

# Клиническое многообразие анкилозирующего спондилита в реальной практике врача-ревматолога в России (часть 1)

Е.В. Волнухин, Е.А. Галушко, А.Г. Бочкова, А.В. Смирнов, Ш.Ф. Эрдес и руководители центров\*

Федеральное государственное бюджетное учреждение «Научно-исследовательский институт ревматологии» РАМН, Москва

Research Institute of Rheumatology, Russian Academy of Medical Sciences, Moscow

Контакты: Евгений Владимирович Волнухин  
drzhe07@rambler.ru

Contact: Evgeny Vladimirovich Volnukhin  
drzhe07@rambler.ru

Поступила 20.09.2011

**Цель** – изучение клинической картины анкилозирующего спондилита (АС), взаимосвязи его проявлений со степенью потери трудоспособности в реальной практике врача-ревматолога в России.

**Материал и методы.** В исследование включено 464 больных АС, последовательно пришедших к ревматологам в течение 4 мес в 24 городах Российской Федерации. На всех больных заполнялась специально разработанная клиническая карта. В дальнейшем диагноз болезни верифицировался в ФГБУ «НИИР» РАМН по модифицированным Нью-Йоркским критериям 1984 г., а обзорные рентгенограммы таза оценивались двумя независимыми экспертами слепым методом.

**Результаты.** Всего из включенных в исследование 464 больных достоверный диагноз АС был подтвержден у 330 (71,1%); средний возраст составил  $39,7 \pm 10,2$  года, средняя длительность заболевания –  $14,6 \pm 2,6$  года; мужчин было 86%, женщин – 14%. Около половины больных (47%) имели периферический артрит, 56% – клинические признаки коксита. Среднее значение индекса BASDAI составило  $4,8 \pm 2,1$ , BASFI –  $4,3 \pm 2,6$ . BASDAI  $>4,0$  имели 61% больных. Самым частым внепозвоночным проявлением был увеит (22%). Треть больных не работали из-за болезни, 45% больных изменили свою трудовую деятельность в связи с болезнью.

**Выводы.** АС в России характеризуется высокой активностью, частым поражением тазобедренных суставов и плохим функциональным статусом больных в среднем через 15 лет от начала заболевания. Потеря трудоспособности наблюдалась у 1/3 больных. Диагноз АС в России ставится очень поздно, в среднем через 9 лет от начала заболевания.

**Ключевые слова:** анкилозирующий спондилит, коксит, периферический артрит, увеит, потеря трудоспособности

## CLINICAL DIVERSITY OF ANKYLOSING SPONDYLITIS

### IN THE REAL PRACTICE OF A RHEUMATOLOGIST IN RUSSIA (PART 1)

E.V. Volnukhin, E.A. Galushko, A.G. Bochkova, A.V. Smirnov, Sh.F. Erdes, and the heads of the centers\*

**Objective:** to study the clinical picture of ankylosing spondylitis (AS), the association of its manifestations with the degree of disability in the real practice of a rheumatologist in Russia.

**Subjects and methods.** The investigation enrolled 464 patients with AS, who had consecutively visited rheumatologists for 4 months in 24 cities and towns of the Russian Federation. A specially designed clinical card was filled out for all patients. Later on, the diagnosis of the disease was verified at the Research Institute of Rheumatology, Russian Academy of Medical Sciences, according to the 1984 modified New York criteria and pelvic survey X-ray films were assessed by two independent experts in a blind fashion.

**Results.** The valid diagnosis of AS was confirmed in 330 (71.1%) out of all 464 patients included into the study; their mean age was  $39.7 \pm 10.2$  years; the mean duration of disease was  $14.6 \pm 2.6$  years; 86% were men and 14% were women. About half (47%) of the patients had peripheral arthritis and 56% had clinical signs of coxitis. The mean BASDAI and BASFI scores were  $4.8 \pm 2.1$  and  $4.3 \pm 2.6$ , respectively. 61% of the patients had a BASDAI score of  $>4.0$ . Uveitis was the most common extraxial manifestation (22%). One third of the patients did not work because of health reasons; 45% of the patients changed their work activities due to disease.

**Conclusion.** In Russia, AS is characterized by its high activity, frequent involvement of hip joints and poor functional status in the patients on average 15 years after the onset of the disease. Loss of working capacity was observed in one-third of the patients. In the country, AS is diagnosed very late, on average 9 years after the disease onset.

**Key words:** ankylosing spondylitis, coxitis, peripheral arthritis, uveitis, loss of working capacity

\*И.Г. Банникова, Сургут, ОКБ; Ю.В. Барышева, Ярославль, Ревматологический центр ЯОКБ; Р.А. Блинова, Пермь, городской КДЦ; О.В. Богданович, Н. Новгород, ПОМЦ; О.В. Бугрова, Оренбург, ГОУ ВПО «ОрГМА»; А.А. Василенко, Великий Новгород, ОКБ; И.Б. Виноградова, Ульяновск, ОКБ; А.Ф. Давыдова, Краснодар, ККРБ; А.А. Дмитриева, Ростов-на-Дону, ГБОУ ВПО «РостГМУ»; С.В. Долгих, Санкт-Петербург, СПбМАПО; А.И. Дубиков, Владивосток, МУЗ «ГКБ №2»; А.В. Елонаков, Московская область, МОНИКИ; Т.И. Злобина, Иркутск, ГКБ №1; О.Н. Иванова, Воронеж, Ревматологический центр; Е.П. Илванова, Санкт-Петербург, Ленинградская ОКБ; Р.Г. Камалова, Уфа, РКБ; В.Т. Комаров, Пенза, ОКБ им. Н.Н. Бурденко; Т.В. Мезенова, Москва, ФГУ «НМХЦ им. Н.И. Пирогова» Росздрава; Л.В. Меньшикова, Иркутск, Областной КДЦ; Э.Н. Оттева, Хабаровск, ГУЗ «Краевая клиническая больница 1 им. проф. С.И. Сергеева»; Т.А. Попова, Екатеринбург, Городской ревматологический центр (Городская больница №40); Т.А. Раскина, Кемерово, ГУЗ «Областной клинический госпиталь ветеранов войны»; О.Ф. Рябищева Екатеринбург, Областной ревматологический центр (Областная клиническая больница №1); И.Г. Салихов, Казань, КГМУ; О.В. Семагина, Самара, ОКБ им. М.И. Калинина; В.Н. Сороцкая, Тула, Тульская ОКБ; Л.М. Шкиль, Красноярск, МУЗ «Городская клиническая больница №20 им. И.С. Берзона»; Е.И. Шмидт, Москва, 1-я ГКБ.

\*I.G. Bannikova, Regional Clinical Hospital, Surgut; Yu.V. Barysheva, Rheumatology Center, Yaroslavl Regional Clinical Hospital, Yaroslavl; R.A. Blinova, City Consulting and Diagnostic Center, Perm; O.V. Bogdanovich, Volga District Medical Center, Nizhny Novgorod; O.V. Bugrova, Orenburg State Medical Academy, Orenburg; A.A. Vasilenko, Regional Clinical Hospital, Veliky Novgorod; I.B. Vinogradova, Regional Clinical Hospital, Ulyanovsk; A.F. Davydova, Krasnodar Territorial Clinical Hospital, Krasnodar; A.A. Dmitriyeva, Rostov State Medical University, Rostov-on-Don; S.V. Dolgikh, Saint Petersburg Medical Academy of Postgraduate Education, Saint Petersburg; A.I. Dubikov, City Clinical Hospital Two, Vladivostok; A.V. Elonakov, Moscow Regional Research Institute of Clinical Studies, Moscow Region; T.I. Zlobina, Town Clinical Hospital One, Irkutsk; O.N. Ivanova, Rheumatology Center, Voronezh; E.P. Ilvanova, Leningrad Regional Clinical Hospital, Saint Petersburg; R.G. Kamalova, Republican Clinical Hospital, Ufa; V.T. Komarov, N.N. Burgenko Regional Clinical Hospital, Penza; T.V. Mezenova, N.I. Pirogov National Medical and Surgical Center, Russian Agency for Health Care, Moscow; L.V. Menshikova, Regional Consulting and Diagnostic Center, Irkutsk; E.N. Otteva, Prof. S.I. Sergeev Territorial Clinical Hospital One, Khabarovsk; T.A. Popova, City Rheumatology Center (City Hospital Forty), Yekaterinburg; T.A. Raskina, Regional Clinical Hospital for War Veterans, Kemerovo; O.F. Ryabitseva, Regional Rheumatology Center (Regional Clinical Hospital One), Yekaterinburg; I.G. Salikhov, Kazan State Medical University, Kazan; O.V. Semagina, M.I. Kalinin Regional Clinical Hospital, Samara; V.N. Sorotskaya, Tula Regional Clinical Hospital, Tula; L.M. Shkil, I.S. Berzon City Clinical Hospital Twenty, Krasnoyarsk; E.I. Shmidt, First City Clinical Hospital, Moscow.

Анкилозирующий спондилит (АС) относится к хроническим воспалительным и непрерывно прогрессирующим ревматическим заболеваниям, имеющим большое медико-социальное значение. По степени ущерба, наносимого здоровью больных, он мало отличается от ревматоидного артрита, однако при АС пациенты реже остаются без работы, хотя у 25% из них имеются тяжелые нарушения функции опорно-двигательного аппарата, у 50% – значительные нарушения и только у 25% – умеренные [1]. АС является единственным заболеванием, имеющим столь выраженную связь с экспрессией молекулы HLA I класса: более чем у 90% пациентов выявляется антиген HLA-B27 [2]. Распространенность заболевания варьирует в разных регионах мира от 0,1 до 1,8% [3], что прямо пропорционально выявляемости антигена HLA-B27. В России распространенность АС составляет 0,1% [4].

Основными клиническими признаками АС являются боль, скованность и уменьшение подвижности в позвоночнике, поражение преимущественно крупных и средних суставов нижних конечностей, воспаление энтезисов различной локализации, что в совокупности нередко приводит к невозможности большого нормально передвигаться. Большинство пациентов страдают из-за нарушения сна вследствие нарастания боли в ночное время. Кроме того, при АС часто поражаются органы и системы, не относящиеся к опорно-двигательному аппарату. К таким внескелетным проявлениям в первую очередь относятся передний увеит (иридоциклит), аортит, поражение почек (IgA-нефропатия), амилоидоз с преимущественным поражением почек и кишечника (как осложнение длительно текущего системного воспалительного процесса).

Однако взаимоотношение разных симптомов поражения опорно-двигательного аппарата, частота внеаксиальных и других органных проявлений болезни в настоящее время слабо изучены в России. Имеющиеся в отечественной литературе сведения либо основываются на небольшом клиническом материале, к тому же, как правило, специально подобранном, либо цитируются исследования, проведенные в других странах. В то же время анализ клинических особенностей АС, встречающихся в реальной отечественной ревматологической практике, имеет определенное практическое значение. В первую очередь эти данные могут пригодиться для планирования медицинской помощи пациентам (лекарственное обеспечение, эндопротезирование, реабилитационные мероприятия), число которых, по данным МЗиСР РФ, составляет практически 40 тыс., а по последним эпидемиологическим данным – в 3 раза больше [5].

Соответственно, **целью** нашей работы было изучение клинических проявлений АС в российской популяции больных, взаимосвязи скелетных проявлений АС с внескелетными, а также с частотой потери трудоспособности.

### Материал и методы

Данное исследование являлось наблюдательным и основанным на однократном сборе данных, полученных во время визита пациента к врачу или во время его пребывания в стационаре, и не предусматривало какого-либо вмешательства в обычную терапевтическую практику, т. е. все пациенты обследовались и получали лечение в соответствии с обычной клинической практикой либо на амбулаторном, либо на стационарном этапе.

В ходе исследования на каждого больного заполняли специально разработанную клиническую карту, которая включала следующие аспекты: демографические данные, анамнез заболевания, сроки постановки диагноза, клинические проявления со стороны позвоночника, периферических суставов и других органов и систем, данные лабораторного (определение С-реактивного белка – СРБ, скорости оседания эритроцитов – СОЭ – давностью не более 1 мес, HLA-B27-антиген) и инструментального (ультразвуковое исследование – УЗИ – тазобедренных суставов, магнитно-резонансная томография крестцово-подвздошных, тазобедренных суставов при возможности) обследования, в том числе рентгенологический снимок таза в прямой проекции, а также подробную характеристику проводимой терапии. Активность заболевания определяли с помощью индекса BASDAI [6] (на вопросы отвечали сами пациенты), а также с помощью индекса ASDAS [7], при расчете которого в качестве лабораторного показателя использовали СОЭ. СОЭ определяли по Панченкову или по Вестергрену в зависимости от возможностей конкретной лаборатории. Для расчета индекса ASDAS использовали значение СОЭ по методу Вестергрена, результат определения СОЭ по методу Панченкова пересчитывали с использованием специальной таблицы. Расчет индекса ASDAS проводили по следующей формуле:

$$0,11300\text{ОАП} + 0,293\sqrt{\text{СОЭ}} + \\ + 0,086\text{БППС} + 0,069\text{УС} + 0,079\text{БС},$$

где ООАП – общая оценка активности заболевания пациентом, СОЭ – скорость оседания эритроцитов по Вестергрену, БППС – боль/припухлость периферических суставов, УС – продолжительность утренней скованности в спине, БС – боль в спине [7]. Оценку функционального статуса проводили с помощью индекса BASFI, а также 3-балльного метрологического индекса BASMI [8].

В исследовании участвовали ревматологи 29 клинических центров из 24 городов России: Екатеринбург (2 центра), Великий Новгород, Владивосток, Воронеж, Иркутск, Казань, Кемерово, Красноярск, Краснодар, Москва (3 центра) и Московская область, Нижний Новгород, Оренбург, Пермь, Пенза, Ростов-на-Дону, Самара, Санкт-Петербург (2 центра), Сургут, Тула, Тюмень, Ульяновск, Уфа, Хабаровск, Ярославль.

Пациенты, включенные в исследование, подписывали форму информированного согласия на сбор и обработку персональной клинической информации. Врачи в течение 4 мес (01.02.2010 – 01.06.2010) заполняли анкеты на всех больных АС, приходящих к ним на прием или находящихся на стационарном лечении. На проведение исследования было получено разрешение локального этического комитета ФГБУ «НИИР» РАМН.

**Критериями включения** в исследование являлись:

1. Диагноз АС, соответствующий модифицированным Нью-Йоркским критериям 1984 г.
2. Наличие рентгенограммы костей таза в прямой проекции, сделанной не более чем за 12 мес до начала исследования либо в момент его проведения.
3. Возраст больного старше 18 лет.
4. Письменное информированное согласие пациента на участие в исследовании.

**Критерий исключения** – отказ пациента участвовать в исследовании.

Рентгенограммы таза присылали непосредственно на рентгеновской пленке либо в цифровом формате в ФГБУ «НИИР» РАМН, где они оценивались двумя независимыми экспертами слепым методом (д-р мед. наук А.В. Смирнов, канд. мед. наук А.Г. Бочкова). При расхождении мнений экспертов о стадии сакроилита они повторно оценивали рентгенограммы таза совместно и выносили согласованное решение. Диагноз коксита устанавливался на основании клинических признаков (боль, ограничение движений в тазобедренных суставах).

По данным клинических карт была создана база данных. Каждое клиническое описание больного анализировалось на предмет соответствия критериям включения, и особенно – формального соответствия критериям АС.

В исследование было включено 464 больных АС. Диагноз верифицировался на основании данных, внесенных в клинические карты, и результатов оценки рентгенограмм таза в главном исследовательском центре (ФГБУ «НИИР» РАМН) с использованием модифицированных Нью-Йоркских критериев 1984 г. Статистическая обработка проводилась с использованием программы Statistica 6.0.

### Результаты

В результате анализа присланных клинических карт и рентгенограмм таза диагноз АС был подтвержден у 330 (71 %) больных из 464. Среди 134 исключенных больных у 77 (17%) отсутствовали рентгенограммы таза, а 57 (12%) не соответствовали критериям АС: у 42 больных с воспалительной болью в спине, по мнению экспертов, отсутствовал сакроилит, 15 больных не имели клинических критериев заболевания. Окончательный анализ проводился среди 330 больных. Из них было 285 мужчин (86%) и 45 женщин (14%), соотношение мужчины:женщины равнялось 6:1; средний возраст составил  $39,7 \pm 10,2$  года. HLA-B27-антиген выявлен у 91% больных. Практически половина больных (49%) на момент проведения опроса находились на стационарном лечении.

В табл. 1 представлена характеристика больных АС в зависимости от пола.

Средний возраст начала заболевания составлял  $25,1 \pm 7,6$  года и практически не различался у мужчин и женщин.

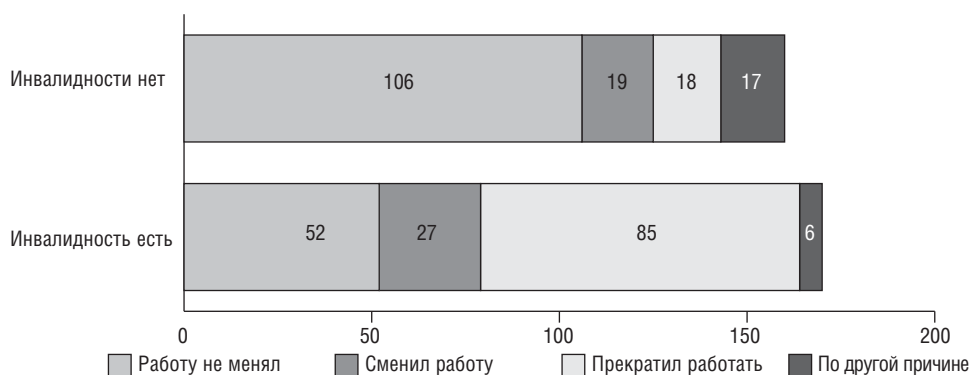
Средняя длительность между появлением первых симптомов АС (боль воспалительного ритма в позвоночнике, и/или артрит, и/или энтезит, и/или увеит) и установлением диагноза составила  $8,7 \pm 6,7$  года. За это время 173 (53%) больных обращались к разным врачам более 10 раз, 66 (20%) – от 5 до 10 раз, 76 (23%) – менее 5 раз, и только 14 (4,2%) больных были у врача один раз. Выявлена прямая корреляционная связь между количеством посещений врачей и длительностью периода от начала болезни до постановки диагноза ( $r=0,37$ ). При этом достоверных различий между мужчинами и женщинами, как видно из табл. 1, не имелось.

Больные АС до постановки диагноза наиболее часто обращались к терапевту (85%) и неврологу (69%), с одинаковой частотой – к ортопеду-хирургу (27%) и ревматологу (28%), реже – к мануальному терапевту (14%) и остеопату (5%). В структуре предварительных диагнозов преобладали остеохондроз (62%), реактивный артрит (22%), грыжи межпозвонковых дисков (16%), недифференцированный артрит (5%), и только в 4% случаев возникло подозрение на АС. При этом правильный диагноз в подавляющем большинстве (86%) случаев устанавливал ревматолог, терапевт и невролог – в 6 и 5% случаев соответственно, в 1% – ортопед-хирург и в 2% – врачи других специальностей.

Продолжали работать так же, как и до болезни, 158 (48%) больных, из них 52 (33%) имели инвалидность; 149 (45%) – так или иначе изменили свою трудовую деятельность в связи с заболеванием; 23 (7%) больных не работали по другим причинам. Как видно из рисунка, в целом инвалидности имели 170 (52%) больных. В структуре инвалидности ( $n=170$ ) преобладали больные с II и III группой – 76 (23%) и 90 (27%) соответственно, I группу инвалидности имели лишь 4 (1,2%) больных, при этом достоверных различий между мужчинами и женщинами не выявлено (см. табл. 1). Среди работающих больных с инвалидностью преобладали пациенты с III группой – 83%, II группу имели 7% больных.

Таблица 1 Характеристика больных АС в зависимости от пола

Показатель	Все (n=330)	Мужчины (n=285)	Женщины (n=45)	p
Средний возраст, годы, M±d	39,7±10,2	39,5±10,6	41,0±9,9	0,37
Средний возраст начала заболевания, годы, M±d	25,1±7,6	24,7±7,6	27,3±7,5	0,03
Средний возраст постановки диагноза, годы, M±d	33,8±9,3	33,5±9,4	35,7±9,0	0,13
Длительность заболевания, годы, M±d	14,7±8,4	14,8±8,3	13,7±9,0	0,4
Задержка в постановке диагноза, годы, M±d	8,7±6,7	8,8±6,7	8,4±7,1	0,7
HLA-B27-антиген, %	91	92	88	0,6
Количество визитов к врачу до постановки диагноза, % больных:				
– 1 визит	4,3	4,6	2,2	0,47
– менее 5 визитов	23,0	23,5	20,0	0,46
– 5–10 визитов	20,0	20,7	15,6	0,4
– более 10 визитов	52,7	51,2	62,2	0,17
Инвалидность, n (%):				
– всего	170 (100)	140 (82)	30 (18)	
– I группа	4 (1,2)	3 (2,0)	1 (3,0)	0,7
– II группа	76 (23,0)	67 (48,0)	9 (30,0)	0,07
– III группа	90 (27,0)	70 (50,0)	20 (67,0)	0,09



Структура трудовой деятельности больных АС и ее взаимосвязь с инвалидностью

В табл. 2 представлены подробная клиническая характеристика больных с учетом основных проявлений заболевания, а также основные метрологические индексы, характеризующие функциональное состояние опорно-двигательного аппарата.

Среди 330 анализируемых больных 53% имели только аксиальное поражение, а 47% – также артриты верхних и/или нижних конечностей. Более чем у половины (56%) больных отмечались клинические признаки коксита (боль и ограничение функции), а у 43% он имел двустороннюю локализацию, у мужчин достоверно чаще, чем у женщин (81 и 40% соответственно;  $p < 0,0001$ ). По данным ультразвукового исследования (УЗИ) тазобедренных суставов, которое было проведено у 67 больных, 35 (56%) из них имели выпот в полость сустава, который в 30 случаях сопровождался клиническими проявлениями (боль и ограничение движений) поражения тазобедренных суставов, у 5 больных определялся только при УЗИ; у 17 (27%) больных с клиническими проявлениями коксита по

данным УЗИ выпот не выявлялся, и у 10 (27%) больных не было ни клинических, ни сонографических признаков коксита. При этом у больных с поражением периферических суставов коксит встречался чаще (69%;  $p < 0,001$ ), чем у больных с аксиальным вариантом (50%). Как видно из табл. 2, существенных различий в клинической картине заболевания у мужчин и женщин выявлено не было, но имеются достоверные различия в функциональном статусе больных. Так, у женщин достоверно меньше выражены ограничения движений в позвоночнике, оцениваемые по стандартным метрологическим индексам, в целом индекс BASFI составил 3,5 против 4,4 у мужчин ( $p = 0,02$ ), индекс BASMI-3 – 3,9 и 4,8 соответственно ( $p = 0,008$ ), что может быть связано с более поздним началом заболевания у женщин.

Помимо поражения опорно-двигательного аппарата, 78 (24%) больных имели внескелетные проявления АС: увеит (22%), кардит (6%), аортит (13%), IgA-ассоциированную нефропатию (3%), воспалительные заболевания

Таблица 2 Клиническая характеристика больных и метрологические индексы

Признак	Все (n=330)	Мужчины (n=285)	Женщины (n=45)	p
Аксиальное поражение, n (%)	178 (54)	156 (55)	22 (49)	0,4
Коксит клинически, n (%)	186 (56)	166 (58)	20 (44)	0,08
в том числе двусторонний	143 (43)	135 (47)	8 (18)	<0,0001
Периферический артрит, n (%):				
верхних конечностей	55 (17)	48 (17)	7 (16)	0,8
нижних конечностей	151 (46)	132 (46)	19 (42)	0,6
Энтезиты, n (%):				
пятки	61 (18,0)	55 (19,0)	6 (13,0)	0,3
большие вертелы	89 (27,0)	79 (28,0)	10 (22,0)	0,4
подвздошные кости	96 (29,0)	84 (29,0)	12 (27,0)	0,7
других локализаций	86 (26,0)	67 (24,0)	17 (38,0)	0,04
Экскурия грудной клетки, см, M±δ	2,6±1,6	2,5±1,5	3,1±1,8	0,02
BASMI-3, M±δ	4,7±2,1 (n=297)	4,8±2,1 (n=256)	3,9±1,75 (n=41)	0,008
Модифицированный симптом Шобера, см, M±δ	2,5±1,7	2,4±1,6	3,1±2,2	0,01
Расстояние затылок–стена, см, M±δ	9,1±9,1	9,7±9,2	5,4±7,5	0,007
Боковые наклоны в поясничном отделе позвоночника, см, M±δ	7,6±4,9	7,5±4,9	8,3±5,2	0,3
Ротация в шейном отделе позвоночника, градусы, M±δ	42±24,8 (n=303)	41±24,2 (n=261)	48,6±27,1 (n=42)	0,06
Расстояние между лодыжками, см, M±δ	88±25,2 (n=324)	87,3±25,9 (n=280)	92,6±19,4 (n=44)	0,2
BASDAI, M±δ	4,8±2,1	4,8±2,1	4,8±2,0	0,9
ASDAS (COЭ), M±δ	3,4±1,1	3,4±1,1	3,3±1,1	0,7

кишечника (2%) и псориаз (1%). У одного больного был вторичный амилоидоз.

Большая часть больных, включенных в наше исследование, имели высокую активность заболевания: так, по индексу BASDAI у 61% больных была высокая активность, среднее значение индекса составляло  $4,8 \pm 2,1$ ; по индексу ASDAS(COЭ) 88% больных имели высокую и очень высокую активность заболевания, его среднее значение было  $3,4 \pm 1,1$ ; среднее значение COЭ по Вестергрелю составило  $33,8 \pm 29$  мм/ч, а уровень СРБ ( $n=249$ ), определявшегося высокочувствительным методом, — 30 мг/л. Достоверных различий по активности заболевания у мужчин и женщин не было.

### Обсуждение

Полученные данные позволяют оценить различные аспекты АС в России, в том числе частоту периферического артрита, коксита, энтезита, внескелетные проявления, функциональный статус больных.

В исследование ревматологи включали больных с диагнозом АС. Однако из них только 71% полностью удовлетворяли критериям болезни, 17% больных не имели снимков таза, 9% не соответствовали критериям из-за отсутствия, по мнению экспертов, достоверного сакроилиита на рентгенограммах таза, еще 3% больных не имели клинической картины заболевания.

Несмотря на то что клиническая картина АС, описанная еще В.М. Бехтеревым более века назад, хорошо известна, диагноз АС устанавливается в среднем через 7–10 лет от начала первых проявлений заболевания [9, 10]. Это связано с рядом причин, одной из них является разнообразие клинической картины в дебюте болезни, в том числе внепозвоночные поражения (глаз, сердца и т. д.), заставляющие пациента обращаться к различным специалистам. Еще одна причина запаздывания диагноза — это медленное развитие рентгенологических признаков сакроилиита, которые имеют решающее диагностическое значение. Используемые в настоящее время классификационные критерии АС основываются на комбинации клинических симптомов и достоверных признаков сакроилиита: двустороннего II стадии и одностороннего III–IV стадии. Однако на ранних этапах болезни рентгенографические изменения часто отсутствуют, и требуется несколько лет, чтобы они появились. В нашем исследовании задержка в постановке диагноза также составила  $8,7 \pm 6,7$  года.

Большая часть больных, включенных в данное исследование, имели высокую активность заболевания и снижение основных метрولوجических индексов, что может быть следствием поздней диагностики (особенно в первое десятилетие), недостаточно активной терапии, также нельзя исключить, что пациенты с низкой активностью заболевания не наблюдаются у ревматологов, а обращаются к другим специалистам или занимаются самолечением. Так, больше половины больных (62%) наблюдаются у терапевта и невролога с диагнозом остеохондроз позвоночника. А ранняя диагностика АС и раннее начало терапии не только позволяют улучшить функциональное состояние больных, но и способствуют сни-

жению активности заболевания и замедлению рентгенологического прогрессирования. Своевременная постановка диагноза обеспечивает пациентам динамическое наблюдение ревматолога, систематическое лечение, своевременную коррекцию терапии, что позволяет предотвратить тяжелую деформацию позвоночника и сохранить трудоспособность.

Каждый второй больной АС в России помимо высокой активности заболевания имеет такой фактор неблагоприятного прогноза заболевания, как коксит (56%), чаще двусторонний (43%). По данным литературы, частота коксита составляет от 9 до 38% [11–14].

В нашем исследовании клинические проявления у женщин и мужчин не различались. По данным W. Lee и соавт. [15], женщины характеризовались несколько более ранним возрастом начала заболевания, а общая длительность болезни не отличалась от таковой у мужчин; в нашем исследовании, наоборот, женщины заболевали достоверно позже без существенного отличия в длительности заболевания. А по мнению Y.M. Chung [16], у женщин гораздо чаще встречается острый передний увеит, а также рецидивы увеита, по сравнению с мужчинами. В нашем исследовании достоверных различий клинических проявлений со стороны позвоночника и суставов, а также внескелетных проявлений у мужчин и женщин не выявлено, что также согласуется с другими работами [17, 18]. Активность по индексу BASDAI была одинаково высокая (у мужчин  $4,8 \pm 2,1$ ; у женщин  $4,8 \pm 2,1$ ), а вот по индексу BASFI женщины были «функциональнее» мужчин ( $3,5 \pm 2,5$  и  $4,4 \pm 2,6$  соответственно;  $p=0,02$ ), что может быть связано с более поздним началом заболевания у женщин. Сходные результаты были получены в ряде других работ [19, 20]. Среди внескелетных проявлений АС, которые были выявлены у 78 больных (24%), самым частым был передний увеит (22%), который встречается, по данным разных авторов, в 20–60% случаев [21–23]. Также диагностированы кардит (6%), аортит (13%), IgA-ассоциированная нефропатия (3%), воспалительные заболевания кишечника (2%) и псориаз (1%), у одного больного — вторичный амилоидоз.

Считается, что раннее прекращение трудовой деятельности при АС встречается реже, чем при РА. Однако больным АС чаще свойственна смена условий труда на более легкие и уменьшение числа рабочих часов [20, 24]. По данным J. Gran и J. Skomsvoll [25], частота нетрудоспособных больных АС составляла 33,4%, женщины были нетрудоспособными достоверно чаще, чем мужчины. В нашем исследовании 1/3 больных (31,2%) были нетрудоспособны, еще 15% пациентов изменили свою трудовую деятельность в связи с заболеванием. Достоверных различий в частоте нетрудоспособности у мужчин и женщин не выявлено.

Таким образом, как показало наше исследование, диагноз АС в России ставится очень поздно, в среднем через 9 лет от начала заболевания. При этом болезнь характеризуется высокой активностью, частым поражением тазобедренных суставов, плохим функциональным статусом. Потеря трудоспособности наблюдалась у 31% больных в среднем через 15 лет от начала АС.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Braun J. Epidemiology and prognostic aspects of ankylosing spondylitis. *Radiologe* 2004;44(3):209–10, 212–6.
2. Sieper J., Rudwaleit M., Khan M.A., Braun J. Concepts and epidemiology of spondyloarthritis. *Best Pract Res Clin Rheumatol* 2006;20(3):401–17.
3. Akkoc N., Khan M.A. Epidemiology of ankylosing spondylitis and related spondyloarthropathies. In: Weisman M.H., van der Heijde D., Reveille J.D., eds. *Ankylosing spondylitis and the spondyloarthropathies*. Philadelphia: Mosby, 2006;117–31.
4. Фоломеева О.М., Эрдес Ш.Ф. Ревматические заболевания у взрослого населения в федеральных округах Российской Федерации. *Науч-практич ревматол* 2006;2:1–7.
5. Фоломеева О.М., Галушко Е.А., Эрдес Ш.Ф. Распространенность ревматических заболеваний в популяциях взрослого населения России и США. *Науч-практич ревматол* 2008;4:4–13.
6. Garrett S., Jenkinson T., Kennedy L.G. et al. A new approach to defining disease status in ankylosing spondylitis: the Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index. *J Rheumatol* 1994;21(12):2286–91.
7. Van der Heijde D., Lie E., Kvien T.K. et al. ASDAS, a highly discriminatory ASAS-endorsed disease activity score in patients with ankylosing spondylitis. *Ann Rheum Dis* 2009;68(12):1811–8.
8. Jenkinson T.R., Mallorie P.A., Whitelock H.C. et al. Defining spinal mobility in ankylosing spondylitis (AS). The Bath AS Metrology Index. *J Rheumatol* 1994;21:1694–8.
9. Khan M.A. Update on Spondyloarthropathies. *Ann Intern Med* 2002;136:896–907.
10. Feldtkeller E. Age at disease onset and delayed diagnosis of spondyloarthropathies. *Z Reumatol* 1999;58(1):21–30.
11. Vander Cruyssen B., Ribbens C., Boonen A. et al. The epidemiology of ankylosing spondylitis and the commencement of anti-TNF therapy in daily rheumatology practice. *Ann Rheum Dis* 2007;66:1072–7.
12. Vander Cruyssen B., Munoz-Gomariz E., Font P. et al. Hip involvement in ankylosing spondylitis: epidemiology and risk factors associated with hip replacement surgery. *Rheumatology (Oxford)* 2010;49(1):73–81.
13. Collantes E., Zarcol P., Munoz E. et al. Disease pattern of spondyloarthropathies in Spain: description of the first national registry (REGISPONSER) – extended report. *Rheumatology* 2007;46:1309–15.
14. Бочкова А.Г., Румянцева О.А., Северинова М.В. и др. Коксит у больных анкилозирующим спондилитом: клинико-рентгенологическое сопоставление. *Науч-практич ревматол* 2005;4:8–12.
15. Lee W., Reveille J.D., Davis J.C.Jr. et al. Are there gender differences in severity of ankylosing spondylitis? Results from the PSOAS cohort. *Ann Rheum Dis* 2007;66(5):633–8.
16. Chung Y.M., Yeh T.S., Liu J.H. Clinical manifestations of HLA-B27-positive acute anterior uveitis in Chinese. *Zhonghua Yi Xue Za Zhi (Taipei)* 1989;43(2):97–104.
17. Gran J.T., Ostensen M. Spondyloarthritides in females. *Baillieres Clin Rheumatol* 1998;12(4):695–715.
18. Carbone L.D., Cooper C., Michet C.J. et al. Ankylosing spondylitis in Rochester, Minnesota, 1935–1989. Is the epidemiology changing? *Arthr Rheum* 1992;35(12):1476–82.
19. Boonen A., de Vet H., van der Heijde D., van der Linden S. Work status and its determinants among patients with ankylosing spondylitis. A systematic literature review. *J Rheumatol* 2001;28(5):1056–62.
20. Zink A., Braun J., Listing J., Wollenhaupt J. Disability and handicap in rheumatoid arthritis and ankylosing spondylitis – results from the German rheumatological database. German Collaborative Arthritis Centers. *J Rheumatol* 2000;27(3):613–22.
21. Pato E., Banares A., Jover J.A. et al. Undiagnosed spondyloarthropathy in patients presenting with anterior uveitis. *J Rheumatol* 2000;27:2198–202.
22. Дубинина Т.В., Эрдес Ш.Ф. Воспалительная боль в нижней части спины в ранней диагностике спондилоартритов. *Науч-практич ревматол* 2009;4:55–63.
23. Linder R., Hoffmann A., Brunner R. Prevalence of the spondyloarthritides in patients with uveitis. *J Rheumatol* 2004;31:2226–9.
24. Boonen A., de Vet H., van der Heijde D., van der Linden S. Work status and its determinants among patients with ankylosing spondylitis. A systematic literature review. *J Rheumatol* 2001;28(5):1056–62.
25. Gran J., Skomsvoll J. The outcome of ankylosing spondylitis: a study of 100 patients. *Brit J Rheumatol* 1997;36:766–71.