

УДК 616.721–002.77

ББК Р556

И.Б. БАШКОВА, В.А. КИЧИГИН, Э.В. БАИМКИНА, А.И. УСТИНОВА

**ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ
АНКИЛОЗИРУЮЩЕГО СПОНДИЛИТА**

Ключевые слова: анкилозирующий спондилит, критерии ранней диагностики, магнитно-резонансная томография.

Целью исследования явилось выявление особенностей диагностики и клинических проявлений анкилозирующего спондилита (АС). Обследовано 65 пациентов с АС, находившихся под наблюдением врача-ревматолога поликлиники «Республиканской клинической больницы». Для постановки диагноза использованы модифицированные Нью-Йоркские критерии АС – у 46 человек (1-я группа), при отсутствии рентгенологически определенного сакроилиита – российская версия модифицированных Нью-Йоркских критериев АС – у 19 человек (2-я группа). Высокая клиническая активность выявлена у каждого второго пациента (52,3%) с АС, ограничение подвижности различных отделов позвоночника и нарушение функции тазобедренных суставов – более чем у каждого третьего (41,5%), выраженные функциональные нарушения – практически у каждого второго пациента (46,2%) и высокая лабораторная активность – в 75,4% случаев. Диагноз АС устанавливался в среднем через 8,6±9,2 (M±SD) года от появления первых признаков заболевания. Использование российской версии модифицированных Нью-Йоркских критериев АС способствовало более ранней постановке диагноза – через 4,4±4,1 года. По выраженности боли в спине, длительности утренней скованности в позвоночнике, клинической оценке активности заболевания и уровню острофазовых показателей группы были сопоставимы, а различия в функциональном статусе, метрологических индексах и рентгенологической картине сакроилиита были обусловлены только длительностью заболевания.

**I. BASHKOVA, V. KICHIGIN, E. BAIMKINA, A. USTINOVA
SPECIAL ASPECTS OF DIACRISIS AND CLINICAL IMPLICATIONS
OF ANKYLOSING SPONDYLITIS**

Key words: ankylosing spondylitis, the criteria for early detection, magnetic resonance imaging.

The goal of research was to detect special aspects of diacrisis and clinical implications of ankylosing spondylitis (AS). We examined 65 patients with AS under observation of practising rheumatologist in outpatient department of «Republican Clinical Hospital». For establishing diagnosis used modified New York criteria of AS – 46 patients (group 1) and in the absence of radiographically detected sacroiliac disease – russian version of modified New York criteria of AS – 19 patients (group 2). High clinical activity was detected of every second patient with AS (52,3%), limited mobility of different regions of vertebral column and hip dysfunction – more than every third (41,5%), frank functional diseases – almost every second patient (46,2%) and high lab activity – in 75,4% of cases. The diagnosis of AC determined after an average of 8,6±9,2 (M±SD) years from the first appearance of signs of the disease. Using Russian version of modified New York criteria of AS favored earlier establishing diagnosis – after 4,4±4,1 years. By the intensity of back pain, the lasting morning constraint in vertebral column, clinical judgment of disease activity and the level of acute-phase indicators both groups were commensurable, and differences in functional status, metrological indexes and X-ray pattern of sacroiliac disease were caused only by the duration of the disease.

Анкилозирующий спондилит (АС) – хроническое воспалительное заболевание позвоночника и крестцово-подвздошных сочленений, нередко протекающее с вовлечением в процесс периферических суставов, энтезисов, глаз, сердца [8]. Распространенность АС сопоставима с другим системным иммуновоспалительным заболеванием – ревматоидным артритом и, по данным различных авторов, колеблется от 0,15% до 1,4% взрослого населения. Установление диагноза как в странах Европы, так и в России запаздывает в среднем на 9 лет [3, 4]. Причинами столь поздней диагностики заболевания являются малосимптомное течение болезни и вследствие этого позднее обращение пациентов за медицинской помощью, многообразии клинической картины в дебюте АС (не только поражение аксиального скелета, но и вовлечение в

патологический процесс периферических суставов, энтезисов и висцеральных органов), а также недостаточное знание врачами «первого контакта» особенностей воспалительных болей в нижней части спины [4].

Диагноз АС устанавливается в соответствии с модифицированными Нью-Йоркскими критериями, принятыми 30 лет назад, при этом для подтверждения диагноза требуется облигатное наличие рентгенологически определенного сакроилиита [8]. В то же время показано, что достоверные изменения на рентгенограмме костей таза в 36% случаев появляются через 5 лет, а в 59% – лишь через 10 и более лет от начала заболевания [9], что, по мнению D. Van der Heijde и W. Maksymowuch (2010), является одним из основных препятствий для ранней диагностики АС у большинства пациентов [14]. Тем не менее в отсутствие структурных изменений в крестцово-подвздошных сочленениях может наблюдаться активное воспаление (остеит), выявляемое с помощью магнитно-резонансной томографии (МРТ). Использование МРТ как альтернативного визуализационного метода диагностики сакроилиита положено в основу российской версии модифицированных Нью-Йоркских критериев АС [7]. По мнению авторов, применение усовершенствованных критериев диагностики АС может способствовать более раннему выявлению заболевания на так называемой «дорентгенологической» стадии (при наличии субхондрального и/или костномозгового отека в области крестцово-подвздошных сочленений в отсутствие рентгенологически достоверного сакроилиита), что, в свою очередь, даст возможность своевременно назначать пациентам эффективную терапию [7].

Целью исследования явилось выявление особенностей постановки диагноза и клинических проявлений АС.

Материалы и методы исследования. Обследованы 65 пациентов (из них 54 мужчины) в возрасте от 21 до 69 лет (средний возраст – $40,0 \pm 10,7$ года), находившихся под наблюдением врача-ревматолога поликлиники БУ «Республиканская клиническая больница» (г. Чебоксары) с диагнозом АС.

Для постановки диагноза АС использованы модифицированные Нью-Йоркские классификационные критерии (1984) – у 46 человек (1-я группа), в том случае, если рентгенологические изменения в крестцово-подвздошных сочленениях не соответствовали рентгенологически определенному сакроилииту (двусторонний сакроилиит II–IV стадии или односторонний сакроилиит III–IV стадии по классификации Келлгрена) [8], была использована российская версия модифицированных Нью-Йоркских критериев АС [7] – у 19 человек (2-я группа).

Обследование больных АС, проводимое в соответствии с рекомендациями Международного общества по изучению спондилоартритов (ASAS) [12], включало: сбор клинико-anamnestических данных, физикальное исследование с оценкой подвижности различных отделов позвоночника и тазобедренных суставов, состояния периферических суставов и энтезисов, лабораторные методы исследования, обзорную рентгенографию костей таза с захватом тазобедренных суставов в прямой проекции. 31 (47,7%) пациенту с выраженным болевым синдромом в нижней части спины при небольшом стаже заболевания ($7,8 \pm 6,6$ года) была выполнена МРТ крестцово-подвздошных сочленений (26 человек) и поясничного отдела позвоночника (5 человек). У 10 (15,4%) пациентов в связи с подозрением на одно-/двусторонний коксит выполнена МРТ тазобедренных суставов.

Для количественной оценки активности АС использованы индексы BASDAI, ASDAS по скорости оседания эритроцитов (СОЭ) и С-реактивному белку (СРБ) [12. Р. 30]. ASDAS-СРБ является более предпочтительным индексом [1. С. 13], в том же случае, если исследование СРБ не проводилось, нами был использован индекс ASDAS-СОЭ. Активность заболевания расценивалась как высокая

при значении индекса BASDAI $\geq 4,0$ баллов и/или при значении индексов ASDAS $\geq 2,1$ балла.

Для количественной оценки степени функциональных нарушений был использован индекс BASFI [12. Р. 33], при значениях индекса $> 4,0$ баллов функциональные нарушения считались выраженными.

Для оценки подвижности позвоночника и функции тазобедренных суставов рассчитывался интегрированный (метрологический) индекс BASMI по трехбалльной шкале [12. Р. 34], за выраженное снижение функционального статуса принимали значение индекса $> 4,0$ баллов.

Всем пациентам с АС проводили исследование общего анализа крови с определением СОЭ по методу Панченкова, биохимического анализа крови с оценкой функционального состояния печени и почек, протеинограммы, определение уровня СРБ. Определение аллели 27 локуса В главного комплекса гистосовместимости (HLA В27) проведено у 43 (66,2%) пациентов на этапе постановки клинического диагноза.

Всем больным АС проводилась обзорная рентгенография костей таза с захватом тазобедренных суставов в прямой проекции для установления стадии сакроилиита, рентгенологические изменения в крестцово-подвздошных сочленениях оценивали с помощью индекса BASRI [12. Р. 24]. При наличии указаний на боли в позвоночнике выполнялась рентгенография соответствующего отдела позвоночника в двух проекциях с оценкой наличия квадратации позвонков, эрозий, склероза и синдесмофитов.

МРТ крестцово-подвздошных сочленений, поясничного отдела позвоночника, тазобедренных суставов проводилась на аппарате Siemens Magnetom Harmony (Германия) с напряженностью магнитного поля 1,0 Т в режимах T1, T2, STIR. Выявление субхондрального отека костного мозга (остеита) в типичных анатомических областях крестцово-подвздошных суставов, визуализируемого как гиперинтенсивный сигнал в режиме STIR, расценивалось как МРТ-признаки активного сакроилиита. Сакроилиит считался достоверным при наличии одного сигнала повышенной интенсивности (костномозгового отека) на двух последовательных срезах или не менее двух таких сигналов на одном срезе [11, 12].

Также проведен ретроспективный анализ медицинских карт пациентов.

Статистический анализ выполнен с применением стандартного пакета статистических программ Statistica 6.0 и MS Excel 2007 в среде Windows XP. Количественные данные представлены в виде $M \pm SD$, где M – среднее значение признака, SD – среднеквадратическое (стандартное) отклонение. Для суждения о значимости различий между двумя выборками использовали критерий Манна – Уитни (p_{M-U}), одномоментное сравнение трех групп проводили с помощью непараметрического аналога дисперсионного анализа – критерия Крускала – Уоллеса (p_{K-W}). При анализе распределения частот использовали критерий «кси-квадрат» (χ^2). Для оценки силы связи между количественными показателями вычисляли коэффициент ранговой корреляции по Спирмену (r). Различия считались достоверными при $p < 0,05$.

Результаты исследования и их обсуждение. Диагноз АС устанавливался в среднем через $8,6 \pm 9,2$ года от появления первых признаков заболевания (минимальная длительность болезни составила 6 месяцев, максимальная – 31 год). У 46 пациентов диагноз АС соответствовал модифицированным Нью-Йоркским классификационным критериям (1984) (1-я группа), у 19 больных в отсутствие достоверного рентгенологического сакроилиита диагноз был установлен в соответствии с российской версией модифицированных Нью-Йоркских критериев АС (2-я группа), согласно которой в качестве альтернативного

метода визуализации сакроилиита используется МРТ крестцово-подвздошных суставов.

По данным МРТ крестцово-подвздошных сочленений, у всех 19 пациентов был выявлен активный двусторонний (преимущественно симметричный) сакроилиит. В то время как у 3 из 7 больных с достоверным диагнозом АС по модифицированным Нью-Йоркским критериям, при проведении МРТ были обнаружены лишь жировая инфильтрация костного мозга, склероз и эрозии в отсутствие достоверных данных, указывающих на наличие костномозгового отека/остеита. Выявленные структурные изменения были расценены нами как исход предыдущего активного воспаления в крестцово-подвздошных сочленениях и не противоречили диагнозу АС, поскольку у этих пациентов имелись достоверные рентгенологические признаки сакроилиита.

В табл. 1 приведена клинико-лабораторная характеристика больных АС и их метрологические и рентгенологические индексы в двух группах наблюдения.

Таблица 1

Клинические, метрологические, лабораторные и рентгенологические показатели у пациентов с АС обеих групп наблюдения

Показатель	Группа		Достоверность различий, p_{M-U}
	1-я (n = 46)	2-я (n = 19)	
Возраст, годы	42,2±10,6	34,8±9,0	0,011
Возраст дебюта боли, годы	26,6±9,2	29,2±10,4	0,326
Длительность заболевания, годы	15,5±11,1	5,9±5,7	0,001
Длительность болезни до постановки диагноза, годы	10,2±10,1	4,4±4,1	0,021
Утренняя скованность в позвоночнике, мин	54,6±41,2	40,8±25,3	0,181
Боль в спине, баллы по ЧРШ*	5,3±2,0	5,2±2,2	0,808
Ротация в шейном отделе позвоночника, град.	40,7±21,5	62,5±17,4	<0,001
Расстояние «козелок-стена», см	20,8±6,9	15,5±5,7	0,004
Экскурсия грудной клетки, см	4,0±1,5	5,5±1,8	0,001
Модифицированный тест Шобера, см	3,2±1,3	4,3±1,3	0,002
Боковые наклоны в поясничном отделе позвоночника, см	8,2±4,3	12,1±3,8	<0,001
Расстояние между лодыжками, см	88,8±14,9	97,4±11,6	0,027
BASMI, баллы	4,8±2,2	1,9±1,8	<0,001
BASDAI, баллы по ЧРШ	3,9±1,5	4,0±2,1	0,800
ASDAS-COЭ, баллы по ЧРШ	3,2±1,1	2,7±1,2	0,148
ASDAS-CPБ, баллы по ЧРШ	3,6±1,1	3,4±0,8	0,642
BASFI, баллы по ЧРШ	4,5±2,2	2,1±1,8	<0,001
СОЭ, мм/ч	31,7±19,3	27,2±18,7	0,405
СРБ, мг/л	22,9±28,9	22,6±22,0	0,975
BASRI, баллы	3,1±0,6	1,6±0,5	<0,001

Примечание. * ЧРШ – числовая рейтинговая шкала.

Использование российской версии модифицированных Нью-Йоркских критериев АС позволяет ускорить диагностику АС на 5,8 года. Так, диагноз по российской версии критериев диагностики устанавливался в среднем через 4,4 года после появления первых признаков заболевания, а по модифицированным Нью-Йоркским критериям – через 10,2 года ($p_{M-U} = 0,021$). По выраженности боли в спине, длительности утренней скованности в позвоночнике, клинической оценке активности заболевания (по индексам BASDAI и ASDAS) и уровню острофазовых показателей обе группы были сопоставимы, а различия в функциональном статусе, индексе BASMI и рентгенологической картине сакроилиита обусловлены только длительностью течения заболевания (табл. 2).

Полученные нами данные сопоставимы с результатами M. Rudwaleit с соавт. [13], показавшими, что по характеристике болевого синдрома, утренней скованности, индексу BASDAI больные, имеющие рентгенологически опреде-

ленный сакроилиит, и пациенты с «дорентгенологической» стадией аксиального спондилоартрита не различаются, а различия в метрологическом, функциональном индексах и рентгенологической картине сакроилиита являются отражением стадийности развития АС.

Таблица 2

Клинические, метрологические, лабораторные и рентгенологические показатели у больных АС в зависимости от длительности заболевания

Показатель	Длительность заболевания			Достоверность различий
	менее 5 лет (n = 16)	5,0 – 9,9 года (n = 14)	10 и более лет (n = 35)	
Возраст, годы	35,0±10,1	34,2±7,6	44,7±9,9	$p_{K-W} < 0,001$
Возраст дебюта боли, годы	33,5±10,2	27,9±7,7	24,4±8,7	$p_{K-W} = 0,004$
Длительность болезни до постановки диагноза, годы	1,7±1,5	7,8±10,6	12,2±8,9	$p_{K-W} < 0,0001$
Частота инвалидизации, %	0	7,1%	42,9%	$p_{\chi^2} = 0,038$
Утренняя скованность в позвоночнике, мин	50,0±31,4	55,7±40,1	48,7±40,0	$p_{K-W} = 0,689$
Боль в спине, баллы по ЧРШ	5,0±2,3	4,8±2,0	5,7±1,9	$p_{K-W} = 0,333$
Ротация в шейном отделе позвоночника, град.	58,6±18,5	45,4±24,9	42,5±22,0	$p_{K-W} = 0,043$
Расстояние «козенок–стена», см	15,2±4,5	18,7±7,8	21,3±6,9	$p_{K-W} = 0,011$
Экскурсия грудной клетки, см	5,3±1,6	4,7±1,4	3,9±1,7	$p_{K-W} = 0,015$
Модифицированный тест Шобера, см	3,9±1,2	4,0±1,3	3,1±1,4	$p_{K-W} = 0,026$
Боковые наклоны в поясничном отделе позвоночника, см	10,7±4,2	10,6±4,4	8,2±4,5	$p_{K-W} = 0,086$
Расстояние между лодыжками, см	97,4±10,9	97,8±13,2	85,9±14,5	$p_{K-W} = 0,007$
BASMI, баллы	2,5±1,9	3,2±2,6	4,9±2,2	$p_{K-W} = 0,003$
BASDAI, баллы по ЧРШ	4,0±1,9	3,3±1,6	4,2±1,5	$p_{K-W} = 0,199$
ASDAS-COЭ, баллы по ЧРШ	2,6±1,2	2,9±1,1	3,3±1,0	$p_{K-W} = 0,291$
BASFI, баллы по ЧРШ	2,3±1,7	3,6±2,6	4,5±2,2	$p_{K-W} = 0,009$
СОЭ, мм/ч	31,4±20,2	25,7±17,8	32,0±19,4	$p_{K-W} = 0,619$
СРБ, мг/л	29,6±22,5	20,7±29,2	20,1±27,9	$p_{K-W} = 0,267$
BASRI, баллы	2,1±0,8	2,6±0,9	2,9±0,7	$p_{K-W} = 0,011$
Наличие синдесмофитов в позвоночнике, %	0	21,4%	40,0%	$p_{\chi^2} = 0,367$

Высокая клиническая активность выявлена у каждого второго пациента (52,3%) с АС (независимо от длительности заболевания), ограничение подвижности различных отделов позвоночника и нарушение функции тазобедренных суставов – более чем у каждого третьего (41,5%), выраженные функциональные нарушения – практически у каждого второго пациента (46,2%), высокая лабораторная активность – в 75,4% случаев. Аналогичные результаты получены и другими исследователями [5, 6], что, вероятно, может быть объяснено недостаточностью или неэффективностью проводимой терапии у пациентов с АС на амбулаторно-поликлиническом этапе.

При проведении корреляционного анализа обнаружены статистически значимые положительные связи индекса BASDAI с уровнем СОЭ ($r = 0,38$, $p = 0,023$), а также с индексами ASDAS-COЭ и ASDAS-СРБ ($r = 0,77$, $p < 0,001$ и $r = 0,48$, $p = 0,021$, соответственно). Нами не выявлено значимой корреляционной связи индекса BASDAI со «стажем» АС ($r = 0,17$, $p = 0,196$), длительностью болезни до постановки достоверного диагноза АС ($r = 0,10$, $p = 0,428$), возрастом на момент дебюта клинических симптомов ($r = 0,20$, $p = 0,116$).

У пациентов с высокой клинической активностью заболевания (индекс BASDAI $\geq 4,0$ баллов) оказались выраженными только интенсивность боли в

спине, ограничение функционального статуса и уровень СОЭ, тогда как по клинико-рентгенологической картине и метрологическому индексу BASMI пациенты существенно не различались (табл. 3).

Таблица 3

Клинические, метрологические, лабораторные и рентгенологические показатели у пациентов с АС в зависимости от клинической активности заболевания

Показатель	Индекс BASDAI		Достоверность различий, p_{M-U}
	< 4,0 баллов ($n = 31$)	$\geq 4,0$ балла ($n = 34$)	
Возраст, годы	42,4 \pm 10,8	37,78 \pm 10,2	0,089
Возраст дебюта боли, годы	28,7 \pm 9,6	25,6 \pm 9,6	0,212
Длительность заболевания, годы	13,9 \pm 12,5	12,1 \pm 8,3	0,510
Длительность болезни до постановки диагноза, годы	9,5 \pm 9,2	8,0 \pm 9,4	0,550
Утренняя скованность в позвоночнике, мин	59,0 \pm 42,8	41,0 \pm 29,6	0,062
Боль в спине, баллы по ЧРШ	6,9 \pm 1,2	3,5 \pm 1,1	< 0,001
BASMI, баллы	4,2 \pm 2,5	3,8 \pm 2,5	0,511
BASFI, баллы по ЧРШ	4,4 \pm 2,2	3,2 \pm 2,4	0,039
СОЭ, мм/ч	36,2 \pm 18,6	25,0 \pm 18,0	0,023
СРБ, мг/л	30,2 \pm 31,1	14,3 \pm 17,5	0,086
BASRI, баллы	2,7 \pm 0,8	2,7 \pm 0,8	0,819
Наличие синдесмофитов в позвоночнике, %	14,7%	38,7%	$p_{\chi^2} = 0,067$

В то же время при отсутствии связи между длительностью АС и индексом активности BASDAI нами установлены положительные корреляционные взаимоотношения «стажа» АС с метрологическим индексом BASMI ($r = 0,50$, $p < 0,001$), функциональным индексом BASFI ($r = 0,37$, $p = 0,002$), рентгенологическим индексом BASRI ($r = 0,40$, $p = 0,001$).

Среди внескелетных проявлений и осложнений АС наиболее часто встречались: увеит (в подавляющем большинстве случаев носил рецидивирующий характер) – у 18 (27,7%), патология аортального клапана (по данным эхокардиографического исследования чаще обнаруживались утолщение стенок луковичи аорты, вероятно, как исход воспаления с последующим развитием фиброза, расширение корня аорты над синусами Вальсальвы с относительной недостаточностью аортального клапана) – у 9 (13,8%), вторичный амилоидоз почек (подтвержденный морфологически в биоптатах слизистой десны) – у 3 (4,6%) пациентов.

Известно, что на 50% предрасположенность к развитию АС и, в частности, сакроилиита связана с носительством аллели 27 локуса В главного комплекса гистосовместимости (HLA B27), обнаруживаемого, как правило, более чем у 90% больных АС [2]. У 43 (66,2%) больных АС, включенных в обследование, было проведено определение антигена HLA B27, при этом 41 пациент оказался позитивен по HLA B27.

Из 65 пациентов с АС более чем у половины (58,5%) отмечалось преимущественное поражение аксиального скелета (у 37 мужчин и 1 женщины), в то время как преобладание периферического артрита – у 27 пациентов (41,5%), из них 17 мужчин и 10 женщин. Таким образом, у мужчин достоверно чаще наблюдалось поражение осевого скелета (в 68,5% случаев), чем у женщин – 9,1% ($\chi^2 = 10,96$, $p_{\chi^2} < 0,001$), что совпадает с данными, полученными другими исследователями [6].

Существует мнение, что наличие периферического артрита способствует более ранней консультации ревматолога (поскольку терапевты, врачи общей практики, как правило, направляют к ревматологу всех пациентов с болью

и/или припухлостью периферических суставов), а значит, и более раннему установлению диагноза АС [4].

Среди поражения периферических суставов особое внимание уделяется воспалению тазобедренных суставов, часто приводящего к инвалидизации пациентов. Развитие коксита у больного АС рассматривается как фактор неблагоприятного прогноза заболевания. При проведении МРТ тазобедренных суставов у 8 из 10 пациентов нами был выявлен двусторонний коксит, чаще носивший асимметричный характер.

Средний возраст начала болезни у обследованных 65 пациентов составил $27,4 \pm 9,5$ года, при этом не было выявлено каких-либо существенных половых различий по времени появления первых признаков заболевания.

Как указывалось ранее, причинами поздней диагностики АС в общеклинической практике, наряду с естественным характером течения заболевания (малосимптомность клинических признаков в дебюте болезни, слабая интенсивность болевых ощущений, мозаичность клинических проявлений, позднее развитие структурных изменений в крестцово-подвздошных сочленениях), является также недостаточное знание врачами амбулаторно-поликлинического звена особенностей клинической картины АС [4]. Последнее может иметь немаловажное значение в поздней диагностике АС, поскольку после проведения ряда образовательных мероприятий для врачей первичного звена г. Казани время с момента появления первых клинических симптомов до постановки диагноза АС сократилось до $4,2 \pm 1,2$ года [6].

Из 65 пациентов у 46 (70,8%) заболевание дебютировало с болей в нижней части спины, которые носили воспалительный характер, при этом в отечественной литературе [2–4, 6, 7] часто указывается, что врачи «первого контакта» недостаточно знакомы с критериями воспалительной боли в спине, разработанными экспертами ASAS в 2009 г. [10]. Кроме того, необходимо подчеркнуть, что альтернирующий характер болей в ягодицах (при этом возможна иррадиация в нижнюю конечность до колена, но без нарушения чувствительности) в начале заболевания был отмечен в нашем исследовании каждым вторым пациентом (52,3%), однако данный симптом расценивался врачами чаще как проявление радикулопатии на фоне остеохондроза поясничного отдела позвоночника.

Среди первых клинических проявлений заболевания также отмечались артрит преимущественно суставов нижних конечностей по типу моно- или олигоартрита (29,2%), энтезиты (21,5%), талалгии (18,5%), псориаз кожи (3,1%). Одним из первых симптомов АС у 12 (18,5%) пациентов стал острый передний увеит, у 9 из них было проведено генетическое исследование на наличие антигена HLA B27, который оказался положительным в 100% случаев.

В настоящее время имеются рекомендации, что у больных с рецидивирующим передним увеитом в случае отсутствия при целенаправленном обследовании признаков АС показано определение HLA B27, при обнаружении этого антигена такой пациент в дальнейшем подлежит наблюдению у ревматолога, поскольку отсутствие HLA B27 считается признаком другой этиологии увеита [8].

При анализе медицинских карт было выявлено, что больные АС с первыми симптомами заболевания наиболее часто обращались к терапевту (врачу общей практики) (58,5%), неврологу (16,9%), с одинаковой частотой – к травматологу (7,7%) и ревматологу (7,7%, в порядке самообращения), к хирургу (4,6%) и мануальному терапевту (4,6%). В структуре предварительных диагнозов наиболее часто значились «остеохондроз позвоночника» (44,6%), «реактивный артрит» (21,5%), «грыжа межпозвоночного диска» (12,3%), «недифференцированный спондилоартрит» (10,8%) и другие заболевания (10,8%). Самым распространенным диагнозом оказался «остеохондроз позвоночника» с различными его прояв-

лениями (тораколюмбалгия, люмбалгия, люмбоишиалгия, радикулопатия и др.), при этом врачами не учитывались редкость его клинических проявлений, несоответствие выраженности боли в нижней части спины и рентгенологических «находок». Диагноз «реактивного артрита» наиболее часто устанавливался тем пациентам, у которых в дебюте заболевания наблюдались периферические артриты или энтезиты преимущественно пяточных областей. При первичном обращении к ревматологу, как правило, устанавливался предварительный диагноз «недифференцированного спондилоартрита».

Как показало наше исследование, «первые» специалисты, к которым обращались пациенты с болями в спине и/или артритами и/или энтезитами, и предварительные диагнозы, которые были им установлены, в целом повторяют данные, полученные в ходе российского многоцентрового исследования [3], а также исследования, проведенного Т.В. Дубининой в условиях Научно-исследовательского института ревматологии РАМН [4], и др. [5, 6]. Чаще всего пациенты с болями в нижней части спины обращались к участковому терапевту (23,8% [4], 40,4% [6], 85% [3]), неврологу (36,5% [6], 69% [3], 75% [4]), мануальному терапевту (14% [3], 37,8% [4]).

«Ведущим» диагнозом во всех исследованиях стал «остеохондроз позвоночника», который был установлен более чем каждому второму пациенту, обратившемуся за медицинской помощью. При этом во внимание практически не принимался тот факт, что средний возраст начала симптомов заболевания приходился, по нашим данным ($27,4 \pm 9,5$ года) и данным различных авторов ($21,9 \pm 6,9$ года [4], $23,8 \pm 6,2$ года [6], $25,1 \pm 7,6$ года [3]), на молодой возраст. «Шаблонность» постановки диагноза «остеохондроза позвоночника» молодому пациенту, обратившемуся за медицинской помощью по поводу болей в нижней части спины, уводит врачей от дальнейшего клинического обследования и способствует проведению различных инструментальных методик (рентгенография, компьютерная томография различных отделов позвоночника, МРТ в режимах T1 и T2), которые малоинформативны в выявлении активного сакроилиита (остеита).

Выводы. Таким образом, диагноз АС устанавливается в среднем через $8,6 \pm 9,2$ года от появления первых признаков заболевания. «Ведущим» диагнозом у пациентов с болью в спине по-прежнему остается «остеохондроз позвоночника», несмотря на относительно молодой возраст пациентов на момент постановки диагноза – $27,4 \pm 9,5$ года, что может указывать на недостаточное знание врачами амбулаторно-поликлинического звена особенностей клинической и рентгенологической картины АС.

Использование российской версии модифицированных Нью-Йоркских критериев АС способствует более ранней постановке диагноза – в среднем через 4,4 года с момента появления первых признаков заболевания. По выраженности боли в спине, длительности утренней скованности в позвоночнике, клинической оценке активности заболевания (по индексам BASDAI и ASDAS) и уровню острофазовых показателей группы (при использовании модифицированных Нью-Йоркских критериев и критериев ранней диагностики АС) были сопоставимы, а различия в функциональном статусе, метрологическом индексе BASMI и рентгенологической картине сакроилиита были обусловлены только длительностью течения заболевания.

У мужчин доминирующим оказалось преимущественное поражение аксиального скелета (68,5%), а у женщин – периферический артрит (90,9%).

Проведение образовательных программ среди врачей амбулаторно-поликлинического звена, направленных на повышение их знаний о критериях

воспалительной боли в нижней части спины, особенностях дебюта АС, может способствовать более раннему выявлению заболевания, особенно у лиц молодого возраста.

Литература

1. Бочкова А.Г., Левшакова А.В. Краткое методическое руководство по обследованию больных спондилоартритами. М., 2012. 36 с.
2. Бочкова А.Г., Левшакова А.В. Почему диагноз анкилозирующего спондилита ставится поздно // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. 2009. № 3–4. С. 19–25.
3. Волнухин Е.В., Галушко Е.А., Бочкова А.Г. и др. Клиническое многообразие анкилозирующего спондилита в реальной практике врача-ревматолога в России (часть 1) // Науч.-практ. ревматолог. 2012. № 2. С. 44–49.
4. Дубинина Т.В., Эрдес Ш.Ф. Причины поздней диагностики анкилозирующего спондилита в клинической практике // Науч.-практ. ревматолог. 2010. № 2. С. 43–48.
5. Марусенко И.М., Бражник А.А., Везикова Н.Н., Васькова О.А. Анкилозирующий спондилоартрит в ревматологической практике Карелии // Современная ревматология. 2012. № 4. С. 72–75.
6. 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 // Науч.-практ. ревматолог. 2012. № 1. С. 38–41.
7. Ранняя диагностика анкилозирующего спондилита / Ш.Ф. Эрдес, А.Г. Бочкова, Т.В. Дубинина и др. // Науч.-практ. ревматолог. 2013. № 4. С. 365–367.
8. Ревматология: национальное руководство / под ред. Е.Л. Насонова, В.А. Насоновой. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. С. 332–371.
9. Clinical features and prognosis of patients with possible ankylosing spondylitis: results of a 10-year followup / W. Mau, H. Zeidler, R. Mau et al. // J. Rheumatol. 1988. Vol. 15. P. 1109–1114.
10. New criteria for inflammatory back pain in patients with chronic back pain a real patient exercise of the Assessment in SpondyloArthritis international Society (ASAS) / J. Sieper, D.M. van der Heijde, R.B.M. Landewe et al. // Ann. Rheum. Dis. 2009. Vol. 68. P. 784–788.
11. The Assessment in SpondyloArthritis international Society (ASAS) definition of sacroiliitis on magnetic resonance imaging (MRI). A consensual approach / M. Rudwaleit, A.G. Jurik, K.G. Hermann et al. // Ann. Rheum. Dis. 2009. Vol. 68. P. 1520–1527.
12. The Assessment of SpondyloArthritis international Society (ASAS) handbook: a guide to assess spondyloarthritis / J. Sieper, M. Rudwaleit, X. Baraliakos et al. // Ann. Rheum. Dis. 2009. Vol. 68, suppl. 2. P. 1–44.
13. The early disease stage in axial spondylarthritis. Results from the German spondyloarthritis inception cohort / M. Rudwaleit, H. Haibel, X. Baraliakos et al. // Arthr. Rheum. 2009. Vol. 60. P. 717–727.
14. Van der Heijde D., Maksymowych W. Spondyloarthritis: state of the art and future perspectives // Ann. Rheum. Dis. 2010. Vol. 69. P. 949–954.

БАШКОВА ИННА БОРИСОВНА – кандидат медицинских наук, доцент кафедры госпитальной терапии № 1, Чувашский государственный университет, Россия, Чебоксары (innabashkova@yandex.ru).

BASHKOVA INNA – candidate of medical sciences, assistant professor of Hospital Therapy Chair № 1, Chuvash State University, Russia, Cheboksary.

КИЧИГИН ВАДИМ АЛЕКСАНДРОВИЧ – кандидат медицинских наук, доцент кафедры госпитальной терапии № 1, Чувашский государственный университет, Россия, Чебоксары (vadkichigin@mail.ru).

KICHIGIN VADIM – candidate of medical sciences, assistant professor of Hospital Therapy Chair № 1, Chuvash State University, Russia, Cheboksary.

БАИМКИНА ЭЛЬВИРА ВАЛЕРЬЕВНА – клинический ординатор кафедры госпитальной терапии № 1, Чувашский государственный университет, Россия, Чебоксары (happy_elya@bk.ru).

BAIMKINA ELVIRA – clinical resident of Hospital Therapy Chair № 1, Chuvash State University, Russia, Cheboksary.

УСТИНОВА АЛЕКСАНДРА ИВАНОВНА – клинический ординатор кафедры госпитальной терапии № 1, Чувашский государственный университет, Россия, Чебоксары.

USTINOVA ALEXANDRA – clinical resident of Hospital Therapy Chair № 1, Chuvash State University, Russia, Cheboksary.
