

Особенности коксита при спондилоартритах

ФГБНУ «Научно-исследовательский институт ревматологии им. В.А. Насоновой»
115522, Российская Федерация, Москва, Каширское шоссе, 34а

V.A. Nasonova Research Institute of Rheumatology
115522, Russian Federation, Moscow, Kashirskoye Highway, 34A

Контакты: Агафонова Екатерина Михайловна,
busy89@mail.ru
Contacts:
Ekaterina Agafonova,
busy89@mail.ru

Поступила 22.08.2025
Принята 11.11.2025

Е.М. Агафонова, Т.В. Дубинина, К.В. Сахарова, А.Б. Демина, Е.В. Ильиных, А.О. Саблина, Ш.Ф. Эрдес, Е.Е. Губарь, Т.В. Коротаева, Ю.Л. Корсакова, Е.Ю. Логинова, Л.Д. Воробьева, П.О. Тремаскина, А.В. Смирнов, И.А. Андриянова, М.В. Подряднова, М.М. Урумова

По данным проведенного эпидемиологического исследования, в России у больных аксиальным спондилоартритом (аксСпА) поражение тазобедренных суставов (ТБС) выявлялось в 12–56% случаев, а данные о частоте коксита среди пациентов с аксиальным псориатическим артритом (аксПсА) отсутствуют.

Цель исследования — сравнить рентгенологические изменения в тазобедренных суставах у больных аксиальным спондилоартритом и аксиальным псориатическим артритом и оценить связь коксита с активностью заболевания.

Материал и методы. В исследование было включено 222 пациента со средним возрастом 35,7±12,7 года. В первую группу вошли 108 пациентов, соответствующих критериям ASAS (Assessment of SpondyloArthritis international Society) 2009 г. для аксСпА или критериям анкилозирующего спондилита (АС) 1984 г.; во вторую — 114 больных с аксПсА, соответствующих критериям CASPAR (CLASSification for Psoriatic ARthritis). Признаки аксиального поражения при псориатическом артрите (ПсА) определялись на основе инструментальных методов визуализации. Для диагностики требовалось наличие рентгенологически достоверного сакроилита (СИ), то есть двустороннего ≥II стадии или одностороннего ≥III стадии по Kellgren, либо активного сакроилита по данным магнитно-резонансной томографии. Также учитывалось наличие хотя бы одного синдесмофита (параспинального оссификата) в шейном (ШОП) или поясничном (ПОП) отделе позвоночника, а также анкилоза дугоотростчатых суставов ШОП. Средний возраст начала заболевания составил 26,3±20,3 года; HLA-B27 был выявлен у 54% пациентов. Диагноз коксита устанавливался на основании рентгенологического исследования таза и вычисления индекса BASRI hip (Bath Ankylosing Spondylitis Radiology Hip Index) для каждого сустава.

Результаты. Рентгенологические признаки коксита были выявлены у 52 из 222 пациентов, включенных в исследование, в том числе у 22 пациентов с АС и у 30 пациентов с аксПсА. Больные аксПсА были старше, чем пациенты с аксСпА (медиана возраста — 32 года и 45 лет соответственно; $p<0,05$). Рентгенологический коксит встречался чаще среди мужчин с аксСпА и одинаково часто среди мужчин и женщин с аксПсА. Значение индекса ASDAS (Axial Spondyloarthritis Disease Activity Score) было высоким в обеих группах, однако у больных аксПсА оно было статистически значимо выше, чем у пациентов с аксСпА (в среднем 2,1 и 3,2 соответственно; $p<0,05$). Острофазовые показатели (С-реактивный белок (СРБ) и скорость оседания эритроцитов (СОЭ)) при аксСпА были несколько выше, чем при аксПсА (СРБ — 5,8 и 4,2 мг/л; СОЭ — 20 и 17 мм/ч соответственно), но эти различия статистически не значимы ($p>0,05$). Функциональная недостаточность по BASFI (Bath Ankylosing Spondylitis Functional Index) при аксПсА была более выражена, чем у пациентов с аксСпА ($p<0,05$). Периферический артрит также чаще встречался у пациентов с аксПсА (96,6% и 59,0% соответственно; $p<0,05$).

Заключение. Рентгенологический коксит был выявлен у 20% пациентов с аксСпА и у 26% с аксПсА. В ранее проведенных исследованиях частота рентгенологического коксита среди пациентов с псориатическим артритом не превышала 10%. По данным нашего исследования, пациенты с аксПсА имели высокие клинические и лабораторные показатели активности заболевания, а также выраженные функциональные нарушения.

Ключевые слова: аксиальный спондилоартрит, псориатический спондилит, анкилозирующий спондилит, коксит

Для цитирования: Агафонова ЕМ, Дубинина ТВ, Сахарова КВ, Демина АБ, Ильиных ЕВ, Саблина АО, Эрдес ШФ, Губарь ЕЕ, Коротаева ТВ, Корсакова ЮЛ, Логинова ЕЮ, Воробьева ЛД, Тремаскина ПО, Смирнов АВ, Андриянова ИА, Подряднова МВ, Урумова ММ. Особенности коксита при спондилоартритах. *Научно-практическая ревматология*. 2026;64(4):53–59.

FEATURES OF COXITIS IN SPONDYLOARTHRITIS

Ekaterina M. Agafonova, Tatiana V. Dubinina, Ksenia V. Sakharova, Anastasia B. Demina, Ekaterina V. Ilinykh, Anastasiya O. Sablina, Shandor F. Erdes, Elena E. Gubar, Tatiana V. Korotaeva, Yulia L. Korsakova, Elena Yu. Loginova, Lyubov D. Vorobyova, Polina O. Tremaskina, Alexander V. Smirnov, Irina A. Andrianova, Maria V. Podryadnova, Margarita M. Urumova

According to an epidemiological study, hip joint involvement was detected in 12–56% of patients with axial spondyloarthritis (axSpA) in Russia. Data on the incidence of coxitis in patients with axial psoriatic arthritis (axPsA) are lacking.

The aim of the study was to compare radiographic changes in the hip joints in patients with axial spondyloarthritis and axial psoriatic arthritis and to evaluate the relationship between coxitis and disease activity.

Material and methods. The study included 222 patients with a mean age of 35.7±12.7 years. The first group included 108 patients who met the 2009 ASAS (Assessment of SpondyloArthritis International Society) criteria for axSpA or the 1984 criteria for ankylosing spondylitis (AS); The second group included 114 patients with axPsA who met the CASPAR (CLASSification for Psoriatic ARthritis) criteria. Signs of axial involvement in psoriatic arthritis (PsA) were determined using instrumental imaging methods. Diagnosis required the presence of radiologically reliable sacroiliitis (SI), i.e., bilateral stage ≥II or unilateral stage ≥III according to Kellgren, or active sacroiliitis according to magnetic resonance imaging. The presence of at least one syndesmophyte (paraspinal ossificate) in the cervical (CS) or lumbar (LS) spine, as well as ankylosis of the facet joints of the CS, were also taken into account. The mean age of disease onset was 26.3±20.3 years; HLA-B27 was detected in 54% of patients. The diagnosis of coxitis was established based on a pelvic X-ray and calculation of the Bath Ankylosing Spondylitis Radiology Hip Index (BASRI hip) for each joint.

Results. Radiographic evidence of coxitis was detected in 52 of the 222 patients included in the study, including 22 patients with AS and 30 patients with axPsA. Patients with axPsA were older than those with axSpA (median age 32 years and 45 years, respectively; $p < 0.05$). Radiographic coxitis was more common among men with axSpA and equally common among men and women with axPsA. The ASDAS (Axial Spondyloarthritis Disease Activity Score) index value was high in both groups; however, it was statistically significantly higher in patients with axPsA than in patients with axSpA (on average, 2.1 and 3.2, respectively; $p < 0.05$). Acute phase indices (C-reactive protein (CRP) and erythrocyte sedimentation rate (ESR)) were slightly higher in axSpA than in axPsA (CRP – 5.8 and 4.2 mg/L; ESR – 20 and 17 mm/h, respectively), but these differences were not statistically significant ($p > 0.05$). Functional impairment according to BASFI (Bath Ankylosing Spondylitis Functional Index) was more pronounced in axPsA than in patients with axSpA ($p < 0.05$). Peripheral arthritis was also more common in patients with axPsA (96.6% and 59.0%, respectively; $p < 0.05$).

Conclusion. Radiographic coxitis was detected in 20% of patients with axSpA and 26% with axPsA. In previous studies, the incidence of radiographic coxitis in patients with psoriatic arthritis did not exceed 10%. According to our study, patients with axPsA had high clinical and laboratory indicators of disease activity, as well as significant functional impairment.

Key words: axial spondyloarthritis, psoriatic spondylitis, ankylosing spondylitis, coxitis

For citation: Agafonova EM, Dubinina TV, Sakharova KV, Demina AB, Ilinykh EV, Sablina AO, Erdes ShF, Gubar EE, Korotaeva TV, Korsakova YuL, Loginova EYu, Vorobyova LD, Tremaskina PO, Smirnov AV, Andrianova IA, Podryadnova MV, Urumova MM. Features of coxitis in spondyloarthritis. *Nauchno-Prakticheskaya Revmatologiya = Rheumatology Science and Practice*. 2026;64(1):53–59 (In Russ.).

doi: 10.47360/1995-4484-2026-53-59

Аксиальный спондилоартрит (аксСпА) представляет собой группу воспалительных заболеваний суставов, объединенных общими клиническими, генетическими и рентгенологическими характеристиками. Из-за мультифакториальной природы заболевания оно проявляется клиническим полиморфизмом, что предопределяет разнообразие клинических симптомов, а также вариации в степени тяжести и скорости развития структурных и органических поражений. В связи с этим клиническая картина аксСпА варьирует от малозаметных проявлений, не беспокоящих пациента, до тяжелых форм, которые могут быстро привести к инвалидности. В последние годы также накапливается все больше данных об аксиальном псориатическом артрите (аксПсА) [1], который обладает как общими чертами с аксСпА, так и особенностями, характерными исключительно для псориатического артрита (ПсА).

Одним из наиболее характерных проявлений как анкилозирующего спондилита (АС), так и других видов спондилоартритов (СпА) является воспаление тазобедренных суставов (ТБС) – коксит. Использование термина «коксит» при спондилоартритах является обоснованным, так как он подчеркивает первичное воспаление в этих суставах.

Поражение ТБС считается одним из самых неблагоприятных прогностических признаков при аксСпА, поскольку оно часто ведет к преждевременной потере трудоспособности и инвалидности. В исследовании, проведенном во Франции, было показано, что легкие формы АС при поражении ТБС практически не встречаются [2, 3].

Согласно данным зарубежных регистров, поражение ТБС при АС наблюдается в 9–38% случаев, причем 5% из этих больных нуждаются в тотальном эндопротезировании сустава [4]. В крупных европейских регистрах частота коксита при ПсА варьирует от 6 до 14% [5]. Российские исследования показывают, что частота коксита при аксСпА может достигать 12–56% [6–8], тогда как информация о поражении ТБС у пациентов с аксПсА пока отсутствует.

До сих пор не известно, какие именно факторы приводят к развитию и прогрессированию коксита у больных СпА; не существует также единого алгоритма его диагностики, и она может вызывать затруднения, особенно на ранних стадиях. Ранее проведенные исследования показали, что коксит у пациентов с АС развивается в среднем через 5–10 лет после начала заболевания, причем у части больных на момент его выявления уже имеются необратимые изменения ТБС, в то время как у других он не развивается или перестает прогрессировать [9]. Описаны случаи быстрого прогрессирования коксита

с развитием необратимых изменений в течение года, которые чаще наблюдались при ПсА [10, 11].

Цель исследования – сравнить рентгенологические изменения тазобедренных суставов у больных аксиальным спондилоартритом и аксиальным псориатическим артритом и оценить связь коксита с активностью заболевания.

Материалы и методы

В исследование включались больные аксСпА и аксПсА с длительностью заболевания не более 10 лет. В группу аксСпА вошли 108 пациентов, соответствующих критериям ASAS (Assessment of SpondyloArthritis international Society) аксСпА 2009 г. [12] или критериям АС 1984 г. [13]; в группу аксПсА – 114 пациентов с аксПсА, удовлетворявших критериям CASPAR (Classification criteria for Psoriatic ARthritis) [14]. Признаки аксиального поражения при ПсА оценивались с использованием инструментальных методов визуализации. Для включения пациентов с аксСпА в исследование требовалось наличие рентгенологически подтвержденногоacroiliита (СИ), то есть двустороннего поражения \geq II стадии или одностороннего поражения \geq III стадии по Kellgren, или активного СИ по данным магнитно-резонансной томографии (МРТ). Также учитывалось наличие хотя бы одного синдесмофита (параспинального оссификата) в шейном (ШОП) или поясничном (ПОП) отделе позвоночника или анкилоза дугоотростчатых суставов ШОП. Пациенты с ПсА и рентгенологическим СИ могли также соответствовать критериям АС. В случае наличия критериев двух диагнозов окончательное решение принималось консилиумом экспертов, учитывающим все клинические и визуализационные данные. Исследование было одобрено Локальным этическим комитетом ФГБНУ НИИР им. В.А. Насоновой (протокол № 02 от 27.01.2022). Все пациенты подписали информированное согласие на участие в исследовании.

Исследование проводилось в период с марта 2022 г. по май 2024 г. в ФГБНУ НИИР им. В.А. Насоновой. Все пациенты прошли стандартное ревматологическое обследование. Оценивались число болезненных суставов (ЧБС), число припухших суставов (ЧПС), активность спондилита с использованием индексов BASDAI (Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index) и ASDAS (Ankylosing Spondylitis Disease Activity Score).

Оценивали подвижность позвоночника, используя индекс BASMI (Bath Ankylosing Spondylitis Metrology Index), и фиксировали количество пациентов с дактилитом

и энтезитом, выраженность которых определялась с помощью индексов LEI (Leeds Enthesitis Index) и MASES (Maastricht Ankylosing Spondylitis Enthesitis Score). Псориаз оценивался по индексу BSA (Body Surface Area); при $BSA > 3\%$ рассчитывался PASI (Psoriasis Area Severity Index), также учитывались изменения ногтей.

Интенсивность боли, общая оценка активности заболевания пациентом (ООЗП) и врачом (ОЗВ) регистрировались с помощью числовой рейтинговой шкалы (ЧРШ), а функциональный статус пациента оценивался по индексу BASFI (Bath Ankylosing Spondylitis Functional Index).

Всем пациентам была проведена обзорная рентгенография таза. Стадии СИ определялись по классификации Kellgren [13, 15]. СИ считался симметричным при наличии сопоставимых изменений с обеих сторон (стадии II–II, III–III, IV–IV) и асимметричным – при выявлении изменений, соответствующих стадиям II–0, II–I, II–III, II–IV, III–IV. Для оценки тяжести рентгенологических изменений в тазобедренных суставах использовался индекс BASRI-hip (Bath Ankylosing Spondylitis Radiology Hip Index) [13].

Активные воспалительные изменения (ВИ) определялись при МРТ в режиме подавления жира (STIR, Short Tau Inversion Recovery). Выявление явного субхондрального отека костного мозга (остеита), визуализируемого как гиперинтенсивный сигнал в режиме STIR, расценивалось в качестве признака СИ. Наличие ВИ в крестцово-подвздошных суставах и позвоночнике констатировалось, если признаки остеита определялись как минимум на двух срезах или если выявлялось более чем два гиперинтенсивных очага активного воспаления на одном срезе [16].

Все результаты инструментальной визуализации оценивались двумя независимыми экспертами: рентгенологом, не имеющим клинической информации о пациенте, и ревматологом. Все пациенты прошли молекулярно-генетическое типирование антигенов HLA I класса методом полимеразной цепной реакции.

Для статистической обработки использовался пакет программ Statistica 10 (StatSoft Inc., США). Количественные данные описывались средним значением (M), стандартным отклонением (σ), медианой (Me) с 25-м и 75-м перцентилями. Качественные данные представлены абсолютными и относительными частотами (процентами). Различия считались статистически значимыми при $p < 0,05$. Для анализа результатов использовались критерий Пирсона (χ^2) при анализе таблиц сопряженности и тест Манна – Уитни.

Результаты

Было отобрано две группы пациентов – с аксСпА ($n=108$) и аксПсА ($n=114$). Индекс BASDAI у пациентов с аксПсА был выше, чем при аксСпА ($p < 0,05$). Значение ASDAS было высоким в обеих группах, хотя значительно выше в группе аксПсА (в среднем 2,1 и 3,2 соответственно; $p < 0,05$), как и уровень С-реактивного белка (СРБ; 11,2 и 16,7 мг/л соответственно; $p < 0,05$). Индекс BASFI был также статистически значимо выше в группе аксПсА (2,6 и 3,9 соответственно; $p < 0,05$). У пациентов с аксСпА статистически значимо чаще, чем при аксПсА, выявлялся антиген HLA-B27 (в 84,2% и 24,5% случаев соответственно; $p < 0,05$). Периферический артрит чаще выявлялся при аксПсА, а увеит – при аксСпА. Подробная клиническая характеристика данной группы описана нами ранее [17].

Рентгенологический коксит (BASRI-hip > 1) был диагностирован у 52 (23%) из 222 пациентов, включенных в исследование, в том числе у 22 (20,4%) пациентов с аксСпА и у 30 (26,3%) пациентов с аксПсА.

Как видно из таблицы 1, пациенты с аксПсА были старше, чем больные аксСпА (медиана возраста – 32 года и 45 лет соответственно; $p < 0,05$), и в группе аксПсА преобладали пациенты с индексом массы тела (ИМТ) более 25. В группе аксСпА рентгенологический коксит чаще

Таблица 1. Характеристика больных аксиальным спондилоартритом и аксиальным псориазическим артритом с рентгенологическим кокситом

Параметры	аксСпА ($n=22$)	аксПсА ($n=30$)	p
Пол: мужчины/женщины, n	18/4	19/11	$< 0,05$
Инвалидность, n (%)	7 (31,81)	9 (30)	$> 0,05$
ИМТ (кг/м ²), Me [25-й; 75-й перцентили]	22,4 [20,2; 28,0]	27,2 [25,6; 33,0]	$< 0,05$
BASMI, Me [25-й; 75-й перцентили]	3 [2; 4]	3 [2; 4]	$> 0,05$
Возраст (годы), Me [25-й; 75-й перцентили]	32 [25; 40]	45 [38; 55]	$< 0,05$
Наличие HLA-B27, n (%)	19 (86,3)	4 (13,3)	$< 0,05$
Артрит периферических суставов, n (%)	13 (59,0)	29 (96,6)	$< 0,05$
ЧБС, Me [25-й; 75-й перцентили]	2 [0; 5]	11 [7; 21]	$< 0,05$
ЧПС, Me [25-й; 75-й перцентили]	0 [0; 2]	4 [2; 11]	$< 0,05$
BASDAI, Me [25-й; 75-й перцентили]	3,85 [2,9; 5,0]	6,0 [5,2; 7,3]	$< 0,05$
ASDAS, Me [25-й; 75-й перцентили]	2,24 [1,59; 2,59]	3,1 [2,7; 4,2]	$< 0,05$
СОЭ (мм/ч), Me [25-й; 75-й перцентили]	20,5 [4; 59]	17 [5; 38,0]	$> 0,05$
СРБ (мг/л), Me [25-й; 75-й перцентили]	5,8 [2,0; 20,6]	4,2 [1,4; 20,5]	$> 0,05$
BASFI, Me [25-й; 75-й перцентили]	2,6 [1,0; 4,5]	4,4 [3,1; 7,8]	$< 0,05$

Примечание: аксСпА – аксиальный спондилоартрит; аксПсА – аксиальный псориазический артрит; ИМТ – индекс массы тела; BASMI – Bath Ankylosing Spondylitis Metrology Index; ЧБС – число болезненных суставов; ЧПС – число припухших суставов; BASDAI – Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index; ASDAS – Ankylosing Spondylitis Disease Activity Score; СОЭ – скорость оседания эритроцитов; СРБ – С-реактивный белок; BASFI – Bath Ankylosing Spondylitis Functional Index

встречался среди мужчин, в группе аксПсА его частота у мужчин и женщин существенно не различалась.

Индексы активности BASDAI и ASDAS при аксПсА были статистически значимо выше, чем при аксСпА ($p < 0,05$), как и частота периферического артрита (96,6% и 59,0% соответственно; $p < 0,05$). В то же время острофазовые показатели воспаления СРБ и скорость оседания эритроцитов (СОЭ) у пациентов с аксСпА были несколько выше, чем у больных аксПсА (СРБ – 5,8 и 4,2 мг/л соответственно; СОЭ –

20 и 17 мм/ч соответственно), однако эти различия статистически не значимы ($p > 0,05$). Как и другие показатели, индекс BASFI, характеризующий функциональную недостаточность, в группе аксПсА был выше, чем при аксСпА ($p < 0,05$).

Двустороннее поражение ТБС у пациентов с аксСпА встречалось чаще, чем при аксПсА (в 77,2% и 56,6% случаев соответственно; $p < 0,05$). Другие показатели, такие как BASRI-hip, сужение щели, наличие эрозий и кист в ТБС, между группами не различались (табл. 2).

Таблица 2. Сравнительная характеристика рентгенологических изменений тазобедренных суставов у пациентов с аксиальным спондилоартритом и аксиальным псориатическим артритом, n (%)

Параметры	аксСпА (n=22)	аксПсА (n=30)	p
Двусторонний коксит	17 (77,27)	17 (56,6)	<0,05
Стадия BASRI-hip, правый ТБС			
0	0	2 (6,6)	>0,05
I	5 (22,7)	5 (16,6)	>0,05
II	14 (63,6)	17 (56,6)	>0,05
III	4 (18,18)	5 (16,6)	>0,05
IV	1 (4,54)	1 (3,3)	>0,05
Стадия BASRI-hip, левый ТБС			
0	0	0	>0,05
I	2 (9,09)	7 (23)	>0,05
II	15 (68)	15 (50)	>0,05
III	3 (13,63)	8 (27)	>0,05
IV	2 (9,09)	0	>0,05
Сужение суставной щели в правом ТБС			
от <4 мм до ≥3 мм	5 (23)	6 (20)	>0,05
от <3 мм до ≥2 мм	8 (37)	11(37)	>0,05
<2 мм	9 (41)	11(37)	>0,05
Частичный анкилоз в правом ТБС			
<25%	2 (9)	2 (7)	>0,05
<50%	2 (9)	1 (3)	>0,05
>50%	0	0	>0,05
Краевые эрозии в правом ТБС			
головка	6 (27)	4 (13)	>0,05
вертлужная впадина	0	0	>0,05
Кисты в правом ТБС			
Кисты головки бедренной кости:			
1–3 кисты	3 (14)	6 (20)	>0,05
>3 кист	4 (18)	3 (10)	>0,05
Кисты вертлужной впадины:			
1–3 кисты	2 (9)	4 (13)	>0,05
>3 кист	3 (14)	2 (7)	>0,05
Кисты головки и вертлужной впадины	5 (23)	5 (17)	>0,05
Остеофиты головки бедренной кости в правом ТБС			
латеральные	8 (37)	7 (23)	>0,05
медиальные	1 (5)	0	>0,05
симптом «ожерелья»	0	0	>0,05
Протрузия вертлужной впадины в правом ТБС	5 (23)	3 (10)	>0,05
Деформация головки бедренной кости в правом ТБС	5 (23)	8 (27)	>0,05

Параметры	аксСпА (n=22)	аксПсА (n=30)	p
Сужение суставной щели в левом ТБС			
от <4 мм до ≥3 мм	4 (18)	9 (30)	>0,05
от <3 мм до ≥2 мм	10 (45)	9 (30)	>0,05
<2 мм	8 (37)	12 (40)	>0,05
Частичный анкилоз в левом ТБС			
<25%	1 (5)	0	>0,05
<50%	1 (5)	1 (3)	>0,05
>50%	1 (5)	0	>0,05
Краевые эрозии в левом ТБС			
головка	3 (14)	2 (7)	>0,05
вертлужная впадина	0	0	>0,05
Кисты в левом ТБС			
Кисты головки бедренной кости:			
1–3 кисты	3 (14)	2 (7)	>0,05
>3 кист	2 (9)	2 (7)	>0,05
Кисты вертлужной впадины:			
1–3 кисты	2 (9)	0	>0,05
>3 кист	3 (14)	2 (7)	>0,05
Кисты головки и вертлужной впадины	3 (14)	4 (13)	>0,05
Остеофиты головки бедренной кости в левом ТБС			
латеральные	6 (27)	8 (27)	>0,05
медиальные	0	0	>0,05
симптом «ожерелья»	0	0	>0,05
Протрузия вертлужной впадины в левом ТБС	4 (18)	3 (10)	>0,05
Деформация головки бедренной кости в левом ТБС	5 (23)	5 (17)	>0,05

Примечание: аксСпА – аксиальный спондилоартрит; аксПсА – аксиальный псориатический артрит; BASRI-hip – Bath Ankylosing Spondylitis Radiology Hip Index; ТБС – тазобедренный сустав

Обсуждение

Необходимо отметить существенную проблему недостаточной изученности коксита у пациентов с аксПсА. Анализ данных нашего исследования показал неожиданную тенденцию к более высокой частоте рентгенологически выявляемого коксита среди пациентов с аксПсА, что расходится с ранее опубликованными результатами [5]. Особенности патогенеза коксита при аксПсА предполагают наличие специфических характеристик течения заболевания. Особое внимание следует уделить демографическим параметрам исследуемой группы пациентов, среди которых – преобладание старшей возрастной категории и высокая распространенность избыточной массы тела. Данные факторы существенно повышают вероятность развития рентгенологического коксита, что обуславливает необходимость проведения углубленного обследования пациентов. А. Воопен и соавт. [3] выявили ключевую роль коксита в увеличении показателей функционального индекса BASFI. Примечательно, что данное патологическое состояние оказывает более значительное влияние на функциональные показатели, чем такие факторы, как пол, длительность АС и внескелетные проявления. Сходные данные получены и в ранее проведенных отечественных исследованиях [6, 18], что нашло подтверждение и в настоящей работе. Более высокие значения индекса BASFI

у пациентов с аксПсА, возможно, связаны с такими факторами, как возраст пациентов и повышенный индекс массы тела, которые в свою очередь также ограничивают функциональные возможности этих больных.

Важным наблюдением является то, что у пациентов с аксПсА отмечались более высокие клинические показатели активности болезни. При этом лабораторные маркеры воспаления были несколько выше (хотя и статистически не значимо) у пациентов с аксСпА. Это может указывать на расхождение между объективными данными и субъективным восприятием своего состояния у пациентов, что требует дальнейшего исследования и применения специализированных опросников.

В ходе работы мы впервые в России сравнили основные клинические и рентгенологические проявления коксита у пациентов с аксСпА и аксПсА.

Результаты рентгенологического обследования пациентов с аксСпА показали, что признаки коксита чаще выявлялись у мужчин и носили двусторонний характер, тогда как при аксПсА коксит был асимметричным и с одинаковой частотой встречался у мужчин и женщин. Эти данные согласуются с ранее проведенными работами [19, 20].

Кроме того, было обнаружено, что практически у всех больных аксПсА (96%) с рентгенологическими проявлениями коксита выявлялось воспаление периферических суставов, тогда как при аксСпА – лишь у каждого

второго; при обоих заболеваниях поражение ТБС сопровождалось высокими клиническими показателями активности. Вероятно, коксит и периферический артрит утяжеляют течение болезни и увеличивают активность СпА.

Полученные нами данные подчеркивают необходимость комплексного подхода к диагностике и лечению пациентов с рентгенологическими проявлениями коксита, включающего регулярный мониторинг состояния как ТБС, так и позвоночника для своевременной коррекции терапии и предотвращения прогрессирования заболевания.

Заключение

Таким образом, настоящее исследование подчеркивает значимость коксита как одного из основных факторов, оказывающих негативное влияние на функциональные показатели и активность СпА.

Впервые представлен сравнительный анализ основных клинических и рентгенологических проявлений коксита у пациентов с аксСпА и аксПсА, который показал, что:

1. При аксСпА рентгенологические проявления коксита чаще развиваются у мужчин и имеют двусторонний характер.
2. Наличие рентгенологических проявлений коксита и периферического артрита утяжеляет течение СпА.
3. Выявлена высокая частота рентгенологических проявлений коксита среди пациентов с аксПсА, что требует дальнейшего исследования.

ЛИТЕРАТУРА / REFERENCES

1. Коротаева ТВ, Губарь ЕЕ, Логинова ЕЮ, Корсакова ЮЛ, Василенко ЕА, Ильевский ИЮ, и др. Результаты неинтервенционного наблюдательного многоцентрового исследования тактики ведения пациентов с аксиальным псориатическим артритом в условиях реальной клинической практики (NiSaXPA). *Современная ревматология*. 2024;18(6):14-20. [Korotaeva TV, Gubar EE, Loginova EY, Korsakova YL, Vasilenko EA, Ilyevskiy IY, et al. Results of a non-interventional multicenter observational study on the diagnosis and treatment of patients with axial psoriatic arthritis in real-world clinical practice in the Russian Federation (NiSaXPA). *Modern Rheumatology Journal*. 2024;18(6):14-20 (In Russ.)]. doi: 10.14412/1996-7012-2024-6-14-20
2. Gran JT, Scomsvoll JF. The outcome of ankylosing spondylitis: A study of 100 patients. *Br J Rheumatol*. 1997;36:766-771. doi: 10.1093/rheumatology/36.7.766
3. Boonen A, van der Cruyssen B, de Vlam K, Steinfeld S, Ribbens C, Lenaerts J, et al. Spinal radiographic changes in ankylosing spondylitis: Association with clinical characteristics and functional outcome. *J Rheumatol*. 2009;36(6):1249-1255. doi: 10.3899/jrheum.080831
4. van der Cruyssen B, Vastesaegeer N, Collantes-Estevez E. Hip disease in ankylosing spondylitis. *Curr Opin Rheumatol*. 2013;25:448-454. doi: 10.1097/BOR.0b013e3283283620e04
5. Michet CJ, Mason TG, Mazlumzadeh M. Hip joint disease in psoriatic arthritis: Risk factors and natural history. *Ann Rheum Dis*. 2005;64(7):1068-1070. doi: 10.1136/ard.2004.022228
6. Подряднова МВ, Балабанова РМ, Урумова ММ, Эрдес ШФ. Коксит при анкилозирующем спондилите: сопоставление клинических проявлений с данными ультразвукового исследования. *Научно-практическая ревматология*. 2014;52(4):417-422. [Podryadnova MV, Balabanova RM, Urumova MM, Erdes ShF. Coxitis in ankylosing spondylitis: Comparison of clinical manifestations with ultrasound study data. *Nauchno-Prakticheskaya Revmatologia = Rheumatology Science and Practice*. 2014;52(4):417-422 (In Russ.)]. doi: 10.14412/1995-4484-2014-417-422

Статья подготовлена в рамках фундаментальной научной темы «Эволюция аксиальных спондилоартритов на основе комплексного динамического изучения молекулярно-биологических, молекулярно-генетических, клинико-визуализационных факторов прогрессирования заболевания, качества жизни, коморбидности и таргетной инновационной терапии» (№ РК 125020501435-8).

Прозрачность исследования

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.

Вклад авторов

Разработка концепции и план исследования: Коротаева Т.В., Дубинина Т.В., Эрдес Ш.Ф., Агафонова Е.М.
 Интерпретация результатов: Агафонова Е.М.
 Обзор литературы и подготовка рукописи: Агафонова Е.М., Эрдес Ш.Ф., Дубинина Т.В.
 Критический обзор и редактирование: Эрдес Ш.Ф., Дубинина Т.В., Агафонова Е.М.
 Общее руководство: Эрдес Ш.Ф., Дубинина Т.В., Коротаева Т.В.

7. Волнухин ЕВ, Галушко ЕА, Бочкова АГ, Смирнов АВ, Эрдес ШФ. Клиническое многообразие анкилозирующего спондилита в реальной практике врача-ревматолога в России (часть 1). *Научно-практическая ревматология*. 2012;50(2):44-49. [Volnukhin EV, Galushko EA, Bochkova AG, Smirnov AV, Erdes ShF. Clinical diversity of ankylosing spondylitis in the real practice of a rheumatologist in Russia (Part 1). *Nauchno-Prakticheskaya Revmatologia = Rheumatology Science and Practice*. 2012;50(2):44-49 (In Russ.)]. doi: 10.14412/1995-4484-2012-1272
8. Агафонова ЕМ, Дубинина ТВ, Румянцева ДГ, Демина АБ, Смирнов АВ, Эрдес Ш. Коксит при раннем аксиальном спондилоартрите. *Современная ревматология*. 2019;13(4):41-47. [Agafonova EM, Dubinina TV, Rumyantseva DG, Demina AB, Smirnov AV, Erdes S. Coxitis in early axial spondyloarthritis. *Modern Rheumatology Journal*. 2019;13(4):41-47 (In Russ.)]. doi: 10/14412/1996-7012-2019-4-41-47
9. Бочкова АГ, Румянцева ОА, Северинова МВ, Киселева НМ, Бунчук НВ. Коксит у больных анкилозирующим спондилитом: клинико-рентгенологические сопоставления. *Научно-практическая ревматология*. 2005;43(4):8-13. [Bochkova AG, Rumyantseva OA, Severinova MV, Kiseleva NM, Bunchuk NV. Coxitis in patients with ankylosing spondylitis: Clinicoradiologic comparisons. *Nauchno-Prakticheskaya Revmatologia = Rheumatology Science and Practice*. 2005;43(4):8-13 (In Russ.)]. doi: 10.14412/1995-4484-2005-610
10. Maejima H, Watarai A, Taniguchi T, Katsuoka K. Onset of psoriatic arthritis at the hip joint without spondylitis. *Acta Derm Venereol*. 2014;94(1):110-111. doi: 10.2340/00015555-1640
11. Krakowski P, Gerkowicz A, Pietrzak A, Krasowska D, Jurkiewicz A, Gorzelak M, et al. Psoriatic arthritis – new perspectives. *Arch Med Sci*. 2019;15(3):580-589. doi: 10.5114/aoms.2018.77725
12. Rudwaleit M, van der Heijde D, Landewé R, Listing J, Akkoc N, Brandt J, et al. The development of Assessment of Spondylo-Arthritis international Society classification criteria for axial

- spondyloarthritis (part II): Validation and final selection. *Ann Rheum Dis.* 2009;68(6):777-783. doi: 10.1136/ard.2009.108233
13. van der Linden S, Valkenburg HA, Cats A. Evaluation of diagnostic criteria for ankylosing spondylitis: A proposal for modification of the New York criteria. *Arthritis Rheum.* 1984;27(4):361-368. doi: 10.1002/art.1780270401
 14. Taylor W, Gladman D, Helliwell P, Marchesoni A, Mease P, Mielants H; CASPAR Study Group. Classification criteria for psoriatic arthritis: Development of new criteria from a large international study. *Arthritis Rheum.* 2006;54(8):2665-2673. doi: 10.1002/art.21972
 15. Смирнов АВ, Эрдес ШФ. Оптимизация рентгенодиагностики анкилозирующего спондилита в клинической практике – значимость обзорного снимка таза. *Научно-практическая ревматология.* 2015;53(2):175-181. [Smirnov AV, Erdes ShF. optimization of X-ray diagnosis of ankylosing spondylitis in clinical practice: Importance of a plain X-ray film of the pelvis. *Nauchno-Prakticheskaya Revmatologia = Rheumatology Science and Practice.* 2015;53(2): 175-181 (In Russ.)]. doi: 10.14412/1995-4484-2015-175-181
 16. Sieper J, Rudwaleit M, Baraliakos X, Brandt J, Braun J, Burgos-Vargas R, et al. The Assessment of SpondyloArthritis international Society (ASAS) handbook: A guide to assess spondyloarthritis. *Ann Rheum Dis.* 2009;68(Suppl 2):ii1-ii44. doi: 10.1136/ard.2008.104018
 17. Губарь ЕЕ, Коротаева ТВ, Дубинина ТВ, Корсакова ЮЛ, Логинова ЕЮ, Воробьева ЛД, и др. Дифференциальная диагностика аксиального спондилоартрита и псориатического артрита с поражением осевого скелета. *Современная ревматология.* 2025;19(3):64-73. [Gubar EE, Korotaeva TV, Dubinina TV, Korsakova YL, Loginova EY, Vorobyeva LD, et al. Differential diagnosis of axial spondyloarthritis and psoriatic arthritis with axial involvement. *Modern Rheumatology Journal.* 2025;19(3):64-73 (In Russ.)]. doi: 10.14412/1996-7012-2025-3-64-73
 18. Агафонова ЕМ, Дубинина ТВ, Дёмина АБ, Смирнов АВ, Эрдес ШФ. Особенности инструментальной диагностики коксита при анкилозирующем спондилите в реальной клинической практике. *Научно-практическая ревматология.* 2018;56(6):716-721. [Agafonova EM, Dubinina TV, Demina AB, Smirnov AV, Erdes ShF. Instrumental diagnosis of coxitis in ankylosing spondylitis in real clinical practice. *Nauchno-Prakticheskaya Revmatologia = Rheumatology Science and Practice.* 2018;56(6): 716-721 (In Russ.)]. doi: 10.14412/1995-4484-2018-716-721
 19. Poddubnyy D. Managing psoriatic arthritis patients presenting with axial symptoms. *Drugs.* 2023;83(6):497-505. doi: 10.1007/s40265-023-01857-w
 20. Агафонова ЕМ, Эрдес Ш, Дубинина ТВ, Демина АБ, Смирнов АВ. Различия в течении коксита у мужчин и женщин с ранним аксиальным спондилоартритом. *Научно-практическая ревматология.* 2023;61(5):596-601. [Agafonova EM, Erdes Sh, Dubinina TV, Demina AB, Smirnov AV. Differences in the course of coxitis in men and women with early axial spondyloarthritis. *Nauchno-Prakticheskaya Revmatologia = Rheumatology Science and Practice.* 2023;61(5):596-601 (In Russ.)]. doi: 10.47360/1995-4484-2023-596-601

Агафонова Е.М. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2246-686X>

Дубинина Т.В. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1771-6246>

Сахарова К.В. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2486-8798>

Демина А.Б. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3106-3296>

Ильиных Е.В. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6354-7244>

Саблина А.О. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0337-453X>

Эрдес Ш.Ф. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3195-5187>

Губарь Е.Е. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5015-7143>

Коротаева Т.В. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0579-1131>

Корсакова Ю.Л. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5968-2403>

Логинова Е.Ю. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6875-4552>

Воробьева Л.Д. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8626-8419>

Тремаскина П.О. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4005-1745>

Смирнов А.В. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7418-9369>

Андриянова И.А. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0291-524X>

Подряднова М.В. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4190-4471>

Урумова М.М. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9755-5760>