

Клиническая характеристика анкилозирующего спондилита в реальной практике в России: результаты одномоментного многоцентрового неинтервенционного исследования ЭПИКА2

Эрдес Ш.Ф.¹, Дубинина Т.В.¹, Абдулганиева Д.Э.², Виноградова И.Б.³,
Евстигнеева Л.П.⁴, Елонаков А.В.⁵, Оттева Э.Н.⁶, Раскина Т.А.⁷,
Сальникова Т.С.⁸, Самигуллина Р.Р.⁹, Сороцкая В.Н.⁸, Шкиль Л.М.¹⁰

¹ФГБНУ Научно-исследовательский институт ревматологии им. В.А. Насоновой, Москва, Россия; ²ГБОУ ВПО «Казанский государственный медицинский университет» Минздрава России, Казань, Россия; ³ГУЗ «Областная клиническая больница №1», Ульяновск, Россия; ⁴Областной ревматологический центр при ГБУЗ СО «Свердловская областная клиническая больница №1», Екатеринбург, Россия; ⁵ГБУЗ МО «Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского», Москва, Россия; ⁶ГУЗ «Краевая клиническая больница №1 им. Профессора С.И. Сергеева», Хабаровск, Россия; ⁷ГБУЗ КО «Областной клинический госпиталь для ветеранов войн», Кемерово, Россия; ⁸ГУЗ ТО «Областная клиническая больница», Тула, Россия; ⁹ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова» Минздрава России, Санкт-Петербург, Россия; ¹⁰МУЗ «Городская клиническая больница №20 им. И.С. Берзона», Красноярск, Россия
¹115522 Москва, Каширское шоссе, 34А;
²127994, ГСП-4, г. Москва, Рахмановский пер, 3;
³432017 Ульяновск, ул. Третьего Интернационала, 7;
⁴620102 Екатеринбург,

В литературе практически отсутствуют результаты исследований, направленных на изучение клинической картины анкилозирующего спондилита (АС) в реальной практике врачей-ревматологов в России. Между тем такие исследования могут дать информацию не только об эпидемиологических аспектах заболевания, но и о многообразии его клинической картины, медико-социальной значимости, позволяют проводить оценку эффективности терапии и планировать систему медицинских затрат на будущее.

Материал и методы. В начале 2015 г. проведено одномоментное многоцентровое неинтервенционное исследование для уточнения клинической картины АС в реальной практике ревматолога — ЭПИКА2. В исследование было включено 402 больных АС из 10 центров России. Пациентов обследовали по международным стандартам, принятым для данного заболевания.

Результаты и обсуждение. Из 402 больных АС 180 находились на стационарном лечении, а остальные были обследованы во время амбулаторных визитов. Средний возраст пациентов составил $40,8 \pm 11,5$ года, мужчин было 292 (72,6%), HLA-B27 имели 82,6%. Возраст начала заболевания составил в среднем 27,6 года, а длительность периода от начала болезни до установления диагноза — 85,2 мес. Диагноз в 87,3% случаев установили ревматологи. Индекс BASDAI в среднем составил $4,3 \pm 2,1$, BASFI — $4,1 \pm 1,8$. На момент исследования артрит периферических суставов имели 33,1% больных, энтезиты — 37,1%, а дактилит — 1,2%. Эндопротезирование суставов было проведено 4,7% больных. Наиболее частыми коморбидными заболеваниями были: артериальная гипертензия — 25,1%, язвенная болезнь желудка — 9,7%, ишемическая болезнь сердца — 4,0%, сахарный диабет — 3,0%.

Выводы. Диагноз АС в реальной практике устанавливается более чем через 7 лет от начала болезни, что в значительной степени связано с незнанием клинической картины болезни специалистами других областей медицины. Обследованная группа больных АС характеризуется относительно высокой активностью и выраженными функциональными нарушениями, что в первую очередь связано с особенностями набора больных в настоящем исследовании.

Ключевые слова: анкилозирующий спондилит; исследование ЭПИКА; ЭПИКА2; многоцентровое исследование. **Для ссылки:** Эрдес ШФ, Дубинина ТВ, Абдулганиева ДЭ и др. Клиническая характеристика анкилозирующего спондилита в реальной практике в России: результаты одномоментного многоцентрового неинтервенционного исследования ЭПИКА2. Научно-практическая ревматология. 2016;54(Прил 1):10-14.

CLINICAL CHARACTERISTICS OF ANKYLOSING SPONDYLITIS IN REAL PRACTICE IN RUSSIA: RESULTS OF THE CROSS-SECTIONAL NON-INTERVENTIONAL TRIAL EPICA2

Erdes Sh.F.¹, Dubinina T.V.¹, Abdulganieva D.E.², Vinogradova I.B.³, Evstigneeva L.P.⁴, Elonakov A.V.⁵,
Otteva E.N.⁶, Raskina T.A.⁷, Salnikova T.S.⁸, Samigullina R.R.⁹, Sorotskaya V.N.⁸, Shkil L.M.¹⁰

The literature virtually lacks the results of investigations aimed to study the clinical picture of ankylosing spondylitis (AS) in the real practice of rheumatologists in Russia. At the same time, these investigations may give information on not only the epidemiological aspects of the disease, but also a variety of its clinical presentation, its social importance, allow evaluation of the efficiency of therapy, and plan a system of further health care costs.

Subjects and methods. In early 2015, the cross-sectional multicenter non-interventional trial EPICA2 was conducted to refine the clinical picture of AS in the real practice of a rheumatologist. The trial involved 402 patients with AS from 10 centers of Russia. The patients were examined using the international standards accepted for this disease.

Results and discussion. 180 out of the 402 patients were treated in hospital; the others were examined during outpatient visits. The patients' mean age was 40.8 ± 11.5 years; there were 292 (72.6%) men; 82.6% were HLA-B27 positive. The average age of onset was 27.6 years; the interval between symptom onset and diagnosis was 85.2 months. The rheumatologists established the diagnosis in 87.3% of the cases. BASDAI and BASFI averaged 4.3 ± 2.1 and 4.1 ± 1.8 , respectively. At the trial, there was peripheral arthritis in 33.1% of the patients, enthesitis in 37.1%, and dactylitis in 1.2%. Joint endoprosthesis was carried out in 4.7% of the patients. The most common comorbidities were hypertension (25.1%), gastric ulcer (9.7%), coronary heart disease (4.0%), and diabetes mellitus (3.0%).

Conclusion. AS is diagnosed in real practice more than 7 years after its onset mainly by rheumatologists. The delay of the diagnosis is mostly associated with the fact that specialists of other medical specialties are unaware of the clinical presentation of the disease. The examined group of patients with AS shows a relatively high activity and obvious functional impairments, which is primarily related to the specific features of patient selection in this trial.

Key words: ankylosing spondylitis; EPICA trials; EPICA2 trial; multicenter trial.

For reference: Erdes ShF, Dubinina TV, Abdulganieva DE, et al. Clinical characteristics of ankylosing spondylitis in real practice in Russia: Results of the cross-sectional non-interventional trial EPICA2. Nauchno-Prakticheskaya Revmatologiya = Rheumatology Science and Practice. 2016;54(Suppl. 1):10-14.

doi: <http://dx.doi.org/10.14412/1995-4484-2016-1S-10-14>

ул. Волгоградская, 185;
⁵129110 Москва,
 ул. Щепкина, ⁶1/2, корп. 1;
 6680009 Хабаровск,
 Краснодарская улица, 9;
⁷650000 Кемерово, ул. 50
 Лет Октября, 10; ⁸300053
 Тула, ул. Яблочкова, 1А;
⁹191015 Санкт-Петербург,
 ул. Кирочная, 41; ¹⁰660014
 Красноярск, ул.
 Инструментальная, 12

¹V.A. Nasonova Research
 Institute of Rheumatology,
 Moscow, Russia; ²Kazan
 State Medical University,
 Ministry of Health of
 Russia, Kazan, Russia;
³Regional Clinical Hospital
 One, Ulyanovsk, Russia;
⁴Regional Rheumatology
 Center, Sverdlovsk
 Regional Clinical Hospital
 One, Yekaterinburg, Russia;
⁵M.F. Vladimirovsky Moscow
 Regional Clinical Research
 Institute, Moscow, Russia;
⁶Professor S.I. Sergeev
 Territorial Clinical Hospital
 One, Khabarovsk, Russia;
⁷Regional Clinical Hospital
 for War Veterans,
 Kemerovo, Russia;
⁸Regional Clinical Hospital,
 Tula, Russia;
⁹I.I. Mechnikov North-
 Western State Medical
 University, Ministry of
 Health of Russia, Saint
 Petersburg, Russia;
¹⁰I.S. Berzon City Clinical
 Hospital Twenty,
 Krasnoyarsk, Russia
¹34A, Kashirskoe Shosse,
 Moscow 115522;
²3, Rakhmanovsky Lane,
 GSP-4, Moscow 127994;
³7, Third International St.,
 Ulyanovsk 432017;
⁴185, Volgogradskaya St.,
 Yekaterinburg 620102;
⁵61/2 Shchepkin St., Build.
 1, Moscow 129110;
⁶9, Krasnodarskaya St.,
 Khabarovsk 680009;
⁷10, 50 Years of October
 St., Kemerovo 650000;
⁸1A, Yablochkov St., Tula
 300053; ⁹41, Kirochnaya
 St., Saint Petersburg
 191015; ¹⁰12,
 Instrumentalnaya St.,
 Krasnoyarsk 660014

Контакты: Шандор
 Федорович Эрдец;
 123456_57@mail.ru

Contact: Shandor Erdes;
 123456_57@mail.ru

Поступила 03.02.16

Анкилозирующий спондилит (АС) — хроническое воспалительное заболевание из группы спондилоартритов (СпА), характеризующееся обязательным поражением крестцово-подвздошных суставов (КПС) и/или позвоночника с потенциальным исходом в анкилоз, с частым вовлечением в патологический процесс энтезисов и периферических суставов.

За 4 года, прошедшие с момента проведения первого многоцентрового эпидемиологического исследования ЭПИКА (ЭПидемиологическое Исследование Клиники Анкилозирующего спондилита) [1], в нашей стране интерес к СпА значительно возрос. Одним из ярких свидетельств этого является число докладов на российских ревматологических форумах. Так, на IV съезде ревматологов в 2005 г. в Казани АС был посвящен всего один доклад, а уже на VI съезде, в 2013 г. в Москве, — 10%, на Всероссийской конференции «Коморбидные проблемы в ревматологии и онкоревматологии» (Казань, 2015) — 15% всех пленарных заседаний и симпозиумов. Такое нарастание интереса к проблеме связано с рядом причин, не в последнюю очередь — с появившимися новыми диагностическими и терапевтическими возможностями.

Так, за последнее время были усовершенствованы и вошли в повсеместную практику критерии воспалительной боли в спине (ВБС) [2], которая является ведущим клиническим признаком АС, позволяющим среди больных, страдающих хронической болью в спине, выявить тех, кто потенциально может страдать СпА. Раньше для диагностики ВБС использовали критерии А. Calin и соавт., однако последние исследования, в том числе проведенные в России, показали, что критерии Международной группы по изучению спондилоартритов (ASAS) [2, 3] имеют наилучшее соотношение чувствительности и специфичности при определении ВБС по сравнению с другими ее критериями.

В настоящее время хорошо известно, что у большинства больных АС от появления первых клинических симптомов до развития рентгенологически определенного сакроилита (рСИ), являющегося одним из основополагающих критериев установления диагноза, проходят многие годы. Таким образом, с увеличением длительности заболевания, с одной стороны, увеличивается вероятность выявления рСИ, а с другой — теряется возможность раннего начала эффективной терапии. Поэтому внедрение в клиническую практику магнитно-резонансной томографии (МРТ), позволяющей выявлять воспалительные изменения в КПС задолго до возникновения в них структурных изменений [4], способствовало совершенствованию ранней диагностики АС. Считается, что в начале болезни, при наличии ВБС, воспаление в костных структурах позвоночника и/или КПС сначала может быть визуализировано только с помо-

щью МРТ (нерентгенологическая стадия АС). В дальнейшем наступает следующая стадия болезни, когда появляются костные структурные изменения и сакроилиит может быть обнаружен при рентгенологическом исследовании. Последняя стадия — появление синдесмофитов [5]. Такая трехэтапная модель эволюции АС позволяет разделить течение болезни на соответствующие стадии: начальная, развернутая (появление рСИ) и поздняя (образование синдесмофитов). Соответственно, у пациентов с изменением стадии болезни меняются прогноз и терапевтическая тактика. Общеизвестно, что небольшая длительность заболевания является мощным предиктором хорошего клинического ответа на терапию.

В результате проведенных эпидемиологических исследований известно, что распространенность АС в России составляет приблизительно 0,1% [6], достигая в северных регионах страны 1,4% [7]. Это значительно выше, чем данные официальных статистических отчетов Минздрава России за тот же период, согласно которым распространенность АС в 2006 г. составила 30 случаев на 100 тыс. населения, или 0,03% [6]. Помимо недостаточной регистрации больных, в нашей стране практически отсутствует информация о частоте различных клинических проявлений болезни в реальной практике, ее активности и особенностях функционального статуса больных, проводимой терапии и количестве больных, нуждающихся в разных видах медикаментозной и хирургической помощи. Особенно важно это для планирования таких дорогостоящих лечебных мероприятий, как эндопротезирование суставов или терапия ингибиторами ФНОα. Поэтому в других странах в последнее время особое внимание уделяется исследованиям, основанным на выборках больных из реальной клинической практики [8–11]. Анализ таких когорт больных АС дает информацию не только об эпидемиологических аспектах болезни, но и о многообразии клинической картины, медико-социальной значимости, позволяет проводить оценку эффективности терапии и планировать систему медицинских затрат на будущее.

Учитывая вышесказанное, целью нашей работы был анализ клинических проявлений АС в реальной практике врача-ревматолога.

Материал и методы

В начале 2015 г. проведено одномоментное многоцентровое неинтервенционное исследование для уточнения клинической картины АС в реальной практике ревматолога — ЭПИКА2 (ЭПидемиологическое Исследование Клиники Анкилозирующего спондилита — второй этап). Дизайн был точно таким же, как и в первом исследовании ЭПИКА [1]. Поэтому, несмотря на то что в последнее время появилась возможность диагностировать заболевание на дорентгенологической стадии

[12], в исследование включали только больных, удовлетворяющих модифицированным Нью-Йоркским критериям, т. е. имевших рСИ.

В ЭПИКА2 набор больных проводился в 10 из 29 клиникских центров, участвовавших в первом этапе исследования ЭПИКА. Исключены центры, набравшие на прошлом этапе менее 10 пациентов. Исследование ЭПИКА2 проводилось в медицинских учреждениях Екатеринбурга, Казани, Кемерово, Красноярска, Москвы, Санкт-Петербурга, Тулы, Ульяновска, Хабаровска и Московской области в течение 4 мес (январь–апрель 2015 г.).

Данное исследование являлось наблюдательным, основано на однократном сборе данных, полученных во время амбулаторного визита пациента к врачу или во время его пребывания в стационаре и не предусматривало какого-либо дополнительного вмешательства в обычную терапевтическую практику.

Исследование было одобрено локальным этическим комитетом.

Критериями включения являлись: 1) диагноз АС, соответствующий модифицированным Нью-Йоркским критериям 1984 г.; 2) наличие обзорного рентгеновского снимка костей таза в прямой проекции, сделанного во время или не более чем за 12 мес до начала исследования; 3) возраст старше 18 лет; 4) письменное информированное согласие пациента на участие в исследовании, разрешение на обработку клинической информации.

Критерий исключения — отказ пациента участвовать в исследовании.

На каждого пациента ревматологи заполняли разработанную сотрудниками главного исследовательского центра (ФГБНУ НИИР им. В.А. Насоновой, далее — НИИР) клиническую карту, в которую вносились: демографические показатели, анамнез заболевания, сроки постановки диагноза, клинические проявления со стороны позвоночника, периферических суставов и других органов и систем, данные лабораторного обследования (определение уровня С-реактивного белка — СРБ — и СОЭ давностью не более 1 мес, HLA-B27-антиген) и результаты рентгенологическо-

го исследования таза в прямой проекции. Оценивались следующие индексы: BASDAI (Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index), ASDAS (Ankylosing Spondylitis Disease Activity Score), BASFI (Bath Ankylosing Spondylitis Functional Index) и BASMI (Bath Ankylosing Spondylitis Metrology Index) [13–16]. Подробно анализировались характер проводимой ранее терапии и ее эффективность.

Обзорные рентгенограммы таза обязательно присылались вместе с клиническими картами и оценивались в НИИР двумя независимыми экспертами слепым методом. При расхождении мнений экспертов о стадии сакроилиита они проводили повторную оценку совместно и выносили согласованное решение.

В НИИР диагноз верифицировался на основании данных, внесенных в клинические карты, и результатов оценки рентгенограмм таза.

Статистическая обработка проводилась с использованием программы Statistica 6.0 (StatSoft, США) с применением методов параметрической и непараметрической статистики.

Результаты

Всего было включено 402 больных АС. 180 из них находились на стационарном лечении, а остальные были обследованы во время амбулаторных визитов. Средний возраст пациентов составил $40,8 \pm 11,5$ года, мужчин было 292 (72,6%), HLA-B27 имели 82,6% (из 288 протипированных).

Инвалидность имели 205 (50,1%) больных: III группу — 123 (60%), II — 78 (38%) и I — 4. Частота постоянной утраты трудоспособности среди женщин составляла около 42%, в то время как среди мужчин — 55%; оставили работу в связи с болезнью 85 (21,1%) больных, поменяли ее на другую из-за болезни — 69 (17,1%).

Клиническая характеристика пациентов приведена в таблице.

Возраст на момент начала болезни в среднем составил $27,6 \pm 10,6$ года, причем у 65,4% пациентов АС начался до 30-летнего возраста, а у 16,9% — до 16 лет. Длительность промежутка от начала заболевания до установления диаг-

Клиническая характеристика больных

Параметр	Все больные (n=402)	Мужчины (n=292)	Женщины (n=110)	p
Возраст, годы, M±δ	40,8±11,5	41,0±11,4	40,5±11,6	0,8
Возраст на момент начала АС, годы, M±δ	27,6±10,6	27,0±10,7	29,36±10,6	0,00001
Время от дебюта до установления АС, мес, M±δ	85,2±86,2	90,9±86,8	70,0±85,0	0,8
Инвалидность, n (%)	205 (50,1)	159 (54,5)	46 (41,8)	0,024
Периферический артрит в анамнезе, n (%)	246 (61,2)	175 (59,9)	71 (64,5)	0,39
Периферический артрит при осмотре, n (%)	133 (33,1)	91 (31,2)	42 (38,2)	0,18
Дактилит в анамнезе, n (%)	44 (10,9)	25 (8,6)	19 (17,3)	0,12
Дактилит при осмотре, n (%)	5 (1,2)	2 (0,7)	3 (2,7)	0,09
Энтезиты при осмотре, n (%)	149 (37,1)	96 (32,9)	53 (48,2)	0,004
BASDAI, M±δ	4,3±2,2	4,3±2,2	4,3±2,4	0,4
BASFI, M±δ	4,1±2,6	4,2±2,6	3,7±2,6	0,07
СОЭ, мм/ч, M±δ	22,8±16,3	22,3±29,9	24,0±15,4	0,36
СРБ, мг/л, M±δ	19,5±28,0	21,7±29,9	13,7±20,8	0,0001
Эндопротез, n (%)	19 (4,7)	15 (5,1)	4 (3,6)	0,5
Увеит в анамнезе, n (%)	80 (19,9)	65 (22,2)	15 (13,6)	0,053
Увеит при осмотре, n (%)	24 (6,0)	19 (6,4)	5 (4,5)	0,4

Примечание. p — достоверность различий показателей у мужчин и женщин.

ноза АС составила в среднем $85,2 \pm 86,2$ мес. При этом у 61 (15,2%) больного диагноз установлен в первые 6 мес от начала АС, у 99 (24,6%) — на первом и еще у 36 (9,0%) — на втором году болезни. У 161 (40,0%) пациента диагноз был верифицирован через 7 лет и более, в том числе у 106 — через 10 лет от дебюта заболевания. Также следует отметить, что если диагноз АС был установлен во время первого же приема, то длительность заболевания к этому моменту уже составляла в среднем $40,0 \pm 55,9$ мес, если на во время второго—пятого — $46,8 \pm 65,9$ мес, во время шестого—десятого — $70,7 \pm 66,1$ мес, а если потребовалось десять и более приемов — $121 \pm 96,9$ мес, т. е. свыше 10 лет!

Нам не удавалось выявить связи задержки диагностики с клиническими особенностями в начале заболевания, такими как проявления аксиального поражения или патология суставов (локализация и распространенность болей или синовитов). Диагноз АС пациентам в 351 (87,3%) случае установили ревматологи, в 25 (6,2%) — врачи общей практики, в 14 (3,5%) — неврологи, а в остальных — врачи других специальностей. Диагноз уже при первом обращении к врачу установили в 3,7% (15 больных) случаев, во время второго—пятого визитов к врачу — в 25,1% (101), шестого—десятого визитов — в 28,2% (113), а 43,0% (173) пациентов потребовалось более 10 визитов к врачам. В подавляющем большинстве случаев АС был вторым или даже третьим диагнозом заболевания. Обычно диагнозу АС предшествовали такие, как остеохондроз позвоночника (58%), реактивный артрит (21%), грыжа диска (34%), остеоартроз (6%), недифференцированный артрит (10%) и др.

На момент исследования «классическую» воспалительную боль в спине имели 224 (55,7%) больных, артрит периферических суставов — 133 (33,1%). Следует отметить, что в анамнезе периферический артрит имелся у 246 (61,2%) больных. У 107 из 133 больных периферический артрит локализовался в нижних конечностях, у 46 (35%) в патологический процесс были вовлечены суставы верхних конечностей, а еще у 12 (9%) имелся артрит височно-нижнечелюстных суставов. На момент исследования клинически выявляемые энтезиты имелись у 149 (37,1%) больных АС, причем индекс MASES среди них в среднем составил 4,4. Дактилит при осмотре имелся у 5 (1,2%) больных, хотя в анамнезе его отмечали 44 (10,1%) пациента.

Индекс BASDAI в среднем составил $4,3 \pm 2,1$; у 54,2% больных он был выше 4, у 12,7% — выше 7, а у 18,2% — ниже 2. Среднее значение СОЭ составило $22,8 \pm 16,3$ мм/ч, причем у 216 (53,7%) пациентов этот показатель был в пределах нормы, в то время как у 26 — выше 50 мм/ч. Среднее значение уровня белка СРБ составило $19,5 \pm 28,0$ мг/л; у 191 (47,5%) оно было выше 10 мг/л, а у 37 (9,2%) — выше 50 мг/л. Индекс BASFI в среднем составил $4,1 \pm 1,8$; в 48% случаев он был выше 4, в 17% — выше 7, а у 26,1% — ниже 2.

Такие внескелетные проявления болезни, как увеит и псориаз, во время исследования имели соответственно 24 (6,0%) и 15 (3,7%) больных. В то же время в анамнезе они отмечались у 80 (19,9%) и 19 (4,7%) пациентов соответственно. Амилоидоз на момент проведения исследования был диагностирован у 6 (1,5%) больных, нарушения ритма сердца — у 10 (2,5%), аортальный порок сердца — у 1 (0,2%). Эндопротезирование было проведено 19 (4,7%) больным, в том числе 15 (3,7%) — тазобедренного, а остальных — коленного сустава. На момент исследования, по мнению врачей, еще 6,7% пациентов нуждались в проведении эндопротезирования тазобедренного сустава. В то же время клини-

чески выявляемая патология тазобедренного сустава (боль и ограничение функции) имела у 155 (38,6%) больных.

Наиболее частыми коморбидными заболеваниями, диагностированными соответствующими специалистами, у пациентов с АС были: артериальная гипертензия (25,1%), язвенная болезнь желудка (9,7%), ишемическая болезнь сердца (4,0%), сахарный диабет (3,0%), хронический бронхит (2,2%), бронхиальная астма (2,0%), вирусный гепатит С (1,7%), вирусный гепатит В (1,5%; все больные с гепатитом — мужского пола, кроме одной пациентки с гепатитом С), туберкулез (1,0%), онкологические заболевания (0,2%), демиелинизирующие заболевания (0,2%). Более чем у половины (52%) больных не имелось никаких коморбидных заболеваний.

Обсуждение

Полученные данные позволяют оценить различные аспекты ведения больных АС в реальной практике ревматологов России.

В первую очередь следует отметить, что диагностика АС и в настоящее время сильно запаздывает, в среднем на 7,1 года от начала заболевания. Однако по сравнению с результатами четырехлетней давности [1] этот промежуток сократился практически на полтора года. Много это или мало? Как мы уже знаем, пациенты с АС в среднем, то ли вследствие постепенного развития болезни, то ли в силу молодого возраста и активной жизненной позиции, к врачам по поводу начавшегося заболевания впервые обращаются в среднем через 15 мес от момента появления болей [3]. При этом, по сложившейся в нашей стране традиции, пациенты с болями в спине в первую очередь обращаются к неврологам или терапевтам. Поэтому при первых консультациях АС выявляется относительно редко — судя по данным настоящего исследования, менее чем в 30% случаев. Проводится в среднем около пяти врачебных осмотров, прежде чем пациент попадает к ревматологу и ему устанавливается корректный диагноз. Практически в 90% случаев АС был диагностирован ревматологом. Однако, как это было показано нами и ранее [3], больной на консультацию к ревматологу приходит в среднем через $70,1 \pm 63,9$ мес. Пациент тратит долгие годы на консультации, обследования и неадекватное лечение, назначаемое по поводу таких заболеваний, как остеохондроз, остеоартроз и др.

Обращает на себя внимание значительное сокращение доли мужчин с АС. В ЭПИКА2 соотношение мужчин и женщин составило 2,7:1. Четыре года назад в исследовании ЭПИКА оно было равно 6,3:1. Этот факт интересен тем, что одним из показателей качества оказания помощи при данном заболевании является соотношение мужчин и женщин с этим диагнозом [17]. Еще полвека назад среди больных АС только 10% составляли пациенты женского пола, однако с развитием учения о СпА это соотношение все больше приближается к 2:1 и даже, при ранних формах болезни, диагностированных в последние годы, к 1:1. Соответственно, появляются основания утверждать, что показатель соотношения полов может отражать качество диагностики АС в регионе. Учитывая вышесказанное, можно утверждать, что за последние 4 года качество диагностики болезни ревматологами значительно улучшилось: с одной стороны, значительно уменьшилась завышающая от ревматолога длительность временного интервала от начала болезни до постановки диагноза с другой — АС стали значительно чаще выявлять и среди женщин. В то же время качество постановки диагноза другими специалистами ос-

талось практически на прежнем уровне. По-видимому, это требует разработки специальных программ, направленных на улучшение выявляемости пациентов с подозрением на наличие у них СпА врачами других специальностей, в первую очередь неврологами и врачами общей практики.

Как можно заметить из приведенных данных, клиническая картина заболевания практически идентична той, которая была 4 года назад. Больше половины больных имели высокую активность, но это и не удивительно. Набор клинического материала проводился не только на амбулаторном этапе ведения пациентов, но и в стационарах. Кроме того, естественно, что на прием к врачу приходят в первую очередь пациенты, у которых ухудшилось самочувствие. Однако отчасти, что часть больных (практически каждый пятый) имели BASDAI <2, т. е. это пациенты, у которых практически отсутствовала какая-либо клиническая активность, пациенты, которые динамически наблюдались у ревматолога.

По результатам данного исследования не представляется возможным определить, связан ли факт большей частоты инвалидности среди мужчин с худшими функциональными возможностями, чем у женщин с АС. Клинически, как это видно из представленной таблицы, мужчины и женщины между собой значимо различались только по числу энтезитов и уровню СРБ. При этом энтезиты чаще выявлялись у мужчин, а содержание СРБ было выше у женщин. Возможно, что в данном вопросе имеют большее значение социально-экономические факторы, которые, к сожалению, в данной работе не исследовались.

Следует также отметить, что у 4,7% больных к моменту включения в исследование было выполнено эндопротезирование

и у мужчин оно проводилось несколько чаще. По мнению участвовавших в исследовании ревматологов, эндопротезирование требовалось еще 6,7% пациентов с АС. При этом клинически выявляемый коксит встречался в 39% случаев. Это значительно меньше, чем в первом исследовании ЭПИКА, где данный показатель составил 56%. Такое различие может быть связано либо с улучшением диагностики, либо с более активной терапевтической тактикой.

Выводы

Диагноз АС в реальной практике устанавливается обычно более чем через 7 лет от начала болезни, что в значительной степени обусловлено незнанием ее клинической картины специалистами из других областей медицины. Обследованная группа больных АС характеризуется относительно высокой активностью и выраженными функциональными нарушениями, что в первую очередь связано с особенностями отбора больных. Разнообразные коморбидные заболевания у больных АС встречаются более чем в 40% случаев.

Прозрачность исследования

Исследование не имело спонсорской поддержки. Авторы несут полную ответственность за предоставление окончательной версии рукописи в печать.

Декларация о финансовых и других взаимоотношениях

Все авторы принимали участие в разработке концепции статьи и в написании рукописи. Окончательная версия рукописи была одобрена всеми авторами. Авторы не получали гонорар за статью.

ЛИТЕРАТУРА

- Волнухин ЕВ, Галушко ЕА, Бочкова АГ и др. Клиническое многообразие анкилозирующего спондилита в реальной практике врача-ревматолога в России (часть 1). Научно-практическая ревматология. 2012;50(2):44-9 [Volnukhin EV, Galushko EA, Bochkova AG, et al. Clinical diversity of ankylosing spondylitis in the real practice of a rheumatologist in Russia (Part 1). *Nauchno-Prakticheskaya Revmatologiya = Rheumatology Science and Practice*. 2012;50(2):44-9 (In Russ.)]. doi: 10.14412/1995-4484-2012-1272
- Sieper J, van der Heijde D, Landewe R, et al. New criteria for inflammatory back pain in patients with chronic back pain: a real patient exercise by experts from the Assessment of SpondyloArthritis International Society (ASAS). *Ann Rheum Dis*. 2009;68:784-8. doi: 10.1136/ard.2008.101501
- Дубинина ТВ, Эрлес ШФ. Причины поздней диагностики анкилозирующего спондилита в клинической практике. Научно-практическая ревматология. 2010;48(2):43-8 [Dubinina TV, Erdes SF. Reasons for late diagnosis of ankylosing spondylitis in clinical practice. *Nauchno-Prakticheskaya Revmatologiya = Rheumatology Science and Practice*. 2010;48(2):43-8 (In Russ.)]. doi: 10.14412/1995-4484-2010-1415
- Van der Heijde D, Rudwaleit M, Landewe R, Sieper J. Justification for including MRI as a tool in the diagnosis of axial SpA. *Nat Rev Rheumatol*. 2010;6:670-2. doi: 10.1038/nrrheum.2010.160
- Sieper J, van der Heijde D. Nonradiographic axial spondyloarthritis. New definition of an old disease? *Arthritis Rheum*. 2013;65(3):543-51. doi: 10.1002/art.37803
- Фоломеева ОМ, Галушко ЕА, Эрлес ШФ. Распространенность ревматических заболеваний в популяциях взрослого населения России и США. Научно-практическая ревматология. 2008;46(4):4-13 [Folomeeva OM, Galushko EA, Erdes SF. Prevalence of rheumatic diseases in adult population of Russian Federation and USA. *Nauchno-Prakticheskaya Revmatologiya = Rheumatology Science and Practice*. 2008;46(4):4-13 (In Russ.)]. doi: 10.14412/1995-4484-2008-529
- Benevolenskaya LI, Boyer GS, Erdes S, et al. Spondylarthropathic diseases in indigenous circumpolar populations of Russia and Alaska. *Rev Rhum Engl Ed*. 1996 Dec;63(11):815-22.
- Collantes E, Zarco P, Munoz E, et al. Disease pattern of spondyloarthropathies in Spain: description of the first national registry (REGISPONSER) extended report. *Rheumatology (Oxford)*. 2007 Aug;46(8):1309-15. doi: 10.1093/rheumatology/kem084
- Trontzas P, Andrianakos A, Miyakis S, et al. Seronegative spondyloarthropathies in Greece: a population-based study of prevalence, clinical pattern, and management. The ESORDIG study. *Clin Rheumatol*. 2005;24(6):583-9. doi: 10.1007/s10067-005-1106-9
- 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(8):1072-7. doi: 10.1136/ard.2006.064543
- Gallinaro AL, Ventura C, Barros PD, GonHalves CR. Spondyloarthritis: analysis of a Brazilian series compared with a large Ibero-American registry (RESPONDIA group). *Rev Bras Reumatol*. 2010;50(5):581-9. doi: 10.1590/S0482-50042010000500009
- Эрлес ШФ, Бочкова АГ, Дубинина ТВ и др. Проект рабочей классификации анкилозирующего спондилита. Научно-практическая ревматология. 2013;51(6):604-8 [Erdes SF, Bochkova AG, Dubinina TV, et al. Project of working classification of ankylosing spondylitis. *Nauchno-Prakticheskaya Revmatologiya = Rheumatology Science and Practice*. 2013;51(6):604-8 (In Russ.)]. doi: 10.14412/1995-4484-2013-604-8
- Garrett S, Jenkinson T, Kennedy LG, 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.
- Lukas C, Landewe R, Sieper J, et al. Development of an ASAS-endorsed disease activity score (ASDAS) in patients with ankylosing spondylitis. *Ann Rheum Dis*. 2009 Jan;68(1):18-24. doi: 10.1136/ard.2008.094870
- Calin A, Garrett S, Whitelock H, et al. A new approach to defining functional ability in ankylosing spondylitis: the development of the Bath Ankylosing Spondylitis Functional Index. *Rheumatology*. 1994;21(12):2281-5.
- Jenkinson TR, Mallorie PA, Whitelock H, et al. Defining spinal mobility in ankylosing spondylitis (AS). The Bath AS Metrology Index. *J Rheumatol*. 1994;21:1694-8.
- Feldtkeller E, Bruckel J, Khan MA. Scientific contributions of ankylosing spondylitis patient advocacy groups. *Curr Opin Rheumatol*. 2000;12(4):239-47. doi: 10.1097/00002281-200007000-00002