

# Динамика заболеваемости анкилозирующим спондилитом в России и субботние школы по спондилоартритам

Ш.Ф. Эрдес, Р.М. Балабанова

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

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

Контакты: Шандор Федорович Эрдес [erdes@iramn.ru](mailto:erdes@iramn.ru)

Contact: Shandor Fedorovich Erdes [erdes@iramn.ru](mailto:erdes@iramn.ru)

Поступила 06.03.13

Выявление и регистрация анкилозирующего спондилита (АС) в стране не только запаздывает, но часто даже и не проводится, не в последнюю очередь из-за недостаточного уровня подготовки врачей по данной проблеме. **Цель** — определение роли специальных образовательных программ для врачей в улучшении диагностики и регистрации АС на основании анализа заболеваемости.

**Материал и методы.** Разработаны два уровня школ по спондилоартритам (SpA), ориентированных на врачей-ревматологов и других специалистов. С конца 2009 г. было проведено более 40 школ в разных городах страны. Изучена первичная и общая заболеваемость АС по данным МЗ РФ с 2006 по 2011 г. включительно: 2006–2008 гг. — «базовые» (до начала образовательных программ по SpA), 2009–2011 гг. — изучаемые годы. **Результаты.** В «базовые» годы общая и первичная заболеваемости АС изменялись в пределах  $\pm 10\%$ . Однако уже на первом году проведения школ по SpA (2009) появилась тенденция к их нарастанию, которая сохранялась и в следующем, 2010 г. К 2011 г. общее число больных АС выросло по сравнению с 2008 г. в 2,4 раза, а число впервые диагностированных больных — более чем в 4 раза.

**Выводы.** За последние годы резко выросла первичная и общая заболеваемость АС, что, вероятно, связано с улучшением диагностики заболевания вследствие оптимизации диагностического процесса и внедрения новых диагностических и лечебных методов. Специальные образовательные программы (по SpA), проводимые в разных регионах страны с широким охватом врачей разных специальностей, играют важную роль во внедрении ранней диагностики АС.

**Ключевые слова:** анкилозирующий спондилит, школа по спондилоартритам, заболеваемость, образовательные программы.

## ANKYLOSING SPONDYLITIS MORBIDITY TRENDS IN RUSSIA AND SATURDAY SPONDYLOARTHRITIS SCHOOLS Sh.F. Erdes, R.M. Balabanova

The countrywide detection and notification of ankylosing spondylitis (AS) are not only late, but are frequently not even done not least due to the undertraining of physicians in this area.

**Objective:** to define a role of special educational programs for physicians in improving the diagnosis and registration of AS on the basis of its morbidity analysis.

**Subjects and methods.** Two levels of spondyloarthritis (SpA) schools oriented to rheumatologists and other specialists were developed. Since late 2009, more than 40 schools have been arranged in different cities and towns of the country. The primary and overall morbidities of AS were studied using the data of the Ministry of Health of the Russian Federation from 2006 to 2011 inclusive: 2006–2008 were basic years (prior to SpA educational programs) and 2009–2011 are educational years.

**Results.** In the basic years, the overall and primary AS morbidities varied within  $\pm 10\%$ . However, there was their growing tendency just in the first year of SpA schools (2009), which persisted in the following year (2010). By 2011, the total number of AS patients increased by 2.4 times as compared to 2008; the number of first diagnosed patients did by more than 4 times.

**Conclusion.** In the past years, the primary and overall morbidity of AS rose drastically, which is likely to be associated with the improved diagnosis of the disease due to the optimization of a diagnostic process and to the introduction of new diagnostic and therapeutic techniques. Special SpA education programs implemented in different regions of the country, by attracting more physicians of various specialties, play a significant part in the introduction of early diagnosis of AS.

**Key words:** ankylosing spondylitis, spondyloarthritis school, morbidity, education programs.

Общая и первичная заболеваемость анкилозирующим спондилитом (АС) сильно варьируют в разных странах и во многом зависят от методов их определения. У нас в стране уже с 30-х годов прошлого века хорошо налажена государственная система учета заболевших, однако качество получаемых на ее основе данных нередко вызывает определенные нарекания. Наиболее реалистичные цифры по заболеваемости, естественно, можно получить из специально спланированных эпидемиологических исследований. Однако их стоимость довольно высока, а ответить они могут на относительно узкий круг вопросов.

Последнее эпидемиологическое исследование, которое было проведено в нашей стране [1, 2], основывалось на обследовании

ревматологами лиц, отметивших в процессе предварительного, скринирующего этапа исследования наличие артрита или артралгий. Практически одновременно с получением отечественных данных были опубликованы результаты анализа эпидемиологических исследований, проведенных в США, в которых также использовался метод анкетирования населения [3]. При сравнении заболеваемости АС этих двух исследований и соответствующих данные Минздрава России РФ за тот же период [4] оказалось, что распространенность болезни по данным официальной статистики Минздрава была на порядок ниже, чем полученные в США показатели, и в 3 раза меньше, чем определенные в процессе отечественного эпидемиологического исследования. Одновременно

менно в данной статье были представлены и данные по 7-летней динамике числа зарегистрированных по стране взрослых больных ревматическими болезнями. Представленные цифры свидетельствовали о стабильности как общей ( $29,7 \pm 10\%$  на 100 тыс. взрослого населения), так и первичной заболеваемости АС за 7 проанализированных лет — с 2000 по 2006 г. С другой стороны, экстраполяция данных, которые были получены в процессе эпидемиологического исследования, показала, что в стране должно быть не менее 100 тыс. больных АС, т. е. общая заболеваемость должна составлять не менее 100 больных на 100 тыс. взрослого населения. При этом следует учесть, что это эпидемиологическое исследование было направлено на выявление патологии периферических суставов, а не заболеваний аксиального скелета. Соответственно частота болезни должна быть еще выше, так как не все больные АС имеют периферические артриты и возможность получить консультацию специалиста ревматолога. Помимо констатации факта значительного «недорегирирования» больных официальной службой медицинской статистики, в данной работе была предпринята попытка проанализировать причину столь выраженного расхождения. Обсуждались [4] такие объективные причины, как отдаленность проживания больных от специализированной помощи, недостаток специалистов при имеющейся плохой организации системы медицинской помощи пациентам с болями в спине и, конечно, недостаточный уровень подготовки врачей общетерапевтического профиля и первичного звена по проблемам ревматологии.

В свою очередь хорошо известна запоздалая диагностика АС не только у нас в стране, но и за рубежом [5, 6]. В России одной из причин этого является, помимо недостаточного уровня образования врачей по данной тематике, неправильная интерпретация болей в спине — наиболее частого и основного клинического симптома дебюта АС. Самым частым диагнозом при наличии у пациента боли в нижней части спины является «остеохондроз». Этот диагноз принял с конца 60-х годов прошлого столетия масштабы эпидемии не только среди больных, но и в умах врачей разных специальностей. Результаты ранее проведенной нами работы свидетельствовали о том, что остеохондроз является «универсальной» причиной большинства болевых ощущений в области спины у поликлинических больных трудоспособного возраста [7]. К сожалению, упрощенное понимание проблемы боли в спине как проблемы остеохондроза приводило и до сих пор приводит порой к недопустимому умалению роли клинического обследования и неполноценному его проведению у пациентов с болями в спине [6]. Другой важной причиной поздней диагностики АС является недостаточное знание клинической картины этого заболевания врачами амбулаторно-поликлинической практики. На это в первую очередь указывал факт постановки диагноза в среднем через 8 лет от дебюта болезни пациентам, которые к этому моменту в среднем обращались к 7–8 врачам по поводу болей в спине для установления причины этого явления. Большинство из них наблюдалось с диагнозом «остеохондроз», причем врачей не смущал факт, что возраст пациентов был всего 25–35 лет! Диагноз АС им установили в ФГБУ «НИИР» РАМН. А если бы они не пришли? Сколько бы им пришлось ждать установления правильного диагноза и назначения лечения в имеющейся системе здравоохранения? И тогда было предложено, хотя и не услышано, что для ранней диагностики АС необходимо уделять пристальное внимание пациентам молодого

возраста (до 40 лет), предъявляющим жалобы на боли воспалительного характера в спине, а также имеющим в анамнезе сведения о поражении суставов, энтезисов, глаз и отягощенный семейный анамнез по АС, с целью своевременного направления таких пациентов к ревматологу.

Представленные выше данные свидетельствуют о том, что выявление и регистрация АС в стране не только запаздывают, но часто даже и не проводится, не в последнюю очередь из-за недостаточного уровня подготовки врачей по данной проблеме.

Соответственно, данная работа была направлена на выяснение возможной роли специальных образовательных программ для врачей (разработанных школ по спондилоартритам) в улучшении диагностики и регистрации АС на основании анализа заболеваемости им.

### Материал и методы

В начале 2009 г. в ФГБУ «НИИР» РАМН был разработан первый этап школ по спондилоартритам (СпА), а в конце 2010 г. — второй этап.

Основной задачей первого этапа было дать максимально полно клиническую характеристику АС и псориатического артрита (ПсА) — наиболее часто встречающихся форм СпА. За рассчитанную на 8 ч школу предстояло обучить врачей методам современного клинического обследования пациентов с предполагаемым диагнозом из группы СпА. Полтора часа посвящалось азам рентгено- и МРТ-диагностики СпА, разбирались современные методы лечения. Особое место во время школы занимали ранняя диагностика обсуждаемых заболеваний, причины поздней постановки диагноза, возможности преодоления запоздалой диагностики. Закрепление полученных знаний осуществлялось на разборе 2–3 пациентов, представленных на школе. Школа была направлена на совершенствование знаний клинической картины, диагностики и лечения, особенно ранних форм СпА, среди врачей ревматологов, а также врачей первичного контакта — терапевтов и неврологов.

Второй этап (школы №2) предназначался для ревматологов и рентгенологов. Он был направлен на повышение качества инструментальной диагностики патологии опорно-двигательного аппарата. Учитывая имеющуюся на момент организации школы доказательную базу и используемые на тот момент критерии [8], эти занятия были посвящены двум в основном используемым при СпА методам визуализации: рентгенографии и магнитно-резонансной томографии (МРТ). Особое внимание уделялось роли этих методов на разных этапах течения заболевания, диагностики начальных проявлений заболеваний и динамике патологических изменений опорно-двигательного аппарата. Также проводилось практическое занятие по обоим методам. Продолжительность школ №2 составляла 6 академических часов.

Школы проводились в выходные дни (по субботам), чтобы не отвлекать специалистов от основной работы. После окончания школы весь лекционный материал предоставлялся слушателям в оригинальном формате без сокращений на электронном носителе. В 2009–2011 гг. школы №1 проводили к.м.н. А.Г. Бочкова, д.м.н. Т.В. Коротаева и проф. Ш.Ф. Эрдес, а школы №2 — д.м.н. А.В. Смирнов и проф. Ш.Ф. Эрдес. За 2009–2011 гг. в общей сложности школы №1 были проведены в 34, а школы №2 — в 9 городах. Также материалы школы представлялись на российских и региональных ревматологических и общетерапевтических конференциях.

Для анализа эффективности школ по СпА мы использовали данные официальной статистики Минздрава России по заболеваемости населения. В качестве контрольного периода были взяты данные по заболеваемости за три предшествующих школам года (2006–2008), а 2009–2011 гг. использовались для оценки результативности школ. Распространенность АС по годам представлена в абсолютных величинах (общее число зарегистрированных больных 18 лет и старше) и относительных показателях (число больных на 100 тыс. взрослого населения России).

Статистическая обработка материала проводилась с использованием методов описательной статистики. Определение достоверности различий между группами не проводили вследствие использования больших массивов данных, при которых даже минимальные, клинически и логически не значимые различия значительно превысят общепринятый для медицинских исследований порог достоверности в 5%.

### Результаты

Динамика общей заболеваемости за период с 2006 по 2011 г. включительно представлена в табл. 1.

Из табл. 1 очевидно, что в «предшкольные» годы как общая, так и первичная заболеваемость АС от года к году изменялась незначительно, колебания были в пределах  $\pm 10\%$ . Однако уже на первом году проведения школ по СпА (2009) появилась тенденция к их нарастанию, которая сохранялась и в следующем, 2010 г. К 2011 г. общее число больных АС выросло по сравнению с 2008 г. в 2,4 раза, а число больных впервые диагностированным АС – более чем в 4 раза.

В табл. 2 представлены данные по заболеваемости в анализируемые годы в федеральных округах Российской Федерации.

Из табл. 2 хорошо видно, что заболеваемость, как общая, так и первичная, значительно увеличилась за эти годы во всех федеральных округах страны, хотя определенные различия все же наблюдаются. Так, первичная заболеваемость в Южном и Северо-Кавказском округах более чем в 1,5 раза превосходит этот же показатель Центрального округа.

### Обсуждение

Впервые об увеличении заболеваемости АС в России, в первую очередь первичной, мы сообщили ранее [9], по данным за 2009 и 2010 гг. Так как прирост показателей не был существенным, мы не связывали их с улучшением выявляемости болезни, а рассматривали как некоторое случайное отклонение. В настоящем сообщении показано, что имевшийся в 2009–2010 гг. прирост заболеваемости не только не уменьшился, а, напротив, в 2011 г. наблюдалось еще более выраженное нарастание заболеваемости АС.

Столь значительное увеличение числа зарегистрированных лиц с хроническим заболеванием может объясняться несколькими причинами. В первую очередь, появлением новых методов диагностики (МРТ), которые позволяют бы-

стрее и в более ранние сроки выставить искомый диагноз. Такую ситуацию мы наблюдали в конце 90-х годов прошлого века при остеопорозе (ОП), который стал «известным» заболеванием у нас в стране в первую очередь благодаря организации соответствующей ассоциации (Российская ассоциация по остеопорозу) и появления денситометров. Заболеваемость ОП нарастала от года к году, по мере введения в строй все новых и новых аппаратов и появления недорогих лекарственных средств для лечения данного патологического состояния. Возможно, сходную параллель можно провести и при АС. За последние годы резко возросла оснащенность наших лечебных учреждений аппаратами для МРТ-диагностики, а результаты МРТ-исследования, как мы знаем, согласно классификационным критериям СпА, опубликованным в 2009 г., могут быть использованы для ранней диагностики данного состояния [10]. Однако даже аксиальный СпА (не говоря о преимущественно периферическом СпА) не является синонимом АС. Соответственно, выявляемый при этом методе визуализации сакроилиит не является критерием для постановки диагноза АС, диагностика которого по настоящее время осуществлялась в первую очередь на основе модифицированных Нью-Йоркских критериев, которые обязательно требуют для подтверждения диагноза наличие рентгенологически выявляемого определенного сакроилиита. С другой стороны, возможно, что появление эффективных лекарственных средств повысило интерес к данному заболеванию, что, соответственно, отразилось и на статистических данных. Однако первый в нашей стране ингибитор фактора некроза опухоли  $\alpha$  (ФНО $\alpha$  – инфликсимаб – появился в 2003 г., а с 2006 г. он входит в список «дополнительного лекарственного обеспечения». Таким образом, можно было бы ожидать постепенного нарастания заболеваемости не с 2009, а с 2004–2006 гг.

Учитывая вышесказанное, наиболее вероятным объяснением нарастания регистрируемости АС в стране является активное внедрение в клиническую практику знаний, полученных во время школ по СпА. Это предположение косвенно подтверждают и данные более выраженного роста первичной заболеваемости, чем общей, так как известно, что первичная заболеваемость – совокупность новых, нигде ранее не учтенных и впервые в данном году выявленных заболеваний среди населения. Соответственно, этот показатель четко реагирует на изменения условий среды в изучаемый год. При анализе именно первичной заболеваемости за ряд лет можно получить наиболее правильное представление о частоте возникновения и динамике заболеваемости, а также об эффективности социально-гигиенических и лечебных мероприятий, направленных на ее снижение. В то же время общая заболеваемость (распространенность) – это совокупность всех имеющихся среди населения заболеваний, т. е. впервые выявленных в данном году и зарегистрированных в предыдущие годы заболеваний, по поводу которых больные вновь обратились в данном году с обострениями или по другой причине. Этот показатель более устойчив

Таблица 1 Динамика распространенности и заболеваемости АС за 2006–2011 гг.

Показатель	2006 г.	2007 г.	2008 г.	2009 г.	2010 г.	2011 г.
Абсолютное число больных, тыс.	33,3	33,4	33,4	39,4	39,8	79,6
Число больных на 100 тыс. взрослого населения	29	29	29	31	34	55,7
Число впервые выявленных больных, тыс.	3,58	3,28	3,31	4,35	5,44	14,32
Впервые выявлено в текущем году на 100 тыс. взрослого населения	3,1	2,8	2,8	3,3	3,6	10,0

**Таблица 2** Заболеваемость АС в федеральных округах Российской Федерации (на 100 тыс. взрослого населения)

Федеральный округ	2007 г.*		2011 г.	
	общая	первичная	общая	первичная
Центральный	23,2	1,7	47,9	7,5
Северо-Западный	22,0	2,9	63,7	10,9
Южный	28,8	3,8	47,8	12,5
Северо-Кавказский			59,0	13,3
Приволжский	39,8	3,5	60,3	9,3
Уральский	26,8	3,5	50,1	10,3
Сибирский	27,9	2,5	60,3	9,3
Дальневосточный	35,7	3,1	60,3	9,3

*Примечание.* \* – приведены данные за 2007 г., так как информацию по округам и субъектам федерации за 2008 г. не удалось проанализировать.

к различным влияниям, и его возрастание не означает только отрицательные сдвиги в состоянии здоровья населения, но может иметь место в результате достижений медицинской науки и практики в лечении больных и продлении их жизни, что приводит к «накоплению» контингента больных. Анализ динамики общей заболеваемости АС за 2007–2011 гг. показывает интересные результаты. Во-первых, заметен явный рост показателя. Во-вторых, как мы понимаем, он не может быть выше результата сложения первичной заболеваемости за предшествующие годы, причем чем выше продолжительность жизни пациентов, тем большее их число накапливается в популяции и тем выше общая заболеваемость. Ранее, до проведения школ, число обратившихся в течение года пациентов с АС (около 33 тыс.) примерно соответствовало сумме первичных больных за предшествующие 10 лет. В 2011 г. это соотношение резко изменилось, оно стало равным примерно 19–20 годам, т. е. создается впечатление, что больные по какой-то причине стали активнее приходить на прием к врачам. В настоящее время мы видим этому только два возможных объяснения, хотя и понимаем их слабую обоснованность. Во-первых, раньше большинство больных АС были в ремиссии и у них не было особого повода обращаться за медицинской помощью, а в 2011 г. у многих произошло обострение и им пришлось пойти на прием к врачу. Во-вторых, как мы обсуждали раньше, больные узнали о новых методах лечения своего недуга (ингибиторы ФНО $\alpha$ ),

которые из-за их дороговизны можно получить практически только после обращения в ЛПУ. Хотя, конечно, нельзя исключить и более прозаическую причину – ошибку в статистическом учете больных.

Анализ совокупности первичной и общей заболеваемости (см. табл. 2) свидетельствует о существенных различиях в разных регионах страны. Такое различие указывает на разное отношение в этих регионах к больным АС. Можно предположить, что в регионах, где общая заболеваемость незначительно (в 3 раза) отличается от первичной, больные с диагностированным в предыдущие годы АС на следующий год в меньшей степени обращаются к врачам и реже наблюдаются амбулаторно, чем в регионах, где эти показатели различаются более существенно.

Чрезвычайно актуальной и социально значимой задачей является профессиональная подготовка не только врачей-ревматологов, но и врачей первичного звена, поскольку прогноз при ревматических заболеваниях во многом зависит от ранней постановки диагноза, незамедлительного назначения адекватной, часто агрессивной терапии и тщательного мониторинга состояния пациента [11]. Врачам необходимы специальные знания и навыки для правильной интерпретации клинических, лабораторных и инструментальных данных.

Статистические показатели безусловно отражают социальный масштаб проблемы, а при систематическом анализе позволяют судить о существующих тенденциях в динамике заболеваемости [9].

Таким образом, можно сделать следующие выводы:

1. За последние годы резко выросла первичная и общая заболеваемость АС.
2. Увеличение выявляемости АС, вероятно, связано с улучшением диагностики заболевания вследствие оптимизации диагностического процесса и внедрения новых диагностических и лечебных методов.
3. Специальные образовательные программы по СПА, проводимые в разных регионах страны с широким охватом врачей разных специальностей, играют важную роль во внедрении ранней диагностики АС.

*Авторы выражают благодарность фармацевтическим компаниям «МСД Фармасьютикалс», «Пфайзер Эйч. Си. Пи. Корпорейшн» (США), «ЭббВи» за помощь в логистике школ по спондилоартритам.*

**ЛИТЕРАТУРА**

1. Эрдес Ш.Ф., Галушко Е.А., Бахтина Л.А. и др. Распространенность артралгий и припухания суставов у жителей разных регионов РФ. Науч-практич ревматол 2004;4:42–7.
2. Галушко Е.А., Эрдес Ш.Ф., Большакова Т.Ю. и др. Распространенность ревматических заболеваний по данным эпидемиологического исследования. Науч-практич ревматол 2008;2 (Прил).
3. Helmick C.G., Felson D.T., Lawrence R.C. et al. Estimates of the prevalence of arthritis and other rheumatic conditions in the United States. Part I. Arthr Rheum 2008;58:15–25.
4. Фоломеева О.М., Галушко Е.А., Эрдес Ш.Ф. Распространенность ревматических заболеваний в популяциях взрослого населения России и США. Науч-практич ревматол 2008;4:4–14.
5. Rudwaleit M., van der Heijde D., Khan M.A. et al. How to diagnose axial spondyloarthritis early. Ann Rheum Dis 2004;63:535–43.
6. Дубинина Т.В., Эрдес Ш.Ф. Причины поздней диагностики анкилозирующего спондилита в общеклинической практике.

Науч-практич ревматол 2010;2:43–8.

7. Эрдес Ш.Ф., Дубинина Т.В., Галушко Е.А. Частота и характер более в нижней части спины среди амбулаторных больных в г. Москве. Сообщение II. Науч-практич ревматол 2006;2:6–12.
8. Sieper J., Rudwaleit M., Baraliakos X. et al. The Assessment of SpondyloArthritis international Society (ASAS) handbook: a guide to assess spondyloarthritis. Ann Rheum Dis 2009;68(Suppl 2):ii1–ii44.
9. Балабанова Р.М., Эрдес Ш.Ф. Динамика распространенности ревматических заболеваний, входящих в XIII класс МКБ-10, в популяции взрослого населения Российской Федерации за 2000–2010 гг. Науч-практич ревматол 2012;3:10–2.
10. Rudwaleit M., van der Heide D., Landewe R. et al. The development of Assessment of Spondyloarthritis International Society (ASAS) classification criteria for axial spondyloarthritis (part II): validation and final selection. Ann Rheum Dis 2009;68:777–83.
11. Насонов Е.Л. Перспективы лечения ревматических болезней в начале XXI века. Тер арх 2011;5:5–9.