

Научная статья  
УДК 616.72-002.77  
DOI: 10.18101/2306-1995-2022-1-7-14

## **АНАЛИЗ СТАЦИОНАРНОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С АНКИЛОЗИРУЮЩИМ СПОНДИЛИТОМ**

### **© Батудаева Татьяна Ивановна**

кандидат медицинских наук, доцент, заведующая кафедрой терапии,  
Бурятский государственный университет имени Доржи Банзарова  
Россия, 670002, г. Улан-Удэ, ул. Октябрьская, 36А  
batudaeva@gmail.com

### **© Павлова Аюна Бимбаевна**

кандидат медицинских наук, заведующая ревматологическим отделением,  
Клиническая больница «РЖД-Медицина» г. Улан-Удэ  
Россия, 670002, г. Улан-Удэ, ул. Комсомольская, 16  
ayuna\_2004@mail.ru

### **© Лобышева Елизавета Александровна**

студентка,  
Бурятский государственный университет имени Доржи Банзарова  
670002, г. Улан-Удэ, ул. Октябрьская, 36А

### **© Арзуманян Элина Араевна**

студентка,  
Бурятский государственный университет имени Доржи Банзарова  
Россия, 670002, г. Улан-Удэ, ул. Октябрьская, 36А  
arzmananelina5@gmail.com

**Аннотация.** Нами проведен анализ стационарной помощи пациентам с анкилозирующим спондилитом, пролеченным в ревматологическом отделении ЧУЗ «Клиническая больница "РЖД-Медицина" г. Улан-Удэ». Известно, что анкилозирующий спондилит чаще поражает лица молодого возраста, исходом заболевания нередко является инвалидизация пациентов вследствие поражения и нарушения функции позвоночника. В связи с этим важной задачей, стоящей перед врачом первичного звена здравоохранения и специалистом-ревматологом, является ранняя диагностика и правильная тактика ведения пациентов, использование современных методов исследования и лечения. Проанализировано 28 медицинских карт стационарных больных, находившихся на лечении в период с 1 сентября по 1 декабря 2020 г. Лица в возрасте до 40 лет составили 75% госпитализированных за этот период, все пациенты имели аксиальную форму заболевания, 89,3% получали стационарное лечение в связи с высокой степенью активности болезни. Средний койко-день составил 10,9. Все пациенты получали нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП), 9 человек — генно-инженерные биологические препараты (ГИБП).

**Ключевые слова:** спондилоартрит, анкилозирующий спондилит, артрит, энтезит, генно-инженерные биологические препараты.

**Для цитирования**

Анализ стационарной помощи пациентам с анкилозирующим спондилитом / Т. И. Батудаева, А. Б. Павлова, Е. А. Лобышева, Э. А. Арзуманян // Вестник Бурятского государственного университета. Медицина и фармация. 2022. № 1. С. 7–14.

*Введение*

В настоящее время Международная группа по оценке спондилоартритов (СпА) ASAS (The Assessment of SpondyloArthritis international Society) предлагает выделять два клинических варианта этих заболеваний — аксиальный спондилоартрит (аксСпА) и периферический спондилоартрит. В свою очередь, аксиальную форму спондилоартритов подразделяют на анкилозирующий спондилит (АС) и нерентгенологический аксиальный спондилоартрит (нр-аксСпА). Диагноз нр-аксСпА ставится на основании клинической картины, сходной с АС, в отсутствие рентгенологического подтверждения сакроилиита, но при наличии признаков активного воспаления в крестцово-подвздошных сочленениях, выявляемого с помощью магнитно-резонансной томографии. Отмечается, что у подавляющего большинства пациентов с нр-аксСпА с течением времени, особенно при неадекватном лечении, появляются признаки анкилозирования крестцово-подвздошных суставов и позвоночника, что позволяет диагностировать достоверный АС [1].

Анкилозирующий спондилит (АС) — хроническое воспалительное заболевание из группы спондилоартритов (СпА), характеризующееся обязательным поражением крестцово-подвздошных суставов (КПС) и/или позвоночника с потенциальным исходом в анкилоз, с частым вовлечением в патологический процесс энтезисов и периферических суставов [2]. В процесс также могут вовлекаться другие органы и системы. Внеклеточные проявления включают воспалительные поражения глаз, кожи, кишечника и сердца.

У лиц европеоидной расы распространенность АС колеблется от 0,1 до 0,2% [3]. Пик заболеваемости АС приходится на возраст 25–35 лет. Соотношение заболеваемости у мужчин и женщин составляет 2:1, на ранних стадиях — 1:1 [4].

Актуальность проблемы анкилозирующего спондилита заключается в том, что заболевание имеет разнообразные клинические проявления, является потенциально инвалидизирующим — почти 50% больных в возрасте в среднем 40 лет становятся инвалидами [5], поражает людей молодого, нередко детского, возраста (ювенильный АС), при этом у детей преобладают проявления периферического артрита и энтезита над симптомами аксиального поражения, а в подростковом возрасте — патология тазобедренных суставов (коксит).

Поэтому ранняя диагностика и своевременное начало лечения очень важны и могут кардинально изменить течение болезни и прогноз. Контроль за симптомами воспаления, предупреждение прогрессирования воспаления и анкилозирования, длительное сохранение двигательной функции, качества жизни требуют постоянного наблюдения врача и применения самых разных и современных методов лечения заболевания.

*Цель работы:* изучить характеристику группы пациентов, страдающих анкилозирующим спондилитом, получивших стационарное лечение в специализированном ревматологическом отделении ЧУЗ «Клиническая больница "РЖД-

Медицина" г. Улан-Удэ», и проанализировать методы терапии, используемые в стационаре.

*Материалы и методы*

Проанализировано 28 медицинских карт стационарных больных, находившихся на лечении в ревматологическом отделении ЧУЗ «Клиническая больница «РЖД-Медицина» г. Улан-Удэ» за период с 1 сентября по 1 декабря 2020 г.

*Результаты*

Все 28 пациентов были мужского пола, возраст варьировал от 18 до 51 года. Для анализа пациентов разделили по возрасту на три группы: 1-ю группу составили больные от 18 до 30 лет, 2-ю группу — от 31 до 40 лет, 3-ю группу — пациенты старше 40 лет. В первой группе оказалось 11, во второй — 10, в третьей — 7 пациентов. Хотя группы были малочисленными, необходимо отметить, что большинство госпитализированных пациентов были молодыми людьми — 40 лет и моложе, их количество составило 75%.

Поражение крестцово-подвздошных сочленений является обязательным для анкилозирующего спондилита. В анализируемой группе 26 пациентов из 28 имели двусторонний сакроилиит, двум пациентам был выставлен диагноз нерентгенологического аксиального спондилоартрита (нр-аксСпА).

Таблица 1

Стадии двустороннего сакроилиита

	1-я группа	2-я группа	3-я группа
2-я стадия	6	3	1
3-я стадия	4	4	2
4-я стадия	1	2	3

Явления спондилита на момент госпитализации отмечали 24 пациента, при этом 9 человек имели воспалительное поражение всех отделов позвоночника — шейного, грудного и поясничного, 5 — поражение поясничного отдела, 3 — поражение только шейного отдела позвоночника. У остальных больных выявлено сочетание поражения двух разных отделов позвоночника (шейного и грудного, грудного и поясничного, шейного и поясничного).

У 16 человек (57,1%) обнаружен HLA-B27 антиген, являющийся основным иммуногенетическим маркером высокой предрасположенности к развитию анкилозирующего спондилита и других серонегативных спондилоартритов. Наибольшее число HLA-B27 (+) пациентов оказалось в первой группе — 9 человек из 11, в третьей группе только 1 пациент имел позитивный тест на HLA-B27 антиген. Известно, что при AC HLA-B27 выявляется почти у 90% пациентов, при этом в европейской популяции встречается в среднем у 7–10% людей.

Из 28 пациентов 25 человек имели внеаксиальные проявления AC, 8 пациентов имели сочетание периферического артрита с энтезитом, 7 больных — энтезиты, периферические артриты имели 10 человек, при этом у 2 пациентов из 3-й группы наблюдался артрит тазобедренных суставов — коксит (табл. 2).

Таблица 2

Внеаксиальные и внескелетные проявления АС

	1-я группа	2-я группа	3-я группа
Всего пациентов	11	10	7
HLA-B27 (+)	9	6	1
Внеаксиальные проявления всего	10	10	5
Из них: Артрит + энтезит	4	4	-
Артрит	3	5	2
Энтезит	3	1	3
Увеит	-	3	-

Увеит как внескелетное проявление был выявлен у трех пациентов из второй группы.

Для оценки активности АС в клинической практике используют индекс BASDAI (Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index) и индекс ASDAS (Ankylosing Spondylitis Disease Activity Score). В основу расчета индекса BASDAI положена субъективная оценка пациентом своего состояния — слабости, боли в суставах и позвоночнике, припухлости суставов, выраженности и длительности утренней скованности. При значениях BASDAI до 4 активность расценивается как низкая, 4 и больше — высокая. В формулах для расчета индекса ASDAS учитывается кроме субъективных ощущений пациента величина СОЭ или СРБ. Индекс ASDAS, вычисленный с учетом СОЭ или СРБ, коррелирует с индексом BASDAI, однако считается более чувствительным при определении степени активности АС. При значении ASDAS < 1,3 определяется низкая степень активности, ≥ от 1,3 до < 2,1 — умеренная, ≥ от 2,1 до < 3,5 — высокая, ≥ 3,5 — очень высокая.

Всем пациентам определялись индексы BASDAI и ASDAS. Из пациентов, пролеченных в ревматологическом отделении, 25 человек (89,3%) имели высокую и очень высокую степень активности по индексу ASDAS и только три пациента — умеренную.

Нарушения функции позвоночника и суставов имели все пациенты, причем большая часть — 21 пациент, что составило 75%, имели функциональный класс III, т. е. ограничения профессиональной и непрофессиональной деятельности, остальные 7 человек — функциональный класс II (табл. 3).

Таблица 3

Функциональная недостаточность у пациентов

	1-я группа	2-я группа	3-я группа
Функциональный класс II	3	3	1
Функциональный класс III	8	7	6

Из данных, приведенных в таблице 3, можно видеть, что большинство госпитализированных больных независимо от возраста имели тяжелое поражение скелета, что привело к выраженному ограничению функциональных возможностей пациентов.

Средний койко-день в проанализированной группе составил 10,9, в первой группе — 10,4, во второй — 11,7, в третьей — 10,4 койко-дня.

Лечение анкилозирующего спондилита проводится противовоспалительными препаратами — нестероидными (НПВП) и стероидными (ГКС), базисными средствами и генно-инженерными биологическими препаратами (ГИБП). НПВП являются препаратами первой линии у больных АС, они должны быть назначены каждому больному АС сразу после установления диагноза, независимо от стадии заболевания. Непрерывный прием НПВП замедляет прогрессирование болезни, в то время как прием «по требованию», т. е. при болях, на прогрессирование практически не влияет, поэтому терапия нестероидными противовоспалительными препаратами у пациентов с АС должна продолжаться длительно, годами<sup>1</sup>. Базисные препараты (БПВП) рекомендуется использовать у пациентов с периферическим артритом, при поражении только осевого скелета базисные средства не назначаются.

Современным методом лечения АС, изменившим течение болезни, улучшившим прогноз пациентов с АС, является применение ГИБП. В настоящее время в Российской Федерации для лечения АС зарегистрировано пять наименований оригинальных препаратов из группы ингибиторов фактора некроза опухоли  $\alpha$  (ФНО- $\alpha$ ): адалимумаб, голимумаб, инфликсимаб, цертолизумаба пэгол и этанерцепт, а также три ингибитора интерлейкина-17: секукинумаб, нетакимаб и иксекизумаб. Для лечения нр-аксСпА зарегистрированы и применяются адалимумаб, голимумаб, цертолизумаба пэгол, этанерцепт, секукинумаб и иксекизумаб [1]. Изучается эффективность и переносимость нетакимаба при нр-аксСпА. Разрешено применение биоаналогов ГИБП класса ингибиторов янус-киназ тофацитиниба и упадацитиниба у больных АС [6, 7]. Таким образом, перечень применяемых современных препаратов для лечения АС постоянно расширяется.

В ревматологическом отделении все пациенты получали НПВП. Как видно из приведенных в таблице 4 данных, подавляющее большинство больных (78%) получали селективные ингибиторы ЦОГ-2: целекоксиб — 6 человек, мелоксикам — 9, нимесулид — 7. Из неселективных ингибиторов ЦОГ-2 использовался диклофенак у 6 пациентов в возрасте до 40 лет. Лишь один пациент из третьей группы принимал только НПВП (без БПВП и ГИБП). Все пациенты принимали ингибитор протонной помпы омепразол, независимо от возраста, рисков развития НПВП-гастропатии, селективности НПВП.

Таблица 4

Медикаментозная терапия

	1-я группа	2-я группа	3-я группа
Селективные ингибиторы ЦОГ-2	7	8	7
Неселективные ингибиторы ЦОГ-2	4	2	-
Базисная терапия	8	10	5
ГИБП	4	4	1

<sup>1</sup> Федеральные клинические рекомендации по диагностике и лечению анкилозирующего спондилита (Болезнь Бехтерева). 2013, доп. 2016. С. 21.

В качестве базисных препаратов использовались сульфасалазин (у 12 больных) и метотрексат (у 11 человек). В первой группе из 10 человек, имевших внеаксиальные проявления АС, принимали базисную терапию 8 пациентов, во второй и третьей группах все больные с внеаксиальными проявлениями получали базисную терапию. В первой группе 4 пациента принимали ГИБП: 1 больной получал ГИБП в сочетании с БПВП, 3 — только ГИБП. Во второй группе ГИБП принимали 4 человека, все — в сочетании с БПВП. В третьей группе ГИБП получал 1 пациент, без БПВП.

При лечении АС комбинация БПВП с ГИБП является необязательной. БПВП рекомендуются пациентам при наличии периферической симптоматики, в отношении предупреждения прогрессирования анкилозирующего процесса в позвоночнике и крестцово-подвздошных сочленениях эта группа препаратов малоэффективна и, как правило, не влияет на течение болезни. В свою очередь, ГИБП способны тормозить патологическую пролиферацию костной ткани при АС, значительно замедляя рентгенологическое прогрессирование [8]. При назначении ГИБП снижается активность воспалительного процесса и в периферических суставах, а также уменьшается частота и длительность обострений острого переднего увеита [9].

Пациенты ревматологического отделения получали ингибитор ФНО- $\alpha$  голимумаб — 4 пациента, ингибиторы интерлейкина-17 нетакимаб — 1 больной и секукинумаб — 4 человека. Выбор генно-инженерных препаратов зависит от наличия каждого из них в отделении, при назначении конкретному пациенту учитывались дополнительные показания, если таковые имелись у больного. Например, пациенту с увеитом был назначен голимумаб в связи с имеющимися в литературе сведениями об эффективности препарата в лечении данного осложнения АС.

*Выводы:*

1. Среди госпитализированных в отделение ревматологии преобладали лица молодого возраста — до 40 лет, все пациенты были мужского пола.
2. Подавляющее большинство пациентов на момент госпитализации имели явления спондилита (85,7%), а также двустороннее поражение крестцово-подвздошных сочленений (92,9%), при этом у лиц до 30-летнего возраста преобладала 2-я стадия сакроилиита, у пациентов старше 40 лет — 4-я стадия заболевания.
3. HLA-B27 антиген был выявлен лишь у 57,1% пациентов.
4. 25 человек (89,3%) имели внеаксиальные проявления АС, такие как периферические артриты и энтезиты, у 2 пациентов выявлен коксит.
5. 89,3% госпитализированных имели высокую степень активности болезни, остальные — умеренную активность.
6. 21 больной (75%) имел выраженные ограничения физической активности — III функциональный класс.
7. Все больные получали лечение НПВП в сочетании с омепразолом, 23 пациента (82,1%) принимали базисные препараты.
8. Лечение ГИБП проводилось 9 пациентам, 8 из которых были в возрасте до 40 лет.

### *Заключение*

В специализированное ревматологическое отделение госпитализируются пациенты с достоверным диагнозом АС, молодого возраста, имеющие высокую активность, тяжелое течение с поражением аксиального скелета и периферическими проявлениями, а также выраженным ограничением физической активности. Все пациенты получают лечение согласно имеющимся рекомендациям: НПВП, БПВП — в связи с поражением суставов и энтезисов, ГИБП. Лечение ГИБП назначается пациентам более молодого возраста, с более ранней стадией заболевания, высокой активностью болезни, при недостаточной эффективности проводимой терапии. Обращает на себя внимание частое назначение БПВП в сочетании с ГИБП, а также использование омепразола у всех больных без учета факторов риска со стороны желудочно-кишечного тракта и используемого препарата из группы НПВП.

### *Литература*

1. Медико-социальная значимость и расчет экономического бремени аксиального спондилоартрита в Российской Федерации / А. М. Лиля, Т. В. Дубинина, Р. О. Древаль [и др.] // Современная ревматология. 2022. Т. 16(1). С. 20–26. Текст: непосредственный.
2. О терминологии спондилоартритов / Ш. Ф. Эрдес, В. В. Бадокин, А. Г. Бочкова [и др.] // Научно-практическая ревматология. 2015. Т. 53(6). С. 657–660. doi: 10.14412/1995-4484-2015-657-660. Текст: непосредственный.
3. Epidemiology of spondyloarthritis / С. Stolwijk, А. Boonen, van А. Tubergen, J. D. Reveille // Rheum Dis Clin North Am. 2012. Aug; 38(3). P. 441–76. doi: 10.1016/j.rdc.2012.09.003. Текст: непосредственный.
4. Румянцева Д. Г., Эрдес Ш. Ф. Аксиальный спондилоартрит: современный взгляд на концепцию и эволюцию болезни // Современная ревматология. 2019. Т. 13(4). С. 4–10. Текст: непосредственный.
5. Взаимосвязь клинических характеристик анкилозирующего спондилита с трудоспособностью и производительностью труда / М. В. Подряднова, Р. М. Балабанова, М. М. Урумова, Ш. Ф. Эрдес // Научно-практическая ревматология. 2014. Т. 52(5). С. 513–19. Текст: непосредственный.
6. Новиков П. И., Моисеев С. В. Ингибиторы янус-киназ: перспективы применения при ревматоидном и псориатическом артрите и других ревматических заболеваниях // Клиническая фармакологическая терапия. 2020. Т. 29(1). С. 41–47. Текст: непосредственный.
7. Мазуров В. И., Гайдукова И. З. Спондилоартриты — основы диагностики и лечения. Методические рекомендации, 2021. 36 с. Текст: непосредственный.
8. Эрдес Ш. Ф. Последние достижения и перспективы терапии аксиального спондилоартрита/анкилозирующего спондилита // Современная ревматология. 2021. Т. 15(2). С. 94–106. URL: <https://doi.org/10.14412/1996-7012-2021-2-94-105>. Текст: электронный.
9. Van Bentum R. E., Heslinga S. C., Nurmohamed M. T., et al. Reduced Occurrence Rate of Acute Anterior Uveitis in Ankylosing Spondylitis Treated with Golimumab — The GO-EASY Study // J. Rheumatol. 2019. Feb; 46(2). P. 153-9. doi: 10.3899/jrheum.180312. Epub 2018 Nov 1.

ANALYSIS OF HOSPITAL CARE FOR PATIENTS  
WITH ANKYLOSING SPONDYLITIS

*Batudaeva Tatiana I.*

PhD Associate Professor, Head of the Department of Therapy,  
Dorzhi Banzarov Buryat State University  
670002, Ulan-Ude, Oktjabrskaja st., 36  
batudaeva@gmail.com

*Pavlova Ayuna B.*

PhD, head of the rheumatology department  
Clinical Hospital "RZD-Medicine"  
670002, Ulan-Ude, Komsomolskaya st., 1b  
auna\_2004@mail.ru

*Lobysheva Elizaveta A.*

student of the Medical Institute  
Dorzhi Banzarov Buryat State University  
670002, Ulan-Ude, Oktjabrskaja st., 36

*Arzumanyan Elina A.*

student of the Medical Institute  
Dorzhi Banzarov Buryat State University  
670002, Ulan-Ude, Oktjabrskaja st., 36  
arzmananelina5@gmail.com

*Abstract.* We have analyzed the medical care for patients with ankylosing spondylitis treated in rheumatology department of the Clinical Hospital «RZD-Medicine», Ulan-Ude. The ankylosing spondylitis often affects young people, often patients become disabled due to damage and dysfunction of the spine. Therefore, it is important to carry out early diagnosis, determine the correct methods and use modern means of research and treatment of patient. We analyzed 28 medical records of inpatients who were treated in the period from September 1 to December 1, 2020. Persons under the age of 40 years accounted for 75% of those hospitalized during this period, all patients had an axial form of the disease, 89.3% received treatment due to high disease activity. The average stay of patients in the hospital was 10.9. All patients received non-steroidal anti-inflammatory drugs (NSAIDs), 9 people received biological agents.

*Keywords:* spondyloarthritis, ankylosing spondylitis, arthritis, enthesitis, biological agents.