

И.А. Черенцова<sup>1</sup>, Э.Н. Оттева<sup>2</sup>, А.Б. Островский<sup>2</sup>

## КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА БОЛЬНЫХ АНКИЛОЗИРУЮЩИМ СПОНДИЛИТОМ В ГОРОДЕ ХАБАРОВСКЕ

<sup>1</sup>Краевая клиническая больница № 1 им. проф. С.И. Сергеева,  
680009, ул. Краснодарская, 9, тел. 8-(4212)-39-04-05;

<sup>2</sup>Институт повышения квалификации специалистов здравоохранения министерства здравоохранения Хабаровского края, 680009, ул. Краснодарская, 9, тел. 8-(4212)-72-87-15, e-mail: rec@ipkszh.khv.ru, г. Хабаровск

### Резюме

В период с 2010 по 2013 было обследовано 153 пациента с достоверным диагнозом АС. Среди обследуемых было 69,3 % мужчин, 30,7 % женщин.

Дебют АС чаще проявлялся воспалительной болью в спине 62,0 %. Диагноз в среднем выставлялся через 9,7 лет от начала первых проявлений болезни. Активность по индексу BASDAI, BASFI в целом по группе была средней 3,8±0,14 и 3,2±0,2. У мужчин чаще выявлялось аксиальное поражение 60,3 %. У женщин доминировал периферический вариант 51,0 % и выявлена более высокая активность заболевания.

Диагноз АС выставлялся поздно. Периферический вариант утяжеляет течение АС, что приводит к более ранней диагностике заболевания.

*Ключевые слова:* анкилозирующий спондилит, клиника, активность.

I.A. Cherentsova<sup>1</sup>, E.N. Otteva<sup>2</sup>, A.B. Ostrovskiy<sup>2</sup>

## CLINICAL CHARACTERISTICS OF PATIENTS WITH ANKYLOSING SPONDYLITIS IN Khabarovsk CITY

<sup>1</sup>Regional Clinical Hospital № 1;

<sup>2</sup>Postgraduate institute for public health workers, Khabarovsk

### Summary

Goale – to evaluate clinical data, activities and functional state, verification of diagnosis, gender differences in patient with ankylosing spondylitis.

In the period from 2010 to 2013, 153 patients had been examined. There were 69,3 % – men, 30,7 % – women.

The onset of AS often began with inflammatory back pain – 62,0 %. AS was confirmed in 9,7 years after the appearance of first dominated peripheral form 51,0 % and more high activities of disease prevail.

The diagnosis of AS was confirmed late. Peripheral variant aggravates AS resulting in earlier diagnostics of the disease.

*Key words:* ankylosing spondylitis, clinical picture, activities.

Анкилозирующий спондилит (АС) – это системное хроническое воспалительное заболевание аксиального скелета с частым вовлечением в патологический процесс энтезисов и периферических суставов, а также других органов и систем [3]. Выявляемость АС в европейской популяции варьирует от 0,1 до 1,4 %, в России 0,1 % [7, 4]. Дебют заболевания чаще наблюдается в молодом, трудоспособном возрасте. Показатели смертности пациентов АС превышает в 1,5 раза общей популяции [6]. Для постановки диагноза используют модифицированные Нью-Йоркские критерии 1984 г. [12]. Диагноз АС выставляется в среднем через 8-11 лет от появления первых симптомов болезни [9, 10]. В 2009 г. Международной рабочей группой по изучению АС (ASAS) были разработаны классификационные критерии для аксиального спондилоартрита (СпА) [11], что позволило выставлять диагноз на ранней дорентгенологической стадии. Выделяют две формы СпА: аксиальная и периферическая (при поражении суставов). В 2013 г. российской рабочей группой ЭкС-пА (экспертный совет по изучению спондилоартитов) предложена новая классификация АС, в которой выделена дорентгенологическая стадия болезни [5].

Целью исследования является изучение особенностей клинической картины, активности заболевания,

сроков постановки диагноза, гендерных различий у больных АС в городе Хабаровске.

### Материалы и методы

С декабря 2010 г. по декабрь 2013 г. обследовано 153 пациента с достоверным диагнозом АС. Диагноз устанавливался по модифицированным нью-йоркским критериям 1984 г. и критериям для аксиального спондилоартрита экспертов ASAS 2009 г. Активность заболевания определялась по индексу BASDAI (Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index), функциональная активность по индексу BASFI (Bath Ankylosing Spondylitis Functional Index). Боль оценивалась по 100-миллиметровой визуальной аналоговой шкале (ВАШ). Иммунологическое обследование включало определение HLA B27 антигена. Из инструментальных методов проводились рентгенография костей таза и МРТ крестцово-подвздошных сочленений и других отделов позвоночника (в режиме T1 и T2 с подавлением жира (T2 Fat saturation) или T2 STIR). Обработка материала проводилась с использованием пакета статистической программы Statistica 6.0. Анализ включал стандартные методы описательной статистики, непараметрические методы сравнения.

Таблица

## Клиническая характеристика больных анкилозирующим спондилитом

| Признак                                     | Абсолютные<br>цифры         | %        |
|---------------------------------------------|-----------------------------|----------|
| Женщины                                     | 47                          | 30,7     |
| Мужчины                                     | 106                         | 69,3     |
| Средний возраст (М±σ)                       | 34,3±0,8 лет [17; 70]       |          |
| Средний возраст начала болезни (М±σ)        | 21,9±0,6 [6; 45]            |          |
| Длительность заболевания (М±σ)              | 12,3±0,7 [0,2; 44]          |          |
| Время до постановки диагноза (М±σ)          | 9,6±0,7 [0,2; 33]           |          |
| Боль (по ВАШ, мм) (М±σ)                     | 38,7±2,2 [0; 100]           |          |
| СОЭ (по Вэстегрену) (М±σ)                   | 25,4±1,5 [2; 69]            |          |
| HLA В 27 антиген                            | 130 (84,9%)                 |          |
| <b>Варианты</b>                             | <b>Абсолютные<br/>цифры</b> | <b>%</b> |
| Аксиальный                                  | 87                          | 56,8     |
| Периферический                              | 66                          | 43,2     |
| <b>Рентгенологическая стадия сакроилита</b> | <b>Абсолютные<br/>цифры</b> | <b>%</b> |
| 0-I                                         | 39                          | 25,3     |
| II                                          | 44                          | 28,5     |
| III                                         | 37                          | 24,0     |
| IV                                          | 33                          | 21,4     |
| BASDAI (М±σ)                                | 3,9±0,1 [0; 10]             |          |
| BASFI (М±σ)                                 | 3,2±0,2 [0; 9,4]            |          |

## Результаты и обсуждение

Среди обследуемых было 106 мужчин (69,3 %), 47 женщин. Средний возраст больных составил 34,3±0,8 лет (от 17 до 70 лет). Длительность заболевания в среднем была 12,3±0,6 лет. У 62,0±3,9 % пациентов АС дебютировал с воспалительной боли в спине, из них 84,2±3,7 % – в поясничном отделе, в 34,6±3,8 % случаев – с артрита тазобедренных суставов (33,9 %), с внескелетных проявлений (увеит, энтезит) у 3,2±1,4 %, 1,9±1,1 % больных (таблица). Диагноз выставлен через 9,7±0,5 лет. Показатель СОЭ составил 24,7±1,1 мм/час. Боль по ВАШ была 38,6 ±1,4 баллов. HLA B27 антиген выявлен у 84,9 ±3,0 % пациентов. Увеит перенесли 18,3±3,1 % пациентов, из них рецидив отмечен у 24,2±8,1 %. Аортит диагностирован в 1,9±1,1 % случаев. Индекс BASDAI в целом по группе составил 3,8±0,1, BASFI – 2,9±0,1.

Аксиальный вариант АС диагностирован у 87 человек (56,8 %), периферический у – 66 (43,2 %). В обеих группах преобладали мужчины (73,5 % с аксиальным вариантом и 72,4 % – с периферическим). Время до постановки диагноза у больных с периферической фор-

мой составило 10,4±0,7 лет, преобладая у пациентов с аксиальной формой – 8,9±0,8 (p<0,05). При оценке активности индекс BADAИ оказался достоверно выше у пациентов с периферическим типом поражения (4,4±0,2 против 3,4±0,2; p<0,05). Величина BASFI у пациентов с периферическим вариантом была значительно выше, чем у больных с аксиальным (3,3±0,2 против 2,5±0,1; p<0,05).

У мужчин чаще выявлялся аксиальный тип – 60,3±4,7 %, среди женщин – периферический (51,0±7,2 %). У женщин зарегистрирована более высокая активность (63,8±7,0 %).

В последние годы возрос интерес к такому заболеванию как АС. Изучение клинической картины, критериев постановки диагноза является актуальным, потому что запаздывание диагностики и несвоевременное лечение приводит к инвалидизации пациентов. Полученные нами данные показали, что диагноз АС в городе Хабаровске выставляется в среднем, через 9,7 лет. Это может свидетельствовать о недостаточной осведомленности врачей первичного звена. Так по данным московского исследования диагноз в среднем был установлен через 8,1±6,0 лет [1], в Казани, где внедрена система непрерывных образовательных программ среди врачей первичного звена, значительно раньше – через 4,2±1,2 лет [2]. В ходе исследования нами установлено, что дебют АС чаще протекал классически с воспалительной боли в спине, В27 антиген выявлен в 84,9 % случаев.

Наши данные согласуются с результатами российского и бразильского исследований, которые показали, что уровень активности по индексу BASDAI достоверно выше был у женщин и у пациентов, которые имели периферический артрит и энтезиты, а также не занимались физическими упражнениями [2, 8]. У мужчин чаще выявлялся аксиальный вариант. При поражении суставов функциональные нарушения были достоверно более выражены.

Таким образом, у больных АС в г. Хабаровске диагноз выставлялся поздно, среди пациентов преобладали мужчины (68,8 %). Женщины чаще имели периферический артрит. Вовлечение в процесс периферических суставов характеризовалось более высокой активностью и функциональной недостаточностью, что утяжеляло течение АС.

## Литература

1. Дубинина Т.В., Эрдес Ш.Ф. Причины поздней диагностики анкилозирующего спондилита в клинической практике // Научно-практическая ревматология. – 2010. – № 2. – С. 43-48.
2. Мясоутова Л.И., Лапшина С.А., Васильев А.Г., Салихов И.Г. Диагностика и клиническая характеристика анкилозирующего спондилита по данным Городского ревматологического центра г. Казани // Научно-практическая ревматология. – 2012. – № 1. – С. 38-41.
3. Насонов Е.Л. Ревматология: клинические рекомендации. – 2-е изд., испр. и доп. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. – 752 с.
4. Фоломеева О.М., Галушко Е.А., Эрдес Ш.Ф. Распространенность ревматических заболеваний в популяциях взрослого населения России и США // Научно-практическая ревматология. – 2008. – С. 4-13.
5. Эрдес Ш.Ф., Бочкова А.Г. Проект рабочей классификации анкилозирующего спондилита // Научно-практическая ревматология. – 2013. – № 6. – С. 604-607.
6. Braun J., Pincus T. Mortality. Course of disease and prognosis of patients with ankylosing spondylitis // Clin Exp Rheumatol. – 2002. – Vol. 20 (6 Suppl. 28). – P. 16-22.
7. Braun J., Sieper J. Ankylosing spondylitis // Lancet. – 2007. – Vol. 369. – P. 1379-1390.
8. Costa I.P., Bortoluzzo A.B., Gonçalves C.R., et al. Evaluation of performance of BASDAI (Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index) in a Brazilian cohort of 1,492 patients with spondyloarthritis: data from the Bra-

zilian Registry of Spondyloarthritis (RBE) // Rev. Bras. Reumatol. – 2014. – Vol. 14. – P. 186-187.

9. Feldtkeller E., Khan M.A., Van der Heijde D., et al. Age at disease onset and diagnosis delay in HLA-B27 negative vs. positive patients with spondylitis // Rheumatol Int. – 2003. – Vol. 23. – P. 61-66.

10. Khan M.A. Ankylosing spondylitis: introductory comments on its diagnosis and treatment // Ann Rheum Dis. – 2002. – Vol. 61. – P. 3-7.

11. Rudwaleit M., Landewe R., Van der Heijde D., et al. The development of Assessment of SpondyloArthritis international Society classification criteria for axial spondyloarthritis (part I): classification of paper patients by expert opinion including uncertainty appraisal // Ann Rheum Dis. – 2009. – Vol. 68 (6). – P. 770-776.

12. Van der Linden S., Valkenburg H., Cats A. Evaluation of diagnostic criteria for ankylosing spondylitis: a proposal for modification of the New York criteria // Arthritis Rheum. – 1984. – Vol. 27. – P. 361-368.

#### Literature

1. Dubinina T.V., Erdes Sh.F. Causes of late diagnosis of ankylosing spondylitis in clinical practice // Science-practical Rheumatology. – 2010. – № 2. – P. 43-48.

2. Myasoutova L.I., Lapshia S.A., Vasilyev A.G., Salikhov I.G. Diagnosis and clinical characteristic of ankylosing spondylitis according to town rheumatology center of Kazan city // Science-practical Rheumatology. – 2012. – № 1. – P. 38-41.

3. Nasonov E.L. Rheumatology: clinical guidelines, vol. 2 revised and corrected edition. – M.: GEOTAT-Media, 2010. – P. 752.

4. Folomeeva O.M., Galushko E.A., Erdes Sh.F. Prevalence of rheumatological diseases in adult population of Russian Federation and USA // Science-practical Rheumatology-2008. – P. 4-13.

5. Erdes Sh.F., Bochkova A.G. Project of working classification of ankylosing spondylitis // Science-practical Rheumatology. – № 6. – P. 604-607.

6. Braun J., Pincus T. Mortality. Course of disease and prognosis of patients with ankylosing spondylitis // Clin. Exp. Rheumatol. – 2002. – Vol. 20 (6 Suppl. 28). – P. 16-22.

7. Braun J., Sieper J. Ankylosing spondylitis // Lancet. – 2007. – Vol. 369. – P. 1379-1390.

8. Costa I.P., Bortoluzzo A.B., Gonçalves C.R., et al. Evaluation of performance of BASDAI (Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index) in a Brazilian cohort of 1,492 patients with spondyloarthritis: data from the Brazilian Registry of Spondyloarthritis (RBE) // Rev. Bras. Reumatol. – 2014. – Vol. 14. – P. 186-187.

9. Feldtkeller E., Khan M.A., Van der Heijde D., et al. Age at disease onset and diagnosis delay in HLA-B27 negative vs. positive patients with spondylitis // Rheumatol. Int. – 2003. – Vol. 23. – P. 61-66.

10. Khan M.A. Ankylosing spondylitis: introductory comments on its diagnosis and treatment // Ann Rheum Dis. – 2002. – Vol. 61. – P. 3-7.

11. Rudwaleit M., Landewe R., Van der Heijde D., et al. The development of Assessment of SpondyloArthritis international Society classification criteria for axial spondyloarthritis (part I): classification of paper patients by expert opinion including uncertainty appraisal // Ann Rheum Dis. – 2009. – Vol. 68(6). – P. 770-776.

12. Van der Linden S., Valkenburg H., Cats A. Evaluation of diagnostic criteria for ankylosing spondylitis: a proposal for modification of the New York criteria // Arthritis Rheum. – 1984. – Vol. 27. – P. 361-368.

**Координаты для связи с авторами:** Черенцова Ирина Александровна – врач отделения КГБУЗ «Краевая клиническая больница № 1» имени С.И. Сергеева МЗ ХК, тел. +7-909-878-30-77, e-mail: cherencova-irina@mail.ru; Оттева Эльвира Николаевна – д-р мед. наук, профессор, зав. ревматологическим центром КГБУЗ «Краевая клиническая больница № 1» имени С.И. Сергеева МЗ ХК, доцент кафедры внутренних болезней ИПКСЗ, главный ревматолог Хабаровского края; Островский Анатолий Борисович – д-р мед. наук, профессор, заведующий кафедрой внутренних болезней ИПКСЗ МЗ ХК.

