

УДК 616.72-002

DOI 10.24412/2312-2935-2026-2-308-327

ПСОРИАТИЧЕСКИЙ АРТРИТ И ИНВАЛИДИЗАЦИЯ ПРИ ПСОРИАЗЕ: КЛИНИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ ПРЕДИКТОРЫ ПОТЕРИ ТРУДОСПОСОБНОСТИ

М.О. Гулиев¹, Б.Н. Каримов²

¹ Кабардино-Балкарский государственный университет им. Х.М. Бербекова Министерства науки и образования Российской Федерации, г. Нальчик

² Медико-биологический университет инноваций и непрерывного образования ФГБУ Государственный научный центр Российской Федерации «Федеральный медицинский биофизический центр им. А.И. Бурназяна» Федерального медико-биологического агентства России, Г. Москва

Введение. Псориатический артрит является одним из ключевых факторов стойких функциональных ограничений и потери трудоспособности, часто определяя необходимость направления на медико-социальную экспертизу.

Цель исследования: оценить вклад псориатического артрита в риск утраты трудоспособности у пациентов с псориазом, а также сравнить динамику социально-трудовых исходов при ГИБТ и традиционной системной терапии.

Материалы и методы. Набрано в исследование 300 взрослых пациентов с псориазом (18–75 лет), три группы по 100 наблюдений (ГИБТ; традиционная системная терапия; ретроспективный контроль). Оценивали наличие ПсА, показатели тяжести (PASI, BSA), качество жизни (DLQI) и социально-трудовые исходы.

Результаты. ПсА выявлен у 12% пациентов. Исходно снижение профессиональной активности отмечалось у 38%, направление на МСЭ — примерно у 22%. Через 12 месяцев частота направлений на МСЭ снизилась с 24% до 6% в группе ГИБТ и с 21% до 15% при традиционной терапии; в контроле существенной динамики не было (20% и 18% соответственно). В группе ГИБТ число дней временной нетрудоспособности уменьшилось более чем вдвое (24,6-10,8 дня/год), а ограничения трудовой деятельности — с 40% до 11%; при традиционной терапии улучшения были умеренными.

Выводы. Наиболее значимые предикторы потери трудоспособности при псориазе — наличие ПсА, тяжелое/распространенное течение, выраженное снижение качества жизни и социальная дезадаптация. Достижение глубокого контроля заболевания, особенно на фоне ГИБТ, ассоциировано со снижением потребности в МСЭ и уменьшением трудопотерь.

Ключевые слова: псориаз; псориатический артрит; трудоспособность; инвалидизация; медико-социальная экспертиза; временная нетрудоспособность; предикторы

PSORIATIC ARTHRITIS AND DISABILITY IN PSORIASIS: CLINICAL AND SOCIAL PREDICTORS OF LOSS OF ABILITY TO WORK

M.O. Guliev¹, B.N. Karimov²

¹ *Kabardino-Balkarian State University named after Kh.M. Berbekov of the Ministry of Science and Education of the Russian Federation, Nalchik*

² *Medical and Biological University of Innovations and Continuing Education of the Federal State Budgetary Institution State Research Center of the Russian Federation "Federal Medical Biophysical Center named after A.I. Burnazyan" of the Federal Medical and Biological Agency of Russia, Moscow*

Introduction. Psoriatic arthritis is a key factor in persistent functional limitations and disability, often necessitating referral for medical and social disability assessment.

Objective: to assess the contribution of psoriatic arthritis to the risk of disability in patients with psoriasis, and to compare the dynamics of social and labor outcomes in HIBT and traditional systemic therapy.

Materials and Methods. A secondary analysis of a dissertation sample was conducted: 300 adult patients with psoriasis (18–75 years old) in three groups of 100 observations each (GIBT; traditional systemic therapy; retrospective control). The presence of PsA, severity indicators (PASI, BSA), quality of life (DLQI), and social and occupational outcomes were assessed.

Results. PsA was detected in 12% of patients. At baseline, decreased professional activity was noted in 38%, and referral to the medical and social expertise was reported in approximately 22%. After 12 months, the frequency of referrals to the medical and social expertise decreased from 24% to 6% in the GIBT group and from 21% to 15% in the traditional therapy group. In the control group, there were no significant changes (20% and 18%, respectively). In the GIBT group, the number of days of temporary disability decreased more than 50% (24.6 - 10.8 days/year), and work limitations decreased from 40% to 11%; with traditional therapy, improvements were moderate.

Conclusion. The most significant predictors of disability in psoriasis are the presence of PsA, severe/widespread course of the disease, a significant decrease in quality of life, and social maladjustment. Achieving deep disease control, especially in the context of GIBT, is associated with a reduced need for medical and social expertise and a reduction in work losses.

Keywords: psoriasis; psoriatic arthritis; work capacity; disability; medical and social assessment; temporary disability; predictors

Введение. Псориаз - хроническое иммуновоспалительное заболевание кожи, которое встречается у 1–8% взрослого населения, но демонстрирует выраженную географическую и популяционную вариабельность [1, 2]. В странах Северной Европы доля пациентов может достигать 8–11%, тогда как в ряде стран Южной Азии и Африки показатели, как правило, ниже; в целом заболевание регистрируется у мужчин и женщин примерно одинаково часто [3]. По данным Global Burden of Disease (2019), ежегодно фиксируется порядка 4,6 млн впервые

выявленных случаев, что отражает устойчивое медико-социальное бремя и необходимость мониторинга заболеваемости и исходов на уровне систем здравоохранения [4].

Псориаз - многофакторное заболевание: его развитие связано с генетической предрасположенностью, иммунной дисрегуляцией и влиянием факторов среды [5, 6]. Генетические исследования описывают ассоциации с HLA-Cw6, IL12B, IL23R и рядом регуляторов воспалительных каскадов (включая NF-κB-связанные пути), а также расширяют спектр локусов восприимчивости, вовлеченных во врожденный и адаптивный иммунитет [7, 8]. На тканевом уровне заболевание характеризуется гиперпролиферацией кератиноцитов и выраженной клеточной инфильтрацией; значительная часть «псориатического транскриптома» связана с иммунными, защитными реакциями и ответом на повреждение [2, 7, 9].

Ключевым патогенетическим контуром считают ось IL-23/Th17 с поддержанием воспаления через IL-17-опосредованные эффекты и последующим стимулированием процесса со стороны активированных кератиноцитов; клиническая эффективность блокирования центральных медиаторов этого направления дополнительно подтверждает его ведущую роль [10]. В качестве триггеров дебюта и обострений описывают повреждение кожи (феномен Кебнера), инфекции, некоторые лекарственные средства (β-блокаторы, препараты лития) и психоэмоциональный стресс [1].

При псориазе клинические проявления выходят за пределы кожи и включают суставной синдром, метаболические и психоэмоциональные нарушения, формируя значимое медико-социальное бремя [11, 12]. Наиболее неблагоприятным для трудоспособности вариантом течения является псориатический артрит (ПсА) - прогрессирующее поражение опорно-двигательного аппарата приводит к стойким функциональным ограничениям и может определять потребность в установлении инвалидности [13, 14, 15]. Отдельная проблема - поздняя диагностика ПсА и «маскирующиеся» дебюты суставного синдрома, что снижает шансы на ранний контроль воспаления и повышает риск инвалидизирующих исходов [16, 17].

В российском контексте эпидемиологические оценки в среднем сопоставимы с мировыми (распространенность среди взрослых 1,5–2%), но показатели существенно различаются по регионам, что отражает как особенности популяций, так и диагностические возможности и организацию наблюдения [18, 19]. По этим причинам статистика инвалидизации при псориазе может быть «чувствительна» не только к реальной тяжести болезни, но и к

маршрутизации пациентов, доступности ревматолога, современной терапии и полноте фиксации функциональных нарушений.

Цель исследования: оценить вклад псориатического артрита в риск утраты трудоспособности у пациентов с псориазом, а также сравнить динамику социально-трудовых исходов при ГИБТ и традиционной системной терапии.

Материалы и методы. Дизайн исследования - наблюдательный с сочетанием проспективного компонента (активное наблюдение по графику) и ретроспективного контроля по архивной медицинской документации. В исследование включали пациентов, проходивших стационарное лечение по поводу псориаза в период 2015–2024 гг. Распределение по терапевтическим стратегиям осуществлялось по клиническим показаниям (нерандомизировано), контрольная группа формировалась ретроспективно. В анализ включены 300 пациентов 18–75 лет с подтвержденным диагнозом псориаза.

Критерии включения: подтвержденный псориаз; информированность и подписанное добровольное согласие (для проспективной части); готовность к длительному сотрудничеству и выполнению рекомендаций.

Критерии исключения: отсутствие информированного согласия или потеря контакта на любом этапе; самостоятельный выход из исследования; выраженные психические отклонения (включая депрессию или тяжелые психические заболевания); онкологические заболевания, требующие смены терапевтической стратегии.

Сформированы три группы по 100 наблюдений:

- ГИБТ (ингибиторы ФНО- α , IL-12/23, IL-17: адалимумаб/инфликсимаб, устекинумаб, секукинумаб/иксекизумаб);
- традиционная терапия (метотрексат, циклоспорин; местная терапия топическими ГКС и витамином D3; фототерапия UVB/PUVA);
- контрольная группа (ретроспективные данные пациентов, лечившихся до внедрения/доступности ГИБТ или без ее применения при наличии показаний).

По тяжести заболевания группы исходно были неоднородны: группа ГИБТ включала преимущественно среднетяжелые или тяжелые и резистентные формы, нередко с псориатическим артритом; во 2-й группе преобладали контролируемые формы или противопоказания к ГИБТ.

Источниками данных явились истории болезни, результаты лабораторных анализов, заключения инструментальных исследований, консультации смежных специалистов, сведения по сопутствующим заболеваниям; для проспективных групп - плановые обследования и анкетирование.

Фиксировали клиническую форму псориаза, включая наличие псориатического артрита (ПсА) как системного варианта течения, отраженного в медицинской документации.

Дополнительно учитывали клинико-демографические и сопутствующие факторы, потенциально связанные с трудоспособностью (возраст, пол, клиническая структура, коморбидность).

Тяжесть кожного процесса оценивали по PASI и площади поражения BSA; качество жизни — по DLQI. Для стратификации по тяжести использовали пороговые значения - PASI <10 – легкий тип; PASI ≥10 — среднетяжелый, тяжелый. Критерием клинически значимого ответа на терапию рассматривали PASI 75 (оценка в динамике через 3–6–12 месяцев).

Для оценки клинико-социальных предикторов утраты трудоспособности группы формировались с учетом тяжести псориаза и наличия системных проявлений, прежде всего псориатического артрита. Исходная неоднородность по PASI/DLQI/BSA учитывалась при интерпретации межгрупповых сравнений; ключевой акцент делался на связи ПсА и тяжелого течения с показателями временной нетрудоспособности и направлениями на МСЭ.

Социально-трудовые исходы и индикаторы риска инвалидизации. В рамках анализа выделяли показатели, напрямую связанные с потерей трудоспособности и маршрутизацией на экспертизу:

- ограничение трудовой деятельности / снижение профессиональной активности (по данным медицинской документации и анамнеза);
- длительная временная нетрудоспособность (>30 дней/год);
- социальная дезадаптация (фиксируемая по клиническим и анамнестическим данным как устойчивые ограничения социальной и бытовой активности на фоне заболевания);
- частота направления на МСЭ как ключевой организационный маркер угрозы стойкой утраты трудоспособности;
- среднее число дней временной нетрудоспособности в год.

Показатели оценивали исходно и через 12 месяцев; при наличии данных анализировали отдаленные результаты 3–5 лет.

Таблица 1

Формирование групп и терапевтические стратегии в контексте риска утраты трудоспособности

<i>Группа (n)</i>	<i>Подгруппа</i>	<i>Вид терапии</i>	<i>Препараты</i>	<i>Клинико-социальный профиль, релевантный потере трудоспособности</i>
1. ГИБТ (n=100)	1a	ингибиторы ФНО- α	адалимумаб, инфликсимаб	среднетяжелый/тяжелый псориаз; ПсА/суставной синдром как ключевой фактор функциональных ограничений
	1b	ингибиторы IL-12/23	устекинумаб	среднетяжелый псориаз; ПсА/суставной синдром
	1c	ингибиторы IL-17	секукинумаб, иксекизумаб	тяжелое течение; высокий риск стойких ограничений при системности процесса
2. Традиционная терапия (n=100)	2a	системная терапия	метотрексат, циклоспорин	среднетяжелые формы; часто ограничения к ГИБТ; риск потери трудоспособности оценивается через активность процесса и коморбидность
	2b	местная терапия	топические ГКС, витамин D3	легкие формы; обычно без выраженных функциональных ограничений
	2c	фототерапия	UVB, PUVA	среднетяжелые формы без признаков системного поражения
3. Ретроспективный контроль (n=100)	3a	системная терапия	—	тяжелое течение/системное поражение в период до внедрения или доступности ГИБТ; высокая вероятность неблагоприятных социально-трудовых исходов
	3b	местная терапия	—	среднетяжелые формы без системного поражения

Статистический анализ. Использовали методы описательной и аналитической статистики. Нормальность распределений проверяли тестом Шапиро–Уилка. Для сравнения количественных показателей применяли t-тест / t-тест Уэлча и ANOVA (с коррекцией при множественных сравнениях), при ненормальном распределении - критерии Манна–Уитни и Вилкоксона. Для категориальных переменных использовали χ^2 Пирсона и точный критерий Фишера. Статистически значимым считали $p < 0,05$.

Этические аспекты. Исследование выполнено с соблюдением принципов биомедицинской этики и положений Хельсинкской декларации. Для проспективной части получено добровольное информированное согласие.

Результаты. В анализ включены 300 пациентов с псориазом в возрасте 18–75 лет (по 100 наблюдений в каждой группе). Средний возраст составил $47,2 \pm 12,8$ года; большинство пациентов относились к наиболее активной трудоспособной возрастной категории 35–60 лет (58,3%), доля ≥ 60 лет - 29,0%, 18–35 лет - 12,7%. Мужчины составили 52%, женщины - 48%. Длительность заболевания в среднем превышала 10 лет; более половины пациентов имели стаж болезни свыше 7 лет, у 14% длительность псориаза превышала 20 лет.

По клиническим формам доминировал вульгарный бляшечный псориаз (79%). Доля псориатического артрита (ПсА) в общей когорте составила 12% и была выше в группе современной терапии (18% в группе 1) по сравнению с традиционной терапией (8% в группе 2) и ретроспективным контролем (10% в группе 3), что отражает концентрацию более «высокорисковых» пациентов в группе современного лечения. Поражение ногтей фиксировали у 11% пациентов.

Исходные показатели тяжести и влияния на качество жизни демонстрировали неоднородность групп, учитываемую при интерпретации трудовых исходов. В группах 1 и 3 (более тяжелые формы) значения PASI и DLQI были сопоставимы ($PASI\ 18,4 \pm 6,2$ и $16,1 \pm 5,8$; $DLQI\ 15,2 \pm 5,7$ и $13,9 \pm 5,2$ соответственно), при этом площадь поражения кожи была выше в группе 1 ($23,5 \pm 8,1\%$ против $20,7 \pm 7,5\%$; $p=0,012$). В таблице 2 отображены клинические особенности по группам.

Коморбидность в исследуемой когорте превышала 60% - артериальная гипертензия выявлялась у 30%, ожирение - у 25%, сахарный диабет 2 типа - у 12%, тревожно-депрессивные расстройства - у 17%. Среди модифицируемых факторов риска часто встречались хронический стресс (42%), нерациональное питание (34%), курение (28%), низкая физическая активность (27%). Этот фон имеет значение в интерпретации инвалидизирующих исходов, поскольку он повышает вероятность как функциональных ограничений, так и более длительных эпизодов временной нетрудоспособности.

В общей когорте уже на исходном этапе снижение профессиональной активности отмечалось у 38% пациентов. У 15% выявлялись признаки угрозы стойкой утраты

трудоспособности, что требовало клинически обоснованного рассмотрения вопроса о направлении на МСЭ. Фактически до начала лечения направление на МСЭ имели около 22% пациентов; чаще это наблюдалось при тяжелом распространенном псориазе, осложненном псориатическим артритом или при выраженной социальной дезадаптации.

Таблица 2

Клинические характеристики групп исследования

<i>Показатель</i>	<i>Группа 1 (ГИБТ), n=100</i>	<i>Группа 2 (традиц.), n=100</i>	<i>Группа 3 (контроль), n=100</i>	<i>Всего, n=300</i>
Возраст, n (%)				
18–35 лет	9 (9,0)	11 (11,0)	18 (18,0)	38 (12,7)
35–60 лет	55 (55,0)	63 (63,0)	57 (57,0)	175 (58,3)
≥60 лет	36 (36,0)	26 (26,0)	25 (25,0)	87 (29,0)
Клиническая форма, %				
Вульгарный бляшечный	72	85	80	79
Псориатический артрит (ПсА)	18	8	10	12
Эритродермический псориаз	5	2	4	4
Пустулезный псориаз	3	2	3	3
Поражение ногтей (ониходистрофия)	12	9	11	11
Тяжесть (среднее ± SD)				
PASI	18,4 ± 6,2	7,9 ± 3,5	16,1 ± 5,8	—
DLQI	15,2 ± 5,7	6,8 ± 2,9	13,9 ± 5,2	—
BSA, %	23,5 ± 8,1	8,2 ± 3,1	20,7 ± 7,5	—

Социально-трудовые нарушения и динамика в течение 12 месяцев.

По строгим социально-трудовым индикаторам неблагоприятные проявления были выражены уже исходно. Длительная временная нетрудоспособность (более 30 дней в год) фиксировалась у 14–16% пациентов в группах, а признаки социальной дезадаптации — у 43–47%. Через 12 месяцев выраженность социально-трудовых ограничений определялась степенью контроля заболевания и эффективностью терапии. Доля пациентов с ограничениями трудовой деятельности снизилась наиболее заметно в группе 1 - до 11% при исходном уровне 40%. В группе 2 показатель уменьшился до 27% при исходном уровне 36%, тогда как в контрольной группе существенных изменений не отмечалось (33% при исходных 35%).

Среднее число дней временной нетрудоспособности в год также сокращалось преимущественно при проведении современной терапии - в группе 1 показатель снизился до

10,8 дня в год при исходном уровне 24,6. В группе 2 снижение было умеренным - до 16,9 дня в год при исходном уровне 22,1. В контрольной группе показатель оставался неблагоприятным и составлял около 21,5 дня в год.

Доля пациентов с длительной временной нетрудоспособностью (более 30 дней в год) уменьшилась в группе 1 до 5% при исходных 16%. В группе 2 снижение было менее выраженным — до 11% при исходных 14%, а в контрольной группе изменения были минимальными (13% при исходных 15%). Наглядно результаты по группам отображены в таблице 3.

Таблице 3

Ограничения трудоспособности по группам

<i>Показатель</i>	<i>Группа 1 (ГИБТ) исходно</i>	<i>12 мес</i>	<i>3–5 лет</i>	<i>Группа 2 (традиц.) исходно</i>	<i>12 мес</i>	<i>3–5 лет</i>	<i>Группа 3 (контроль) исходно</i>	<i>12 мес</i>	<i>3–5 лет</i>
Направление на МСЭ, %	24	6	4	21	15	13	20	18	17
Ограничение трудоспособности, %	40	11	9	36	27	24	35	33	30
Среднее число дней временной нетрудоспособности в год, дней	24,6	10,8	—	22,1	16,9	—	21,5	21,5	—
Длительная временная нетрудоспособность (>30 дней/год), %	16	5	—	14	11	—	15	13	—
Социальная дезадаптация, %	47	14	—	43	32	—	46	43	—

Выраженное снижение социальной дезадаптации отмечалось только в группе 1- через 12 месяцев показатель составил 14% при исходном уровне 47%. В группе 2 социальная дезадаптация сохранялась у 32% пациентов, а в контрольной группе — у 43%.

Динамика направлений на МСЭ как индикатор риска стойкой утраты трудоспособности

Частота направлений на МСЭ существенно различалась между группами уже в течение первого года наблюдения. В группе 1 показатель снизился до 6% к 12-му месяцу при исходном уровне 24%. В группе 2 снижение было менее выраженным и составило 15% при исходном

уровне 21%. В контрольной группе существенной динамики не выявлялось - через 12 месяцев направление на МСЭ имели 18% пациентов при исходном уровне 20%.

В отдаленные сроки наблюдения (3–5 лет) в группе 1 сохранялся минимальный уровень направлений на МСЭ — 4%. В группе 2 показатель оставался выше и составлял 13%, а в контрольной группе достигал 17%.

Клиническая эффективность терапии, оцененная по достижению целевых уровней PASI, была наибольшей в группе 1. Долю пациентов, достигших PASI 75, составляли 82% через 6 месяцев и 89% через 12 месяцев; PASI 90 достигали 46% и 57% соответственно. В группе 2 PASI 75 достигали 38% через 6 месяцев и 42% через 12 месяцев, а PASI 90 — 12% и 14%. В контрольной группе PASI 75 отмечался у 25% через 6 месяцев и у 28% через 12 месяцев, тогда как PASI 90 сохранялся на уровне 3% и 4%. Различия по достижению PASI 75 и PASI 90 между группой 1 и остальными группами были статистически значимыми как на 6, так и на 12 месяцах наблюдения ($p < 0,01–0,001$).

На фоне лучшего контроля заболевания в группе 1 более выраженно улучшалось качество жизни. Показатель DLQI снизился с $15,2 \pm 5,7$ до $2,3 \pm 1,8$ через 12 месяцев и до $1,9 \pm 1,6$ при наблюдении 3–5 лет. В группе 2 DLQI уменьшился с $6,8 \pm 2,9$ до $4,6 \pm 2,2$ через 12 месяцев и составлял $4,9 \pm 2,5$ в отдаленном периоде. В контрольной группе снижение было умеренным - с $13,9 \pm 5,2$ до $10,8 \pm 4,4$ через 12 месяцев и до $9,8 \pm 4,1$ при наблюдении 3–5 лет. На сроках 6–12 месяцев и 3–5 лет показатели качества жизни в группе 1 были достоверно лучше, чем в остальных группах.

Совокупность результатов указывает, что неблагоприятные трудовые исходы в когорте чаще формировались при сочетании псориатического артрита, тяжелого и распространенного течения заболевания (по PASI/BSA) и выраженных психосоциальных ограничений (по DLQI и показателям социальной дезадаптации). При достижении глубокого и устойчивого клинического контроля снижение ограничений трудовой деятельности и уменьшение потребности в МСЭ оставались в значительной степени модифицируемыми.

Обсуждение. Полученные результаты подтверждают, что утрата трудоспособности при псориазе формируется не только за счет кожного процесса, а преимущественно в «системном» фенотипе заболевания - при присоединении псориатического артрита или выраженной распространенности (PASI/BSA) на фоне значимых психосоциальных ограничений. В

изученной когорте пациентов именно артропатия и признаки социальной дезадаптации чаще выступали практическими основаниями для направления на МСЭ, что отражает реальную клинико-экспертную логику. Суставной синдром быстрее приводит к стойкому функциональному дефициту и профессиональным ограничениям, чем изолированные кожные проявления [13, 14, 15].

Судя по выявленным данным, клиническая картина вкупе с социальным статусом обладают кумулятивным эффектом для инвалидизации. Даже при сопоставимом возрасте и общей структуре форм псориаза риск потери трудоспособности усиливается при сочетании воспалительной активности (боль, скованность, ограничение функции при ПсА; высокая площадь, тяжесть поражения кожи) с ухудшением качества жизни (DLQI) и устойчивыми ограничениями социальной и бытовой активности. Эта связка объясняет, почему в исходном состоянии фиксировались значимые доли снижения профессиональной активности и маркеров угрозы стойкой утраты трудоспособности - клинический компонент задает функциональные ограничения, а психоэмоциональный и социальный — повышает вероятность выпадения из занятости и закрепления неблагоприятного статуса [13, 20, 21, 22].

Отдельного внимания заслуживает выявленная в когорте доля ПсА (12%), которая ниже типичных литературных оценок. Это, вероятно, отражает не «истинно низкую» распространенность, а эффект неполного выявления суставного синдрома и вариабельность диагностики в рутинной практике. Дебют ПсА нередко маскируется, а ранние симптомы интерпретируются как неспецифические боли, что задерживает направленность к ревматологу и начало эффективной противовоспалительной терапии [23, 24]. С практической точки зрения это критично - поздняя диагностика сокращает возможности предотвращения структурных изменений и тем самым повышает вероятность стойкого функционального дефицита и экспертных решений по инвалидности [13, 16, 17].

Кроме того, показана модифицируемость трудовых исходов при эффективном контроле заболевания. На фоне ГИБТ отмечалась наиболее выраженная положительная динамика по организационно-экспертным и социальным показателям (снижение направлений на МСЭ и длительности временной нетрудоспособности, уменьшение социальной дезадаптации), причем эффект сохранялся при наблюдении 3–5 лет. Чем глубже и устойчивее контроль активности, тем ниже риск закрепления функциональных ограничений и вторичных социальных

последствий [20, 25]. В то же время следует учитывать потенциальное влияние нерандомизированного распределения по стратегиям лечения и исходной неоднородности по тяжести - часть наблюдаемой динамики может быть обусловлена различиями в исходном риске и доступности терапии, поэтому причинно-следственные выводы требуют осторожности.

Полученные данные также подчеркивают, что региональные показатели инвалидизации чувствительны не только к клинической тяжести псориаза, но и к организационным факторам - доступности ревматологической помощи, маршрутизации на МСЭ, полноте фиксации функциональных нарушений и использованию валидированных шкал при экспертизе. При несистемном подходе пациенты с тяжелыми суставными формами и выраженными ограничениями могут получать инвалидность поздно или в недостаточном объеме, а часть функционального дефицита остается «невидимой» для статистики [15, 18, 22, 25]. Поэтому профилактика инвалидизации должна рассматриваться как междисциплинарная задача на стыке дерматологии, ревматологии и экспертной службы [17, 26].

С практической точки зрения, выделение предикторов потери трудоспособности при псориазе целесообразно оформлять как маршрутный чек-лист риска, включающий:

- Наличие или подозрение на ПсА (боль, утренняя скованность, дактилит, энтезит, ограничение функции);
- тяжелое/распространенное течение и резистентность к терапии;
- признаки стойких социальных и профессиональных ограничений (повторные эпизоды длительной нетрудоспособности, снижение объема работы, социальная дезадаптация);
- коморбидность и психоэмоциональные нарушения, влияющие на функциональный статус [1, 13, 27, 28-30].

Ограничения исследования связаны с ретроспективным дизайном, нерандомизированным распределением терапии, исходной неоднородностью по тяжести, а также с отсутствием детальной стратификации социально-трудовых исходов по наличию ПсА внутри каждой группы, что сдерживает построение строгой многофакторной прогностической модели. Тем не менее совокупность клинических оснований направления на МСЭ и согласованная динамика трудовых показателей при разной глубине контроля заболевания позволяют обоснованно выделить ведущие предикторы потери трудоспособности – ПсА,

артропатия, социальная дезадаптация, усиливаемая тяжестью и распространенностью процесса и коморбидностью [18, 19, 22].

Выводы. В изученной выборке пациентов с псориазом показано, что потеря трудоспособности и потребность в медико-социальной экспертизе теснее всего связаны с наличием псориатического артрита и высокой совокупной тяжестью заболевания, отражаемой кожным процессом и выраженным снижением качества жизни. Наиболее уязвимой в социальном отношении группой оказались пациенты с ПсА и признаками социальной дезадаптации: у них чаще отмечались стойкие ограничения профессиональной активности и эпизоды временной нетрудоспособности. На фоне проводимого лечения прослеживалась положительная динамика клинических и пациент-ориентированных показателей, сопровождавшаяся снижением трудопотерь, однако остаточный риск инвалидизации сохранялся у больных с суставным синдромом и высоким исходным бременем болезни. Полученные результаты подтверждают необходимость раннего выявления ПсА, регулярной оценки функциональных и социально-трудовых ограничений и междисциплинарного ведения (дерматолог-ревматолог-реабилитолог) для профилактики стойкой утраты трудоспособности.

Список литературы

1. Armstrong AW, Read C. Pathophysiology, clinical presentation, and treatment of psoriasis: a review. *JAMA*. 2020;323(19):1945-1960. doi:10.1001/jama.2020.4006
2. Rendon A, Schäkel K. Psoriasis pathogenesis and treatment. *Int J Mol Sci*. 2019;20(6):1475. doi:10.3390/ijms20061475
3. Parisi R, Iskandar IYK, Kontopantelis E, Augustin M, Griffiths CEM, Ashcroft DM; Global Psoriasis Atlas. National, regional, and worldwide epidemiology of psoriasis: systematic analysis and modelling study. *BMJ*. 2020;369:m1590. doi:10.1136/bmj.m1590
4. Damiani G, Bragazzi NL, Karimkhani Aksut C, et al. The global, regional, and national burden of psoriasis: results and insights from the Global Burden of Disease 2019 study. *Front Med (Lausanne)*. 2021;8:743180. doi:10.3389/fmed.2021.743180
5. Schön MP. Adaptive and innate immunity in psoriasis and other inflammatory disorders. *Front Immunol*. 2019;10:1764. doi:10.3389/fimmu.2019.01764

6. Trovato E, Rubegni P, Cinotti E. The immunogenetics of psoriasis. In: *Adv Exp Med Biol*. 2022;1367:105-117. doi:10.1007/978-3-030-92616-8_4
7. Harden JL, Krueger JG, Bowcock AM. The immunogenetics of psoriasis: a comprehensive review. *J Autoimmun*. 2015;64:66-73. doi:10.1016/j.jaut.2015.07.008
8. Ran D, Cai M, Zhang X. Genetics of psoriasis: a basis for precision medicine. *Precis Clin Med*. 2019;2(2):120-130. doi:10.1093/pcmedi/pbz011
9. Swindell WR, Johnston A, Voorhees JJ, Elder JT, Gudjonsson JE. Dissecting the psoriasis transcriptome: inflammatory- and cytokine-driven gene expression in lesions from 163 patients. *BMC Genomics*. 2013;14:527. doi:10.1186/1471-2164-14-527
10. Hu P, Wang M, Gao H, et al. The role of helper T cells in psoriasis. *Front Immunol*. 2021;12:788940. doi:10.3389/fimmu.2021.788940
11. Российское общество дерматовенерологов и косметологов. Псориаз: клинические рекомендации. Одобрено Научно-практическим советом Минздрава РФ; 2023
12. Augustin M, Eissing L, Langenbruch A, et al. The German National Program on Psoriasis Health Care 2005-2015: results and experiences. *Arch Dermatol Res*. 2016;308(6):389-400. doi:10.1007/s00403-016-1637-8
13. Alinaghi F, Calov M, Kristensen LE, 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. doi:10.1016/j.jaad.2018.06.027
14. Переверзина НО, Круглова ЛС, Коротаева ТВ, Лиля АМ. Систематический обзор и метаанализ: факторы риска развития псориатического артрита. Часть 1. Современная ревматология. 2022;16(1):14-19. doi:10.14412/1996-7012-2022-1-14-19
15. Коротаева ТВ, Корсакова ЮЛ, Логинова ЕЮ. Псориатический артрит как междисциплинарная проблема: решения на современном этапе. *Opinion Leader*. 2018;6(14):66-72
16. Kang Z, Zhang X, Du Y, Dai SM. Global and regional epidemiology of psoriatic arthritis in patients with psoriasis: a comprehensive systematic analysis and modelling study. *J Autoimmun*. 2024;145:103202. doi:10.1016/j.jaut.2024.103202
17. Богданова ЕВ, Кубанов АА. Прогнозирование сроков развития псориатического артрита у пациентов с псориазом. *Медицинские технологии. Оценка и выбор*. 2023;45(3):10-17. doi:10.17116/medtech20234503110

18. Гудинова ЖВ, Охлопков ВА, Полещук ЕИ, Жернакова ГН. Заболеваемость псориазом в зависимости от региона Российской Федерации. Российский журнал кожных и венерических болезней. 2018;21(2):85-89
19. Кубанов АА, Богданова ЕВ. Дерматовенерология в Российской Федерации: итоги 2023 г. Вестник дерматологии и венерологии. 2024;100(4):9-24. doi:10.25208/vdv16795
20. Foster SA, Zhu B, Guo J, et al. Patient characteristics, health care resource utilization, and costs associated with treatment-regimen failure with biologics in the treatment of psoriasis. J Manag Care Spec Pharm. 2016;22(4):396-405. doi:10.18553/jmcp.2016.22.4.396
21. Jia X, Zhao Y, Carrico J, et al. Cost-effectiveness of tildrakizumab for the treatment of moderate-to-severe psoriasis in the United States. J Dermatolog Treat. 2022;33(2):740-748. doi:10.1080/09546634.2020.1773382
22. Мишина ОС, Сухарев АВ, Назимова ЭР. Повышение качества медико-социальной поддержки людей с псориазом и псориатическим артритом. Дерматовенерология. Косметология. 2019;5(4):389-398
23. Коротаева ТВ, Корсакова ЮЛ, Логинова 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):407-414. doi:10.14412/1995-4484-2019-407-414
24. 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
25. Sbidian E, Chaimani A, Garcia-Doval I, et al. Systemic pharmacological treatments for chronic plaque psoriasis: a network meta-analysis. Cochrane Database Syst Rev. 2022;5(5):CD011535. doi:10.1002/14651858.CD011535.pub5
26. Baraliakos X, Gossec L, Pournara E, et al. Secukinumab in patients with psoriatic arthritis and axial manifestations: results from the double-blind, randomised, phase 3 MAXIMISE trial. Ann Rheum Dis. 2021;80(5):582-590. doi:10.1136/annrheumdis-2020-218808
27. Agarwal K, Das A, Das S, De A. Impact of psoriasis on quality of life. Indian J Dermatol. 2022;67(4):387-391. doi:10.4103/ijd.ijd_572_22

28. Bhosle MJ, Kulkarni A, Feldman SR, Balkrishnan R. Quality of life in patients with psoriasis. *Health Qual Life Outcomes*. 2006;4:35
29. Schwartz J, Evers AWM, Bundy C, Kimball AB. Getting under the skin: report from the International Psoriasis Council Workshop on the role of stress in psoriasis. *Front Psychol*. 2016;7:87. doi:10.3389/fpsyg.2016.00087

References

1. Armstrong AW, Read C. Pathophysiology, clinical presentation, and treatment of psoriasis: a review. *JAMA*. 2020;323(19):1945-1960. doi:10.1001/jama.2020.4006
2. Rendon A, Schäkel K. Psoriasis pathogenesis and treatment. *Int J Mol Sci*. 2019;20(6):1475. doi:10.3390/ijms20061475
3. Parisi R, Iskandar IYK, Kontopantelis E, Augustin M, Griffiths CEM, Ashcroft DM; Global Psoriasis Atlas. National, regional, and worldwide epidemiology of psoriasis: systematic analysis and modelling study. *BMJ*. 2020;369:m1590. doi:10.1136/bmj.m1590
4. Damiani G, Bragazzi NL, Karimkhani Aksut C, et al. The global, regional, and national burden of psoriasis: results and insights from the Global Burden of Disease 2019 study. *Front Med (Lausanne)*. 2021;8:743180. doi:10.3389/fmed.2021.743180
5. Schön MP. Adaptive and innate immunity in psoriasis and other inflammatory disorders. *Front Immunol*. 2019;10:1764. doi:10.3389/fimmu.2019.01764
6. Trovato E, Rubegni P, Cinotti E. The immunogenetics of psoriasis. In: *Adv Exp Med Biol*. 2022;1367:105-117. doi:10.1007/978-3-030-92616-8_4
7. Harden JL, Krueger JG, Bowcock AM. The immunogenetics of psoriasis: a comprehensive review. *J Autoimmun*. 2015;64:66-73. doi:10.1016/j.jaut.2015.07.008
8. Ran D, Cai M, Zhang X. Genetics of psoriasis: a basis for precision medicine. *Precis Clin Med*. 2019;2(2):120-130. doi:10.1093/pcmedi/pbz011
9. Swindell WR, Johnston A, Voorhees JJ, Elder JT, Gudjonsson JE. Dissecting the psoriasis transcriptome: inflammatory- and cytokine-driven gene expression in lesions from 163 patients. *BMC Genomics*. 2013;14:527. doi:10.1186/1471-2164-14-527
10. Hu P, Wang M, Gao H, et al. The role of helper T cells in psoriasis. *Front Immunol*. 2021;12:788940. doi:10.3389/fimmu.2021.788940

11. Rossiiskoe obshchestvo dermatovenerologov i kosmetologov. Psoriaz: klinicheskie rekomendatsii [Psoriasis: clinical guidelines]. Approved by the Scientific and Practical Council of the Ministry of Health of the Russian Federation; 2023 (InRussian)
12. Augustin M, Eissing L, Langenbruch A, et al. The German National Program on Psoriasis Health Care 2005-2015: results and experiences. Arch Dermatol Res. 2016;308(6):389-400. doi:10.1007/s00403-016-1637-8
13. Alinaghi F, Calov M, Kristensen LE, 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. doi:10.1016/j.jaad.2018.06.027
14. Pereverzina N.O., Kruglova L.S., Korotaeva T.V., Lila A.M. Sistemicheskii obzor i metaanaliz: faktory riska razvitiya psoriaticheskogo artrita. Chast' 1 [Systematic review and meta-analysis: risk factors for psoriatic arthritis development. Part 1]. Sovremennaya Revmatologiya [Modern Rheumatology Journal]. 2022;16(1):14-19. doi:10.14412/1996-7012-2022-1-14-19 (InRussian)
15. Korotaeva T.V., Korsakova Yu.L., Loginova E.Yu. Psoriaticheskii artrit kak mezhdistsiplinarnaya problema: resheniya na sovremennom etape [Psoriatic arthritis as an interdisciplinary problem: current solutions]. Opinion Leader [Opinion Leader]. 2018;6(14):66-72 (InRussian)
16. Kang Z, Zhang X, Du Y, Dai SM. Global and regional epidemiology of psoriatic arthritis in patients with psoriasis: a comprehensive systematic analysis and modelling study. J Autoimmun. 2024;145:103202. doi:10.1016/j.jaut.2024.103202
17. Bogdanova E.V., Kubanov A.A. Prognozirovanie srokov razvitiya psoriaticheskogo artrita u patsientov s psoriazom [Predicting the time to development of psoriatic arthritis in patients with psoriasis]. Meditsinskie Tekhnologii. Otsenka i Vybor [Medical Technologies. Assessment and Choice]. 2023;45(3):10-17. doi:10.17116/medtech20234503110 (InRussian)
18. Gudina Zh.V., Okhlopov V.A., Poleshchuk E.I., Zhernakova G.N. Zaboлеваemost' psoriazom v zavisimosti ot regiona Rossiiskoi Federatsii [Psoriasis incidence depending on the region of the Russian Federation]. Rossiyskiy Zhurnal Kozhnykh i Venericheskikh Bolezney [Russian Journal of Skin and Venereal Diseases]. 2018;21(2):85-89 (InRussian)

19. Kubanov A.A., Bogdanova E.V. Dermatovenerologiya v Rossiiskoi Federatsii: itogi 2023 g. [Dermatovenereology in the Russian Federation: results of 2023]. Vestnik Dermatologii i Venerologii [Bulletin of Dermatology and Venereology]. 2024;100(4):9-24. doi:10.25208/vdv16795 (InRussian)
20. Foster SA, Zhu B, Guo J, et al. Patient characteristics, health care resource utilization, and costs associated with treatment-regimen failure with biologics in the treatment of psoriasis. J Manag Care Spec Pharm. 2016;22(4):396-405. doi:10.18553/jmcp.2016.22.4.396
21. Jia X, Zhao Y, Carrico J, et al. Cost-effectiveness of tildrakizumab for the treatment of moderate-to-severe psoriasis in the United States. J Dermatolog Treat. 2022;33(2):740-748. doi:10.1080/09546634.2020.1773382
22. Mishina O.S., Sukharev A.V., Nazimova E.R. Povyshenie kachestva mediko-sotsial'noi podderzhki lyudei s psoriazom i psoriaticheskim artritom [Improving the quality of medical and social support for people with psoriasis and psoriatic arthritis]. Dermatovenerologiya. Kosmetologiya [Dermatovenereology. Cosmetology]. 2019;5(4):389-398 (InRussian)
23. Korotaeva T.V., Korsakova Yu.L., Loginova E.Yu., et al. Optimizatsiya diagnostiki, sistemy monitoringa i lecheniya psoriaticheskogo artrita v real'noi praktike: obshchie printsipy organizatsii Obshcherossiiskogo registra patsientov s psoriaticheskim artritom [Optimization of diagnostics, monitoring system, and treatment of psoriatic arthritis in real-world practice: general organizational principles of the All-Russian registry of patients with psoriatic arthritis]. Nauchno-Prakticheskaya Revmatologiya [Scientific and Practical Rheumatology]. 2019;57(4):407-414. doi:10.14412/1995-4484-2019-407-414 (InRussian)
24. Loginova E.Yu., Korotaeva T.V., Korsakova Yu.L., et al. Klinicheskii status i trudosposobnost' patsientov, vkluchennykh v Obshcherossiiskii registr patsientov s psoriaticheskim artritom [Clinical status and work capacity of patients included in the All-Russian registry of patients with psoriatic arthritis]. Sovremennaya Revmatologiya [Modern Rheumatology Journal]. 2020;14(3):19-26. doi:10.14412/1996-7012-2020-3-19-26 (InRussian)
25. Sbidian E, Chaimani A, Garcia-Doval I, et al. Systemic pharmacological treatments for chronic plaque psoriasis: a network meta-analysis. Cochrane Database Syst Rev. 2022;5(5):CD011535. doi:10.1002/14651858.CD011535.pub5

26. Baraliakos X, Gossec L, Pournara E, et al. Secukinumab in patients with psoriatic arthritis and axial manifestations: results from the double-blind, randomised, phase 3 MAXIMISE trial. *Ann Rheum Dis*. 2021;80(5):582-590. doi:10.1136/annrheumdis-2020-218808
27. Agarwal K, Das A, Das S, De A. Impact of psoriasis on quality of life. *Indian J Dermatol*. 2022;67(4):387-391. doi:10.4103/ijd.ijd_572_22
28. Bhosle MJ, Kulkarni A, Feldman SR, Balkrishnan R. Quality of life in patients with psoriasis. *Health Qual Life Outcomes*. 2006;4:35
29. Schwartz J, Evers AWM, Bundy C, Kimball AB. Getting under the skin: report from the International Psoriasis Council Workshop on the role of stress in psoriasis. *Front Psychol*. 2016;7:87. doi:10.3389/fpsyg.2016.00087
30. Bugaev D.A., Shikina I.B. Risk-oriented approach to assessing the organization of medical care in the profile of traumatology and orthopedics at the level of the subject of the Russian Federation. [A risk-oriented approach to assessing the organization of medical care in the field of traumatology and orthopedics at the level of a constituent entity of the Russian Federation.] *Sovremennye problemy zdavoohraneniya i medicinskoj statistiki*. [Current health and medical statistics issues]. 2023;3: 636-654 (In Russian)

Финансирование. Исследование не имело спонсорской поддержки.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Funding. The study had no sponsorship.

Conflict of interest. The authors declare no conflict of interest

Сведения об авторах

Гулиев Магомед Охабович – кандидат медицинских наук, зав. курсом дерматовенерологии, доцент Медицинской академии, ФГБОУ ВО «Кабардино-Балкарского государственного университета имени Х.М. Бербекова» Министерства науки и образования России, 360004, г. Нальчик, ул. Чернышевского, 173. E-mail: mo-guliev@yandex.ru, ORCID 0009-0004-0668-3217, SPIN 6711-7628

Каримов Булат Наилевич – кандидат экономических наук, доцент; доцент кафедры Общественное здоровье и здравоохранение Медико-биологического университета инноваций и непрерывного образования, ФГБУ Государственный научный центр Российской Федерации «Федеральный медицинский биофизический центр им. А.И. Бурназяна» Федерального медико-биологического агентства России, 123098, г. Москва, ул. Маршала Новикова, 23. E-mail: bulat_karimov@mail.ru, ORCID 0000-003-2418-7087, SPIN: 2180-4872

Information about the authors

Guliev Magomed Okhabovich – Candidate of Medical Sciences, Head. Course of Dermatovenerology, Associate Professor of the Medical Academy of the Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education “Kabardino-Balkarian State University named after Kh.M. Berbekov” of the Ministry of Science and Education of Russia, 360004, Nalchik, Chernyshevsky str., 173. E-mail: mo-guliev@yandex.ru, ORCID 0009-0004-0668-3217, SPIN 6711-7628

Karimov Bulat Nailevich – Doctor of Medical Sciences, Professor; Professor of the Department of Public Health and Public Health of the Medical and Biological University of Innovation and Continuing Education, Federal State Budgetary Institution State Scientific Center of the Russian Federation "Federal Medical Biophysical Center named after A.I. Burnazyan" of the Federal Medical and Biological Agency of Russia, 23 Marshala Novikova str., Moscow, 123098. e-mail: dania_karimova@mail.ru , ORCID 0000-003-2418-7087, SPIN: 6711-7628

Статья получена: 20.04.2026 г.
Принята к публикации: 25.06.2026 г.