*Postgraduate Institute for Public Health Workers under Health Ministry of Khabarovsk Krai, Khabarovsk, Russia, zdravdv@ipksz.khv.ru*

Псориаз (ПсО) – хроническое иммуноопосредованное заболевание, в патогенезе которого большую роль играют различные факторы риска и генетическая предрасположенность. Псориатический артрит (псориаз артопатический, ПсА) – хроническое воспалительное заболевание суставов, позвоночника и энтезисов, которое может наблюдаться у больных с псориазом. У каждого четвертого пациента с ПсО гладкой кожи развивается псориатический артрит (ПсА), который при прогрессировании и отсутствии лечения может вызвать необратимые функциональные нарушения, что обусловливает необходимость ранней диагностики этого заболевания.

Целью исследования является оценка частоты выявляемости ПсА у больных с ПсО в дерматовенерологическом отделении краевого кожно-венерологического диспансера с использованием опросника mPEST.

В исследовании принимали участие 128 пациентов (73 мужчины и 55 женщин, средний возраст – 45±13,69 года) с разными клиническими формами ПсО, получавшие лечение во взрослом дерматовенерологическом отделении № 1 краевого диспансера в период с 2019-го по 2021 год. Длительность заболевания продолжалась в среднем 6,1±2,76 года. Пациенты с ПсО были разделены на три группы согласно клиническим проявлениям кожного процесса. В первую группу (n=96) вошли пациенты с установленным клиническим диагнозом «вульгарный (обыкновенный) псориаз» (ПсО(в) без поражения ногтевых пластин. Во второй группе (n=24) был установлен диагноз «экссудативный псориаз» (ПсО(э)). В третью группу (n=8) включены пациенты с поражением кожи и ногтевых пластин (ПсО(о)).

На основании mPEST ≥ 3 диагноз ПсА был заподозрен у 34 (35,41 %) обследованных первой группы с диагнозом ПсО(в), у 10 (41,66 %) пациентов второй группы с диагнозом ПсО(э) и у 3 (37,5 %) пациентов третьей. По результатам опросника DLQI, умеренное влияние кожного процесса на качество жизни выявлено в первой группе пациентов с ПсО(в), что составило 10 баллов. Во второй ПсО(э) и третьей ПсО(о) группах выявлено сильное влияние кожного процесса на качество жизни – 18 и 11 баллов соответственно. Диагноз ПсА в первой группе с ПсО(в) по опроснику BASDAI можно заподозрить у 85 (86,73 %) пациентов, во второй с ПсО(э) – у 21 (87,5 %) пациента, в третьей с ПсО(о) – у 7 (87,5 %) пациентов.

Понимание консолидации усилий дерматолога и ревматолога очень важно для ранней диагностики ПсА, раннего начала терапии, что позволит предотвратить тяжелые формы болезни и инвалидизацию пациентов.

Ключевые слова: *псориаз, псориатический артрит, индекс PASI, опросник*

Psoriasis (PsO) is a chronic immune-mediated disease, in the pathogenesis of which various risk factors and genetic predisposition play an important role. Psoriatic arthritis (arthropathic psoriasis, PsA) is a chronic inflammatory disease of the joints, spine, and entheses that can occur in patients with psoriasis. Every fourth patient with PsO of smooth skin develops psoriatic arthritis (PsA), which, if progressed and left untreated, can cause irreversible functional disorders, which necessitates early diagnosis of this disease.

The aim of the study was to assess the frequency of detection of PsA in patients with PsO in the dermatovenerological department of the regional dermatovenerological dispensary using the mPEST questionnaire.

The study involved 128 patients (73 men and 55 women, mean age 45 ± 13.69 years) with different clinical forms of PsO who received treatment in the adult dermatovenereology department No. 1 of the regional dispensary in the period from 2019 to 2021. The duration of the disease lasted an average of 6.1±2.76 years. Patients with PsO were divided into 3 groups according to the clinical manifestations of the skin process. The first group (n=96) included patients with an established clinical diagnosis of vulgar (common) psoriasis (PsO(c) without damage to the nail plates. The second group (n=24) was diagnosed with exudative psoriasis (PsO(e)). the third group (n=8) included patients with lesions of the skin and nail plates (PsO(o)).

Based on mPEST≥3, the diagnosis of PsA was suspected in 34 (35.41%) patients diagnosed with PsO(c). In 10 (41.66%) patients of the second group with a diagnosis of PsO(e) and in 3 (37.5%) patients of the third. According to the results of the DLQI questionnaire, a moderate effect of the skin process on the quality of life was revealed in the first group of patients with PsO(c), which amounted to 10 points. In the second PsO(e) and third PsO(o) groups, a strong influence of the skin process on the quality of life was revealed - 18 and 11 points, respectively. The diagnosis of PsA in the first group with a diagnosis of PsO(c) according to the BASDAI questionnaire can be suspected in 85 (86.73%) patients, in group II - in 21 (87.5%) patients, in group III - PsA - in 7 (87.5%) %) of patients.

Understanding the consolidation of the efforts of a dermatologist and a rheumatologist is very important for early diagnosis of PsA, early initiation of therapy, which will prevent severe forms of the disease and disability of patients.

Keywords: *psoriasis, psoriatic arthritis, questionnaire*

Псориаз (ПсО) – хроническое иммуноопосредованное заболевание, в патогенезе которого большую роль играют различные факторы риска (ФР) и генетическая предрасположенность.

Псориатический артрит (псориаз артопатический, ПсА) – хроническое воспалительное заболевание суставов, позвоночника и энтезисов, которое может наблюдаться у больных с псориазом. При псориатическом артрите (ПсА) главным образом наблюдается воспаление периферических суставов (артрит), пальцев кистей и стоп (дактилит), энтезисов (энтезит), а также может наблюдаться воспаление в аксиальных структурах – телах позвонков (спондилит) и илиосакральных сочленениях (сакроилиит) [1].

По данным исследований, у каждого четвертого пациента с ПсО гладкой кожи развивается псориатический артрит (ПсА), который при прогрессировании и отсутствии лечения может привести к необратимым функциональным нарушениям [2, 13], что обусловливает необходимость ранней диагностики этого заболевания.

Согласно статистическим материалам Центрального НИИ организации и информатизации здравоохранения МЗ РФ и Государственного научного центра дерматовенерологии и косметологии МЗ РФ (г. Москва) по заболеваемости кожными болезнями за 2020 год, распространенность псориаза (ПсО) среди всего населения РФ составляет 229,4 на 100 тыс. населения. Этот показатель ниже, чем распространенность псориаза в Хабаровском крае, – 317,0 на 100 тыс. населения. Распространенность ПсА среди всего населения РФ в 2020 году составляла 13,3 на 100 тыс. населения, что ниже показателя распространенности ПсА в Хабаровском крае – 18,2 на 100 тыс. населения [3].

Неоднородность клинической картины и сложного патогенеза делает раннюю диагностику ПсА сложной задачей. У большинства пациентов (70 %) поражение опорно-двигательного аппарата развивается на фоне кожных проявлений псориаза, поэтому в ранней диагностике ПсА дерматолог играет ключевую роль [4, 5].

В клинических рекомендациях по ПсА приняты такие инструменты, как mPEST (modified Psoriasis Epidemiology Screening Tool) для диагностики ПсА и BASDAI (Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index) и ASDAS (Ankylosing Spondylitis Disease Activity Score) по СОЭ и СРБ для выявления активности спондилита [6].

Цель исследования

Оценка частоты выявляемости ПсА у больных с ПсО в дерматовенерологическом отделении краевого кожно-венерологического диспансера с использованием опросников mPEST и BASDAI.

Методы

В исследование включено 128 пациентов (73 мужчины и 55 женщин, средний возраст – 45±13,69 года) с разными клиническими формами ПсО, получавших лечение во взрослом дерматовенерологическом отделении № 1 краевого диспансера за период с 2019-го по 2021 год. Пациенты подписывали информированное согласие на участие в исследовании. На момент включения больные имели длительность заболевания в среднем 6,1±2,76 года. Из расчета минимальное значение длительности заболевания 4 года, максимальное – 10 лет. Первый квартиль Q1 – 4, третий квартиль Q3 – 10, межквартильный интервал IQR составил 6. В таблице 1 представлена характеристика обследованных больных.

Пациенты, включенные в исследование, госпитализировались по поводу кожных проявлений псориаза без установленного диагноза ПсА. После осмотра дерматологом больные заполняли модифицированный скрининговый опросник mPEST (рис. 1) для выявления ПсА, при выявлении скелетно-энтезиального синдрома – BASDAI (рис. 2) для определения активности спондилита.

В опроснике mPEST оценивали ответы на шесть вопросов, касающихся состояния опорно-двигательного аппарата. Каждый положительный ответ соответствовал 1 баллу, при значении mPEST ≥ 3 предполагали наличие ПсА. Число болезненных суставов (ЧБС) считалось по количеству отмеченных болевых зон на рисунке п. 6 в опроснике mPEST.

Далее при выявлении значения mPEST ≥ 3 рассчитывался суммарный показатель активности ПсА – индекс BASDAI, представляющий собой среднее значение по визуально-аналоговой шкале (ВАШ) от 1 до 10.

Опросник mPEST

Вопросы:

1) Была ли у вас когда-то припухлость сустава (суставов)? (как показано на фото ниже): да ☐ нет ☐

2) Говорил ли вам когда-нибудь врач, что у вас есть артрит? да ☐ нет ☐

3) Отмечали ли вы когда-либо на ногтях пальцев рук и ног какие-нибудь изменения (в виде точечных углублений, либо неровности)? (как показано на фото ниже): да ☐ нет ☐

4) Отмечали ли вы когда-нибудь боль в области пятки? да ☐ нет ☐

5) Были ли у вас когда-нибудь без видимых причин равномерно припухшие и болезненные пальцы рук или ног? (как показано на фото ниже): да ☐ нет ☐

6) На рисунке ниже отметьте суставы, которые вызывали у вас дискомфорт (скованность, припухлость или болезненность в суставе).

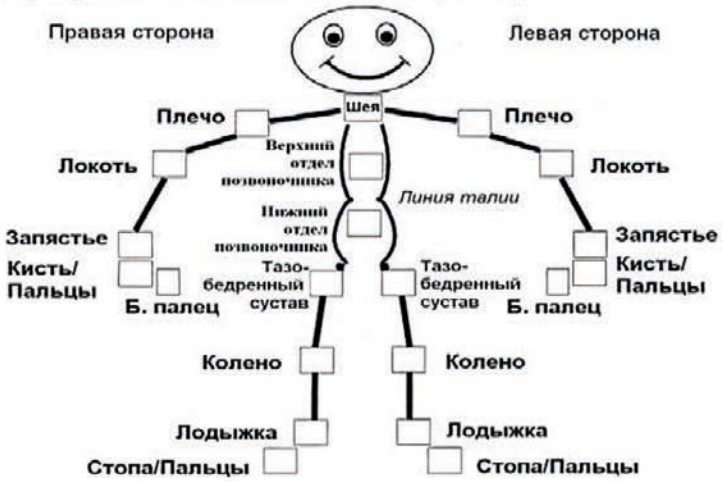
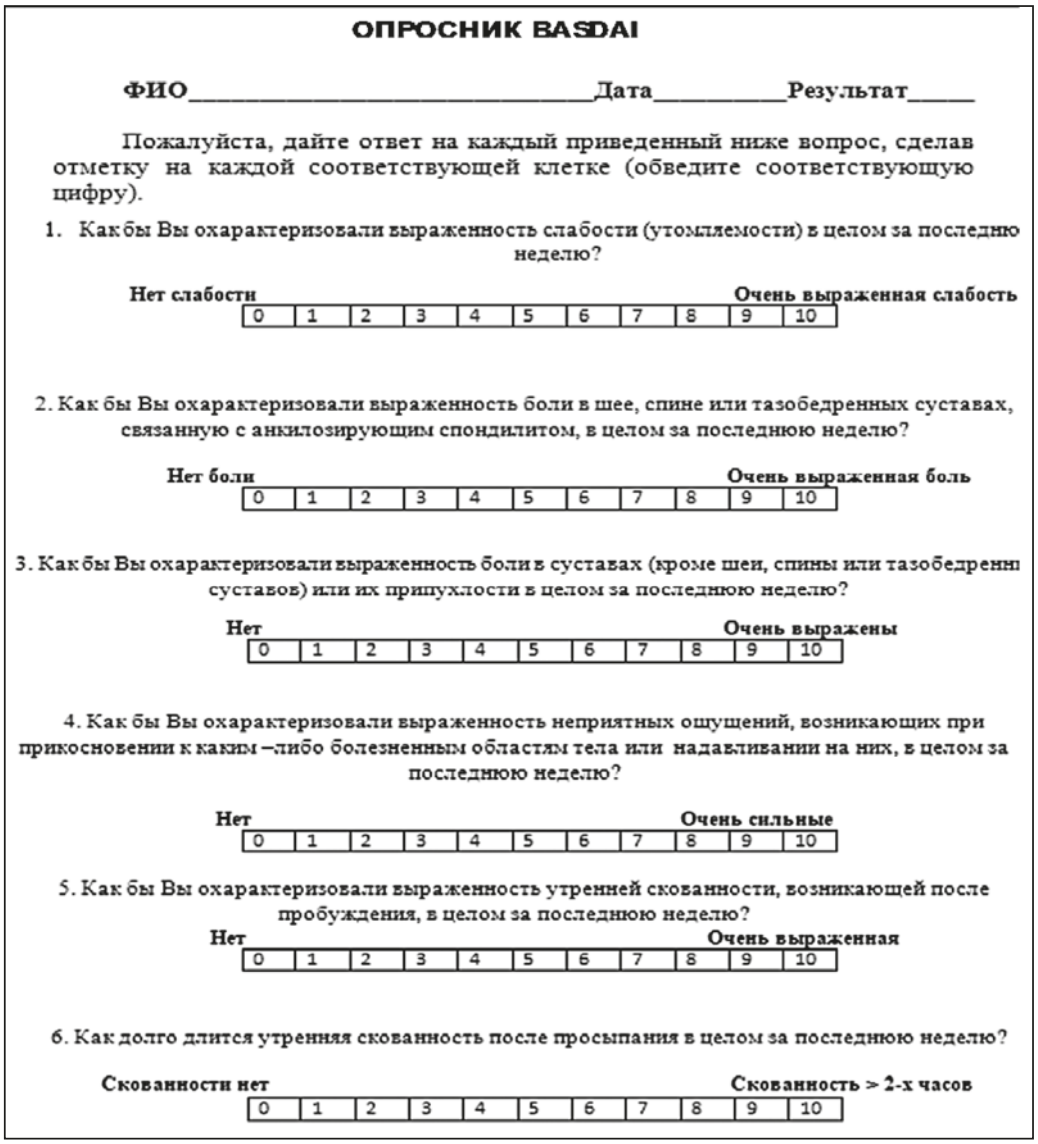


Рис. 1. Опросник mPEST



ОПРОСНИК BASDAI

ФИО_____**Дата**_____**Результат**_____

Пожалуйста, дайте ответ на каждый приведенный ниже вопрос, сделав отметку на каждой соответствующей клетке (обведите соответствующую цифру).

1. Как бы Вы охарактеризовали выраженность слабости (утомляемости) в целом за последнюю неделю?

Нет слабости — **Очень выраженная слабость**

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

2. Как бы Вы охарактеризовали выраженность боли в шее, спине или тазобедренных суставах, связанную с анкилозирующим спондилитом, в целом за последнюю неделю?

Нет боли — **Очень выраженная боль**

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

3. Как бы Вы охарактеризовали выраженность боли в суставах (кроме шеи, спины или тазобедренн суставов) или их припухлости в целом за последнюю неделю?

Нет — **Очень выражены**

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

4. Как бы Вы охарактеризовали выраженность неприятных ощущений, возникающих при прикосновении к каким –либо болезненным областям тела или надавливании на них, в целом за последнюю неделю?

Нет — **Очень сильные**

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

5. Как бы Вы охарактеризовали выраженность утренней скованности, возникающей после пробуждения, в целом за последнюю неделю?

Нет — **Очень выраженная**

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

6. Как долго длится утренняя скованность после просыпания в целом за последнюю неделю?

Скованности нет — **Скованность > 2-х часов**

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Рис. 2. Опросник BASDAI

Для подсчета индекса BASDAI вначале вычисляют среднее арифметическое значение ответов на вопросы 5 и 6, суммируют его со значениями ответов на 4 первых вопроса и рассчитывают среднее значение полученных пяти показателей:

$$BASDAI = \frac{1+2+3+4+(5+6)}{5}.$$

Воспалительная активность считается высокой при индексе BASDAI ≥ 4 [6, 7].

С помощью опросника DLQI (Dermatology Life Quality Index) – дерматологический индекс качества жизни, оценивалось негативное воздействие псориаза на качество жизни пациента. Индекс вычислялся путем суммирования баллов: значения «очень сильно / очень часто» – 3 балла, «сильно / часто» – 2 балла, «немного / редко» – 1 балл. Минимальное значение индекса равно 0, максимальное – 30 баллам. Интерпретация индекса: 0–1 балл – заболевание не оказывает влияния на качество жизни пациента, 2–5 – оказывает незначительное влияние, 6–10 – умеренное влияние, 11–20 – сильное влияние, 21–30 баллов – очень сильное влияние [8, 9].

Индекс распространенности и тяжести псориаза PASI (Psoriasis Areaand Severity Index) и шкала SCORE (Systematic Coronary Risk Evaluation) – риск развития сердечно-сосудистого заболевания – оценивались врачом при первичном осмотре в отделении.

При расчете PASI площадь каждой из четырех областей кожного покрова принимают за 100 %. Площадь поверхности кожи, вовлеченной в патологический процесс, обозначается буквой А и оценивается в каждой области (А голова, А туловище, А верхние конечности,

А нижние конечности) по специальной шкале от 0 до 6: 0 – отсутствие поражения кожи, 0 % поражения кожи определенной области; 1 – поражение от 1 до 9 % поверхности кожи анатомической области; 2 – от 10 до 29 %; 3 – от 30 до 49 %; 4 – от 50 до 69 %; 5 – от 70 до 89 %; 6 – от 90 до 100 % [10].

Для каждой области определяют свой индекс по формуле: коэффициент анатомической области × (эритема + шелушение + инфильтрация) × площадь пораженной кожи. После подсчета индекса для каждой из четырех областей полученные показатели суммируют и получают общий суммарный индекс PASI:

$$PASI = 0{,}1 \times (Э_{голова} + И_{голова} + Ш_{голова}) \times А_{голова} + 0{,}3 \times (Э_{туловище} + И_{туловище} + Ш_{туловище}) \times А_{туловище} + 0{,}2 \times (Э_{верхние\ конечности} + И_{верхние\ конечности} + Ш_{верхние\ конечности}) \times А_{верхние\ конечности} + 0{,}4 \times (Э_{нижние\ конечности} + И_{нижние\ конечности} + Ш_{нижние\ конечности}) \times А_{нижние\ конечности},$$

где Э – числовое значение выраженности эритемы, И – инфильтрации, Ш – шелушения, А – числовой показатель площади поражения. Минимальное значение PASI составляет 0, максимальное – 72. Псориаз считается легким, если значение PASI составляет менее 10, средней степени тяжести – при значении PASI от 10 до 20 и тяжелым при значении PASI более 20 [11].

Пациенты с ПсО были разделены на три группы согласно клиническим проявлениям кожного процесса. В первую группу (n=96) вошли пациенты с установленным клиническим диагнозом «вульгарный (обыкновенный) псориаз» (ПсО(в) без поражения ногтевых пластин. Во второй группе (n=24) был установлен диагноз «экссудативный псориаз» (ПсО(э)). В третью группу (n=8) были включены пациенты с поражением кожи и ногтевых пластин (ПсО(о)).

Среднее значение (М) длительности заболевания для первой и второй групп составило 4 года, со средним отклонением (SD) ±2,91 и ±2,67 соответственно. В третьей группе М длительности заболевания составило 4±2,76 года. Пациенты всех трех групп имели распространенный кожный процесс. Индекс PASI составил 21, 27,15 и 24,3 для трех групп соответственно.

Во всех трех группах преобладали мужчины, соответственно 52 %, 79,8 % и 75 %. В первой группе курящие составили меньше половины – 42,7 %, во второй и третьей группах их количество выше – 62,5 % и 73,5 % соответственно. Длительность заболевания для всех групп варьировала от четырех до десяти лет (табл. 1).

Результаты

Нами проведен опрос пациентов, страдающих псориазом (ПсО) легкой, средней и тяжелой

Таблица 1

Клиническая характеристика пациентов с ПсО (n=128)

Показатель		ПсО(в)	ПсО(э)	ПсО(о)
Число больных		96	24	8
Возраст, годы, M±SD		44,1±16,0	40,1±12,8	51,0±8,63
Пол, n (%):	Мужчины	50 (52)	17 (79,8)	6 (75)
	Женщины	46 (48)	7 (29,2)	2 (25)
Курящие, n (%)		41 (42,7)	15 (62,5)	3 (73,5)
Длительность заболевания, годы, Me[25-й; 75-й перцентили]		4[2;13]	4[2;10,75]	4[1;9,5]
mPEST, n (%)		32 (33)	9 (38)	3(38)
mPEST, Me[25-й; 75-й перцентили]		4[3;5]	3[3;4]	3[3;3,5]
ЧБС, n (%)		70 (72,9)	17 (79,8)	5 (62,5)
ЧБС (0–21), Me[25-й; 75-й перцентили]		4,1[2;13]	4,7[2;13]	2,4[2;13]
BASDAI, n (%)		33 (34)	6 (25)	0
BASDAI, Me[25-й; 75-й перцентили]		4[3,4;5,4]	4[3,13;5,25]	0
DLQI, n (%)		87 (90,6)	22 (91,7)	5 (62,5)
DLQI, Me[25-й; 75-й перцентили]		10,0[5,5;14]	18,0[6;21;75]	11,0[7;17]
PASI, Me[25-й; 75-й перцентили]		22,2[13,5;27;23]	27,15[18,6;34;35]	24,3[17,730;38]
SCORE, Me[25-й; 75-й перцентили]		2,0[1;3]	2,0[1;3]	1,5[1;2,25]
Количество пациентов с коморбидностью, n (%)		29 (30)	7 (29)	3 (38)

M – среднее значение.

форм, средний индекс PASI которых составил 27,24 (диапазон 1,2 – 60).

На основании mPEST ≥ 3 диагноз ПсА заподозрен у 32 (33 %) обследованных с диагнозом ПсО(в), у 9 (38 %) второй группы с диагнозом ПсО(э) и у 3 (38 %) пациентов третьей группы.

По результатам опросника DLQI, умеренное влияние кожного процесса на качество жизни выявлено в первой группе пациентов с ПсО(в), что составило 10 баллов. Во второй ПсО(э) и третьей ПсО(о) группах выявлено сильное влияние кожного процесса на качество жизни – 18 и 11 баллов соответственно.

Субклинический ПсА выявлен у 32 (33 %) из 96 пациентов с диагнозом ПсО(в), во второй группе субклинический ПсА выявлен у 9 (38 %) обследуемых с диагнозом ПсО(э) и в третьей группе – у 3 (38 %) обследуемых с диагнозом ПсО(о) (рис. 3, 4).

Число болезненных суставов (ЧБС) в первой группе выявлено у 70 (72,9 %) обследованных (ЧБС от 1 до 18). Во второй группе – у 17 (79,8 %) (ЧБС от 1 до 16). В третьей группе болезненные суставы выявлены у 5 (62,5 %) (ЧБС от 1 до 4).

Риск развития сердечно-сосудистых заболеваний (шкала SCORE) в первой и второй группах пациентов одинаковый, что составило 2 балла, в третьей группе среднее значение SCORE 1,5 балла. Во второй группе ПсО(э) максимальное значение SCORE 12 баллов, что является наиболее высоким риском в развитии сердечно-сосудистых заболеваний. В первой и третьей группах максимальных значений индекса SCORE достигнуто не было.

Количество пациентов с коморбидной патологией примерно одинаковое: в первой ПсО(в) и второй ПсО(э) группах – 30,2 % и 29,16 % соответственно, в третьей группе ПсО(о) – 37,5 %.

Обсуждение

За последние годы мы можем отметить рост заболеваемости ПсО и увеличение инвалидности пациентов с ПсА.

Ранняя диагностика клинического ПсА является актуальным вопросом во всем мире и в РФ. Работа по выявлению предикторов ПсА ведется преимущественно врачами-ревматоло-

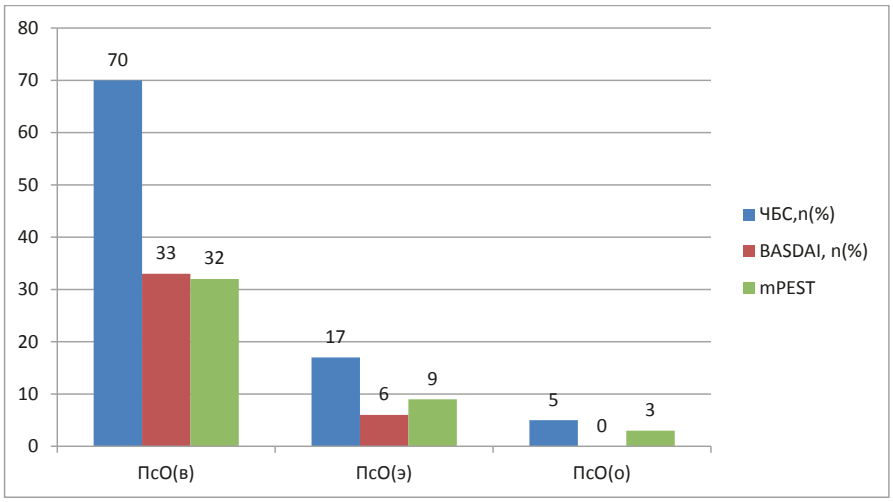


Рис. 3. Соотношение mPEST, ЧБС, BASDAI у пациентов с кожными проявлениями псориаза

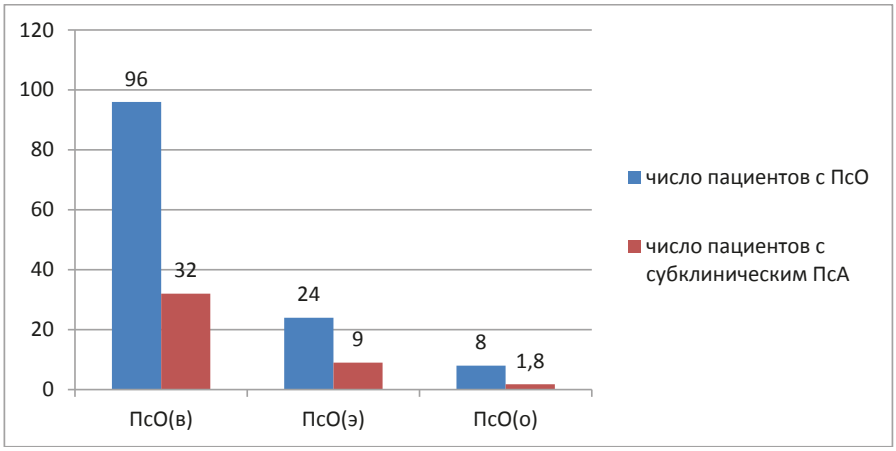


Рис. 4. Соотношение пациентов с ПсО и субклиническим ПсА

гами. Но в последнее время дерматовенерологи разных регионов РФ активно исследуют пациентов с ПсО для определения новых ранних признаков ПсА.

В нашем исследовании средний индекс PASI у больных составил 27,24 (1,2–60). Оценка степени тяжести ПсО по данным метаанализа показала, что среднее значение PASI было значимо выше у больных ПсА (средняя разница 2,64; 95 % ДИ 1,37–3,91) по сравнению с пациентами без ПсА.

Данные о взаимосвязи курения с развитием ПсА противоречивы. В ряде работ отмечено, что сигаретный дым запускает процессы оксидативного стресса, который приводит к развитию ПсО и ПсА. С другой стороны, обсуждается возможная протективная роль курения в возникновении ПсА, в связи с угнетением провоспалительных механизмов формирования артрита в результате активации α7-никотиновых рецепторов ацетилхолина. Тем не менее имеются работы, показывающие, что с курением ассоциирован повышенный риск ПсО и ПсА среди населения в целом [12, 13]. Курящих больных было больше во II и III группах (62,5 и 73,5 %).

У наших пациентов суставной синдром выявлен в 87 % случаев, как и во многих исследованиях, тяжесть кожного процесса не зависела от длительности заболевания. Тем не менее, по данным метаанализа, средняя длительность заболевания была значимо выше при ПсА (средняя разница 2,64 года; 95 % ДИ 1,34–4,50), чем при ПсО.

Все больные были направлены на консультацию к ревматологу. Однако не у всех пациентов, у которых мы заподозрили субклинический ПсА, подтвердился диагноз. У 35 % пациентов с имеющимся суставным синдромом выявлены травмы скелетно-мышечной системы (20 %), ревматоидный артрит (7 %), анкилозирующий спондилит (5 %), остеоартрит (3 %).

В клинической практике дерматовенерологи чаще ограничиваются выявлением жалоб пациентов с ПсО на боли в суставах. Однако применение опросника mPEST позволяет улучшить раннюю диагностику. У больных с ПсО субклиническое поражение «синовиально-энтезиальных» тканей развивается задолго до появления первых клинических признаков артрита. Поэтому целесообразно в практику врачей-дерматовенерологов амбулаторного звена внедрять использование опросника mPEST.

На основании mPEST ≥ 3 диагноз ПсА заподозрен у 32 (33 %) обследованных с диагнозом ПсО(в), у 9 (38 %) второй группы с диагнозом ПсО(э) и у 3 (38 %) пациентов третьей группы. А по опроснику BASDAI у позитивных mPEST ≥ 3 в I группе – у 33 (34 %) пациентов, во второй – у 6 (25 %) пациентов и в третьей группе пациентов с поражением позвоночника и положительным индексом BASDAI не наблюдалось. Очевидно, возможно использовать два опросника, но в связи с ограничением времени амбулаторного приема индекс BASDAI целесообразно применять ревматологами либо дерматологами в дерматологическом стационаре перед направлением на консультацию ревматолога, особенно в случае тяжелого артрита для решения вопроса о переводе на биологическую терапию.

Для диагностики ПсА ревматологами используются критерии CASPAR. В оригинальном исследовании, проведенном в Институте ревматологии им. В. А. Насоновой (г. Москва) ПсА выявлен у 61 (59,2 %) из 103 обследованных больных ПсО, причем у 32 (52,4 %) из них диагноз был установлен впервые. При этом уровень «пропущенного» ПсА в дерматологической клинике в исследовании составил 26,2 % [14].

Сходные данные недостаточного обследования пациентов с ПсО были получены в 34 дерматологических клиниках, расположенных в Северной Америке и Европе. Пациенты заполняли три вида опросников: опросник для скрининга псориаза и артрита (PASQ – Psoriasis and Arthritis Screening Questionnaire), опросник для скрининга эпидемиологии псориаза (PEST – Psoriasis Epidemiological Screening Tool) и скрининг псориатического артрита в Торонто (ToPAS – Toronto Psoriatic Arthritis Screen).

По результатам клинического осмотра дерматолога и ревматолога, по результатам одного из опросников (PASQ, PEST, ToPAS) из 949 пациентов с псориазом, обследованных ревматологами, у 285 (30 %) поставлен диагноз ПсА. Вероятный ПсА был выявлен у 45,1 % пациентов, заполнивших опросник PASQ, у 43,0 % пациентов, заполнивших опросник PEST, и у 42,9 % пациентов, заполнивших опросник ToPAS [15, 16].

В нашем исследовании при заполнении опросников mPEST и BASDAI мы получили результаты субклинического ПсА в 33 % по mPEST и 34 % из позитивных mPEST ≥ 3 случаев по BASDAI, превышающие показатели Чамурлиевой М. Н. (59,2 %) и данные мировых исследований, проводимых в дерматовенерологических клиниках (30 %). Обследуемые нами пациенты были преимущественно со среднетяжелыми и тяжелыми формами псориаза. Опросники, которые мы использовали, направлены на выявление патологии не только периферических суставов, но и позвоночника.

Заключение

ПсО и ПсА – многофакторные заболевания. Количество пациентов с ПсО увеличивается с

каждым годом, соответственно, увеличивается количество пациентов с ПсА. Как ревматологам, так и дерматологам необходимо понимать: в ранней диагностике ПсА колоссальная роль отводится дерматологам, но лечить ПсА нельзя также без ревматолога. Поэтому дерматологи не должны ограничиваться жалобами пациента и клиническими проявлениями кожного процесса, но и обращать внимание на результаты опросников на наличие суставного синдрома, а в клинической практике обязательно использовать опросник mPEST.

СПИСОК ИСТОЧНИКОВ

1. *Клинические рекомендации. Псориаз артропатический. Псориатический артрит / Общерос. обществ. орг. «Российское общество дерматовенерологов и косметологов», Ассоц. России. М., 2021, ID:562.*

2. *Prevalence of psoriatic arthritis in patients with psoriasis: A systematic review and meta-analysis of observational and clinical studies / F. Alinaghi et al. – DOI 10.1016/ j.jaad.2018.06.027 // J Am Acad Dermatol. 2019. Vol. 80, № 1:Jan. P. 251-265.e19.*

3. *Ресурсы и деятельность медицинских организаций дерматовенерологического профиля. Заболеваемость инфекциями, передаваемыми половым путем, заразными кожными болезнями и заболеваниями кожи: статистические материалы / Е. Г. Котова и др. М. : ЦНИИОИЗ Минздрава России, 2021. 208 с. ISBN 978-5-94116-059-4.*

4. *Псориатический артрит. Диагностика и лечение / М. Ю. Алиахунова и др. Ташкент, 2017. 53 с.*

5. *Veale D. J., Fearon U. The pathogenesis of psoriatic arthritis // Lancet. 2018. Vol. 391(10136): Jun 2. P. 2273-2284. DOI 10/ 1016/ S0140-6736(18)30830-*

6. *Клиническая ревматология / под ред. В. И. Мазурова. М.: Е-ноtо, 2021. С. 619–639.*

7. *Систематический обзор и мета-анализ: факторы риска развития псориатического артрита. Ч. 2 / Н. О. Переверзина и др. // Современная ревматология. 2022. № 2. С. 26–33.*

8. *Incidence and clinical predictors of psoriatic arthritis in patients with psoriasis: a population-based study / F. C. Wilson et al. DOI 10.1002/ art.24172 // Arthritis Rheum. 2009. Vol. 61, № 2: Feb 15. P. 233-239.*

9. *Чамурлиева М. Н., Логинова Е. Ю., Коротаева Т. В. Выявляемость псориатического артрита у больных псориазом в дерматологической и ревматологической клинике // Современная ревматология. 2016. № 4. С. 47–50.*

10. *Ефанова Е. Н., Васильева Е. А., Кобылянская Н. В. Анализ индекса качества жизни DLQI (The Dermatology Life Quality Index) у пациентов с различными дерматологическими нозологиями // Здоровье и образование в XXI веке. 2019. Vol. 21, № 6. С. 22–26. URL: https://clinical-journal.ru/ (date of the request: 01.08.2022).*

11. *Индекс PASI (Psoriasis Areaand Severity Index) в оценке клинических проявлений псориаза / А. А. Кубанов и др. // Вестник дерматологии и венерологии. 2016. Vol. 4. P. 33–38.*

12. *Disease severity, quality of life and health care in plaque-type psoriasis: a multicenter cross-sectional study in Germany / M. Augustin et al. // Dermatology. 2008. Vol. 216, № 4. P. 366–372.*

13. *Comparative performance of psoriatic arthritis screening tools in patients with psoriasis in European / North American dermatology clinics; P. J. Mease et al. DOI 10.1016/j. jaad.2014.05.010. Epub 2014 Jun 25. PMID: 24974240 // J Am Acad Dermatol. 2014. Vol. 71, № 4: Oct. P. 649–655.*

14. *Prevalence of rheumatologist-diagnosed psoriatic arthritis in patients with psoriasis in European / North American dermatology clinics; P. J. Mease. DOI 10.1016/j. jaad.2013.07.023. Epub 2013 Aug 24. PMID: 23981683 // J Am Acad Dermatol. 2013. Vol. 69, № 5: Nov. P. 729–735.*

15. *Лешко Ю. Ю., Кундер Е. В. Ранний псориатический артрит // Лечебное дело. 2020. Т. 71, № 1. С. 49–53.*

16. *Систематический обзор и метаанализ: факторы риска развития псориатического артрита. Ч. 1 / Н. О. Переверзина и др. // Современная ревматология. 2022. № 1. С. 12–19.*

REFERENCES

1. *Clinical recommendations. Psoriasis is arthropathic. Psoriatic arthritis / All-Russian Society "Russian Society of Dermatovenerologists and Cosmetologists", Associations of Russia. M., 2021, ID:562.*

2. *Prevalence of psoriatic arthritis in patients with psoriasis: A systematic review and meta-analysis of observational and clinical studies / F. Alinaghi et al. – DOI 10.1016/ j.jaad.2018.06.027 // J Am Acad Dermatol. 2019 Vol. 80, No. 1: Jan. P. 251-265.e19.*

3. *Resources and activities of medical organizations of the dermatovenerological profile. The incidence of sexually transmitted infections, contagious skin diseases and skin diseases: statistical materials / E. G. Kotova et al. M. : Central Scientific and Research Institute of Organization and Informatization of Public Healtg of the Ministry of Health of Russia, 2021. 208 p. ISBN 978-5-94116-059-4.*

4. *Psoriatic arthritis. Diagnosis and treatment / M. Yu. Aliakhunova et al. Tashkent, 2017. 53 p.*

5. *Veale D. J., Fearon U. The pathogenesis of psoriatic arthritis // Lancet. 2018 Vol. 391(10136): Jun 2. P. 2273-2284. DOI 10/ 1016/ S0140-6736(18)30830-4.*

6. *Clinical rheumatology / ed. V. I. Mazurova. M.: E-noto, 2021. P. 619–639.*

7. *Systematic review and meta-analysis: risk factors for psoriatic arthritis. Part 2 / N. O. Pereverzina et al. // Modern rheumatology. 2022. No. 2. P. 26–33.*

8. *Incidence and clinical predictors of psoriatic arthritis in patients with psoriasis: a population-based study / F. C. Wilson et al. DOI 10.1002/ art.24172 // Arthritis Rheum. 2009 Vol. 61, no. 2: Feb. 15. P. 233-239.*

9. *Chamurlieva M. N., Loginova E. Yu., Korotaeva T. V. Detection of psoriatic arthritis in patients with psoriasis in dermatological and rheumatological clinics // Modern Rheumatology. 2016. No. 4. P. 47–50.*

10. *Efanova E. N., Vasilyeva E. A., Kobylyanskaya N. V. Analysis of the DLQI (TheDermatologyLifeQualityIndex) quality of life index in patients with various dermatological nosologies // Health and education in the XXI century. 2019. Vol. 21, No. 6. pp. 22–26. URL: https://clinical-journal.ru/ (date of the request: 08/01/2022).*

11. *PASI index (PsoriasisArea and SeverityIndex) in assessing the clinical manifestations of psoriasis / A. A. Kubanov et al. // Bulletin of dermatology and venereology. 2016. Vol. 4. P. 33–38.*

12. *Disease severity, quality of life and health care in plaque-type psoriasis: a multicenter cross-sectional study in Germany / M. Augustin et al. // Dermatology. 2008. Vol. 216, № 4. P. 366–372.*

13. *Comparative performance of psoriatic arthritis screening tools in patients with psoriasis in European / North American dermatology clinics; P. J. Mease et al. DOI 10.1016/j. jaad.2014.05.010. Epub 2014 Jun 25. PMID: 24974240 // J Am Acad Dermatol. 2014. Vol. 71, № 4: Oct. P. 649–655.*

14. *Prevalence of rheumatologist-diagnosed psoriatic arthritis in patients with psoriasis in European / North American dermatology clinics; P. J. Mease. DOI 10.1016/j. jaad.2013.07.023. Epub 2013 Aug 24. PMID: 23981683 // J Am Acad Dermatol. 2013. Vol. 69, № 5: Nov. P. 729–735.*

15. *Leshko Yu. Yu., Kunder E.V. Early psoriatic arthritis // Medical business. 2020. V. 71, No. 1. P. 49–53.*

16. *Systematic review and meta-analysis: risk factors for psoriatic arthritis. Part 1 / N. O. Pereverzina et al. // Modern rheumatology. 2022. No. 1. P. 12–19.*