

# Диагностика спондилоартрита: нужны ли нам новые критерии?

Гайдукова И.З., Акулова А.И., Апаркина А.В., Ребров А.П.

ГБОУ ВПО «Саратовский государственный медицинский университет им. В.И. Разумовского» Минздрава России, Саратов, Россия  
410012, Саратов, ул. Большая Садовая, 112

В современной ревматологии одновременно применяется большое число классификационных критериев спондилоартрита (SpA) при почти полном отсутствии диагностических критериев. Это создает ряд проблем, из которых наиболее важными представляются две: частое использование в реальной клинической практике классификационных критериев для установления диагноза; возможность констатации разных нозологических форм SpA у одного пациента при одной и той же клинической картине.

**Цель** исследования — изучение особенностей диагностики SpA и применения классификационных критериев в клинической практике.

**Материал и методы.** В исследование включено 119 пациентов с установленным диагнозом анкилозирующего спондилита (АС), псориатического артрита (ПсА), недифференцированного аксиального или периферического спондилоартрита (SpA). У пациентов определяли соответствие клинической картины модифицированным Нью-Йоркским критериям, критериям Европейской группы по изучению SpA (European Spondyloarthritis Study Group — ESSG), критериям Amor, критериям ASAS (Assessment of Spondyloarthritis International Society) для аксиального и периферического SpA, соответствие Российской версии модифицированных Нью-Йоркских критериев критериям CASPAR (Classification criteria for Psoriatic Arthritis) для ПсА.

**Результаты.** 63 пациента наблюдались лечащими врачами с диагнозом АС (M45), 44 — ПсА (M07.0–07.3), 8 — недифференцированного SpA (M46.9), 4 — аксиального рентгенологического SpA (M46.8). АС был диагностирован лечащими врачами у 10 пациентов, не соответствующих модифицированным Нью-Йоркским критериям, но подходящих под критерии ASAS для аксиального SpA. 21 пациент с диагнозом ПсА соответствовал одновременно и критериям CASPAR, и модифицированным Нью-Йоркским критериям, что позволяло установить в этих случаях диагноз АС.

Критериям Amor удовлетворял 81 (68,0%) из 119 больных, критериям ESSG — 98 (82,3%) пациентов, критериям ASAS для аксиального SpA — 91 (76,5%), критериям ASAS для периферического SpA — 18 (15,1%), модифицированным Нью-Йоркским критериям — 76 (63,8%), Российской версии модифицированных Нью-Йоркских критериев — 88 (73,9%), критериям CASPAR — 42 (32,3%). «Пересечения» критериев не наблюдалось только у 5 пациентов, ≥2 критериям соответствовали 113 (94,9%) больных, ≥3 критериям — 96 (80,7%), ≥4 критериям — 81 (68,1%), ≥5 критериям — 66 (55,5%), 6 критериям — 18 (15,1%).

**Заключение.** Большинство пациентов со SpA соответствуют ≥2 классификационным критериям, что часто дает возможность у одного и того же пациента констатировать наличие ≥2 нозологических форм. Это указывает на необходимость разработки диагностических критериев, позволяющих четко разграничить различные формы SpA в условиях клинической практики.

**Ключевые слова:** спондилоартрит; анкилозирующий спондилит; псориатический артрит; классификационные критерии.

**Контакты:** Инна Зурабиевна Гайдукова; [ubp1976@list.ru](mailto:ubp1976@list.ru)

**Для ссылки:** Гайдукова ИЗ, Акулова АИ, Апаркина АВ., Ребров АП. Диагностика спондилоартритов: нужны ли нам новые критерии? Современная ревматология. 2015;(1):24–30.

## Diagnosis of spondyloarthritis: should we need new criteria?

Gaidukova I.Z., Akulova A.I., Aparkina A.V., Rebrov A.P.

V.I. Razumovsky Saratov State Medical University, Ministry of Health of Russia, Saratov, Russia  
112, Bolshaya Sadovaya St., Saratov 410012

A large number of classification criteria for spondyloarthritis (SpA) are simultaneously used in modern rheumatology in the almost complete absence of diagnostic criteria. This poses a number of problems, among which there are two most important ones: 1) the frequent use of classification criteria to make a diagnosis in real clinical practice; 2) the possibility of stating different nosological entities of SpA in one patient in the presence of the same clinical picture.

**Objective:** to investigate the specific features of the diagnosis of SpA and the use of its classification criteria in clinical practice.

**Subjects and methods.** The investigation enrolled 119 patients with the established diagnosis of ankylosing spondylitis (AS), psoriatic arthritis (PsA), undifferentiated axial or peripheral SpA. Whether their clinical picture complied with the modified New York criteria, the European Spondyloarthritis Study Group (ESSG) criteria, the Amor criteria, and the Assessment of Spondyloarthritis International Society (ASAS) classification criteria for axial and peripheral SpA and whether the Russian version of the modified New York criteria complied with the Classification criteria of Psoriatic Arthritis (CASPAR) were determined in the patients.

**Results.** Sixty-three patients diagnosed with AS (M45), 44 with PsA (M07.0–07.3), 8 with undifferentiated SpA (M46.9), and 4 with nonradiographic axial SpA (M46.8) were followed up by attending physicians. The latter diagnosed AS in 10 patients who met the ASAS criteria for axial PsA but not the modified New York criteria. Twenty-one patients diagnosed as having PsA simultaneously met both the CASPAR criteria

and the modified New York criteria, which could establish the diagnosis of AS in these cases.

Eighty-one (68.0%) out of the 119 patients met the Amor criteria; 98 (82.3%) patients, the ESSG criteria; 91 (76.5%), the ASAS criteria for axial SpA; 18 (15.1%), the ASAS criteria for peripheral SpA; 76 (63.8%), the modified New York criteria; 88 (73.9%), the Russian version of the modified New York criteria; 42 (32.3%), the CASPAR criteria. No intersection of criteria was observed in only 5 patients; 113 (94.9%) patients met  $\geq 2$  criteria; 96 (80.7%),  $\geq 3$  criteria; 81 (68.1%),  $\geq 4$  criteria; 66 (55.5%), simultaneously  $\geq 5$  criteria; and 18 (15.1%), simultaneously 6 criteria.

**Conclusion.** Most patients with SpA meet  $\geq 2$  classification criteria, which gives the chance to state  $\geq 2$  nosological entities in the same patient. This demonstrates the elaboration of diagnostic criteria that can make a clear distinction between different forms of SpA in clinical practice.

**Key words:** spondyloarthritis; ankylosing spondylitis; psoriatic arthritis; classification criteria.

**Contact:** Inna Zurabievna Gaidukova; [ubp1976@list.ru](mailto:ubp1976@list.ru)

**For reference:** Gaidukova IZ, Akulova AI, Aparkina AV, Rebrov AP. Diagnosis of spondyloarthritis: Should we need new criteria? *Sovremennaya Revmatologiya=Modern Rheumatology Journal*. 2015;(1):24–30.

**DOI:** <http://dx.doi.org/10.14412/1996-7012-2015-1-24-30>

Спондилоартрит (СПА) – группа хронических воспалительных заболеваний позвоночника, суставов, энтезисов неуточненной этиологии, характеризующихся общими клиническими, рентгенологическими и генетическими особенностями. Для СПА характерны частое вовлечение в воспалительный процесс крестцово-подвздошных сочленений, позвоночника, наличие периферического моно- или олигоартрита, серонегативность по ревматоидному фактору (РФ), отсутствие ревматоидных узелков, семейные случаи заболевания, ассоциация с носительством HLA-B27-антигена, нечастое развитие энтезисов, типичные внесуставные проявления (увейт, поражение кожи и слизистых оболочек, воспалительные заболевания кишечника и т. д.) [1]. Основными заболеваниями, относящимися к СПА, являются: анкилозирующий спондилит (АС, болезнь Бехтерева), псориазический артрит (ПСА), реактивный артрит, артрит, ассоциированный с воспалительными заболеваниями кишечника (ВЗК, болезнь Крона, язвенный колит), и недифференцированный СПА [1]. Наиболее распространенное и наиболее изученное заболевание группы этой – АС [2, 3].

Сегодня одновременно применяется большое число классификационных критериев СПА при почти полном отсутствии диагностических критериев [2, 4]. Это создает ряд проблем, из которых наиболее важными представляются две: применение в реальной клинической практике классификационных критериев с диагностической целью; возможность констатации разных нозологических форм СПА у одного пациента при одной и той же клинической картине. Часть критериев позволяет лишь зафиксировать наличие СПА, но не определить его нозологическую форму согласно МКБ-10, что делает неприменимыми данные критерии в клинической практике (критерии Amor [5], критерии Европейской группы по изучению СПА – European Spondyloarthropathy Study Group – ESSG [6], критерии ASAS – Assessment of Spondyloarthritis International Society – для аксиального [7] или периферического [8] СПА). Другие критерии позволяют уточнить нозологическую форму, но с их помощью можно диагностировать заболевание только в продвинутых стадиях, когда снижается возможность эффективного лечения (модифицированные Нью-Йоркские критерии АС) [9]. Несовместимость применяемых методов диагностики СПА приводит к разногласиям в полученных статистических данных, трудностям их интерпретации и в целом – к отсутствию сопоставимых данных, позволяющих изучать особенности течения, лечения и прогноза у боль-

ных СПА [10]. В связи с этим изучение особенностей применения различных критериев СПА является актуальной проблемой клинической практики.

**Цель исследования** – изучение особенностей диагностики и возможностей применения классификационных критериев СПА в клинической практике.

**Материал и методы.** В исследование включено 119 пациентов, госпитализированных в ГУЗ «Областная клиническая больница» (Саратов) в 2012–2014 гг. с диагнозами АС, ПСА, недифференцированного СПА, аксиального или периферического СПА. В исследование не включали пациентов с артритами, ассоциированными с ВЗК, поскольку эти больные наблюдаются в клинике гастроэнтерологии. Проводили опрос пациентов с помощью «Электронной карты обследования пациента со спондилоартритом – ЭКОП» (рационализаторское предложение № 2909 от 20.12.2012), включающей основные показатели, необходимые для установления диагноза и дальнейшего наблюдения, рекомендованные национальными и международными организациями [11]. Проанализированы истории болезни пациентов и амбулаторная документация. На основании полученной информации рассмотрено соответствие каждого случая модифицированным Нью-Йоркским критериям [9], критериям ESSG [6], критериям Amor [5], критериям ASAS для аксиального [7] и периферического [8] СПА, соответствие Российской версии модифицированных Нью-Йоркских критериев [12] критериям CASPAR (Classification criteria for Psoriatic Arthritis) для ПСА [13].

Статистическую обработку данных осуществляли с использованием программ Microsoft Office Excel 2007 (Microsoft Corp., США), SPSS17.

Все пациенты дали письменное информированное согласие на участие в исследовании. Исследование одобрено этическим комитетом ГБОУ ВПО «Саратовский государственный медицинский университет им. В.И. Разумовского» Минздрава России.

**Результаты.** При анализе историй болезни установлено, что 63 (52,9%) пациентам лечащим врачом был установлен диагноз АС (код по МКБ-10 – M45), 44 (36,1%) – ПСА (M07.0, M07.1, M07.2, M07.3), 8 (6,7%) – недифференцированного СПА (M46.9), 4 (3,3%) – аксиального нерентгенологического СПА (M46.8). Характеристика пациентов, включенных в исследование, представлена в табл. 1.

Интересно, что 10 из 63 пациентов с диагнозом АС не соответствовали модифицированным Нью-Йоркским критериям АС, т. е. не имели рентгенологического сакроилии-

О Р И Г И Н А Л Ь Н Ы Е И С С Л Е Д О В А Н И Я

*Характеристика пациентов, включенных в исследование (M±δ)*

Характеристика пациентов	Показатель
<b>АС:</b>	
число больных	63
мужчины/женщины	41/22
возраст, годы	40,62±10,45
длительность заболевания, годы	12,94±9,27
<b>ПсА:</b>	
число больных	44
мужчины/женщины	23/21
возраст, годы	46,81±11,71
длительность заболевания, годы	11,84±12,21
<b>Недифференцированный СпА:</b>	
число больных	8
мужчины/женщины	5/3
возраст, годы	30±6,74
длительность заболевания, годы	3,12±2,59
<b>Аксиальный нерентгенологический СпА:</b>	
число больных	4
мужчины/женщины	1/3
возраст, годы	27,33±5,13
длительность заболевания, годы	10±7,55
<b>Всего больных</b>	
<b>мужчины/женщины</b>	<b>119</b>
<b>возраст, годы</b>	<b>70/49</b>
<b>длительность заболевания, годы</b>	<b>41,73±11,72</b>
	<b>12,94±10,56</b>

та, диагноз был установлен лечащими врачами на основании критериев ASAS для аксиального СпА, а 21 пациент с ПсА одновременно соответствовал критериям АС (рис.1).

Обследование на носительство HLA-B27-антигена проведено 20 (16,8%) из 119 пациентов, из них у 19 (95%, n=20) получен положительный результат. Магнитно-резонансная томография (МРТ) крестцово-подвздошных сочленений выполнена 13 (11%) из 119 пациентов, при этом в 8 (61,5%) случаях выявлен сакроилит. Рентгенография крестцово-подвздошных сочленений проведена 102 (85,7%) из 119 пациентов.

Критериям Amor соответствовал 81 (68,1%) пациент, критериям ESSG – 98 (82,4%), критериям ASAS для аксиального СпА – 91 (76,5%), критериям ASAS для периферического СпА – 18 (15,1%), модифицированным Нью-Йоркским критериям – 76 (63,8%), Российской версии модифицированных Нью-Йоркских критериев – 88 (73,9%) и критериям CASPAR – 42 (32,3%; рис. 2).

Установлено, что ≥2 критериям соответствовали 113 (94,9%) больных, ≥3 критериям – 96 (80,7%), ≥4 критериям – 81 (68,1%), ≥5 критериям – 66 (55,5%), 6 критериям – 18 (15,1%; рис. 3).

Исключительно 1 критерию соответствовали только 6 (5,0%) пациентов: 2 больных с диагнозом недифференцированного СпА удовлетворяли критериям ESSG, еще 3 пациента с недифференцированным СпА – критериям ASAS для периферического артрита и 1 больной с диагнозом аксиального нерентгенологического СпА – критериям ASAS для аксиального СпА.

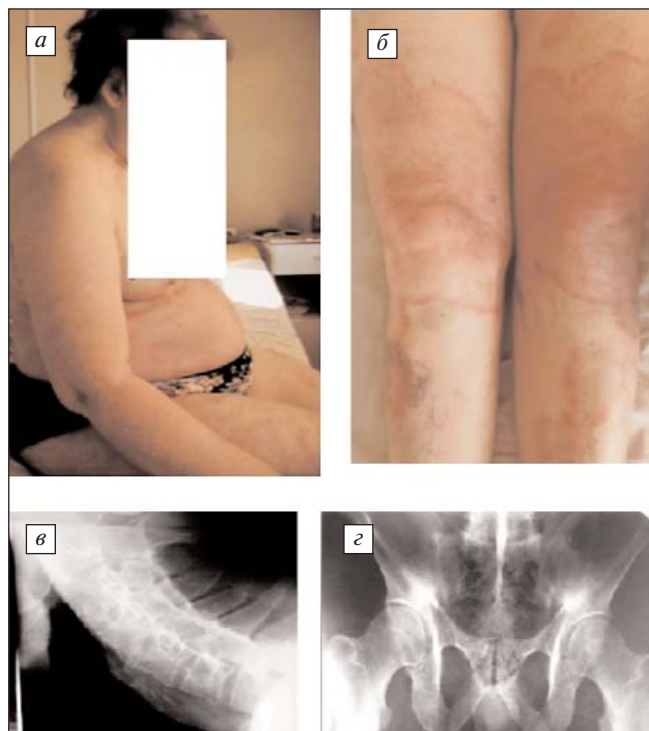
Сочетание только 2 критериев наблюдалось у 17 (18,3%) больных. Чаще встречалось сочетание критериев CASPAR и ASAS для периферического СпА (6 случаев), реже – Российской версии модифицированных Нью-Йоркских критериев и критериев ASAS для аксиального СпА (3 случая), критериев CASPAR и ESSG (3 случая), критериев Amor и ESSG (2 случая). Отмечено по 1 случаю сочетания критериев ESSG и Российской версии модифицированных Нью-Йоркских критериев, критериев Amor и CASPAR, критериев ASAS для периферического СпА и ESSG.

Одновременно 3 критериям соответствовали 15 (12,6%) пациентов. Сочетание критериев распределилось следующим образом: критерии Amor, ASAS для аксиального СпА и Российская версия модифицированных Нью-Йоркских критериев (2 случая); критерии Amor, ESSG и CASPAR (5 случаев); критерии CASPAR, ASAS для периферического СпА и критерии Amor (2 случая); критерии CASPAR, ASAS для периферического СпА и ESSG (3 случая); Российская версия модифицированных Нью-Йоркских критериев в 2 случаях сочеталась с критериями ASAS для аксиального СпА и ESSG, у 1 пациента были одновременно применимы критерии Amor, ESSG и ASAS для периферического СпА.

Одновременно 4 критериям удовлетворяли 15 (12,6%) больных. В подавляющем большинстве случаев это было сочетание критериев ESSG, ASAS для аксиального СпА, модифицированных Нью-Йоркских критериев и их Российской версии – 9 случаев из 15.

Одновременно под 5 критериев подходили 45 (37,8%) пациентов. 44 пациента соответствовали всем изучаемым критериям, кроме критериев CASPAR и ASAS для периферического СпА. Один больной соответствовал всем критериям.

Одновременно под 5 критериев подходили 45 (37,8%) пациентов. 44 пациента соответствовали всем изучаемым критериям, кроме критериев CASPAR и ASAS для периферического СпА. Один больной соответствовал всем критериям.



**Рис. 1.** Пациентка, одновременно отвечающая критериям АС и ПсА (а–д). Дебют воспалительной боли в спине в возрасте 28 лет, формирование анкилоза позвоночника, ограничение подвижности в шейном и поясничном отделах позвоночника во всех плоскостях, ограничение экскурсии грудной клетки до 1 см, двусторонний сакроилит IV стадии, РФ (–), псориаз на момент осмотра,отягощенная наследственность по псориазу, носительство HLA-B27-антигена. В анамнезе – артрит голеностопных суставов, дактилит пальцев стоп

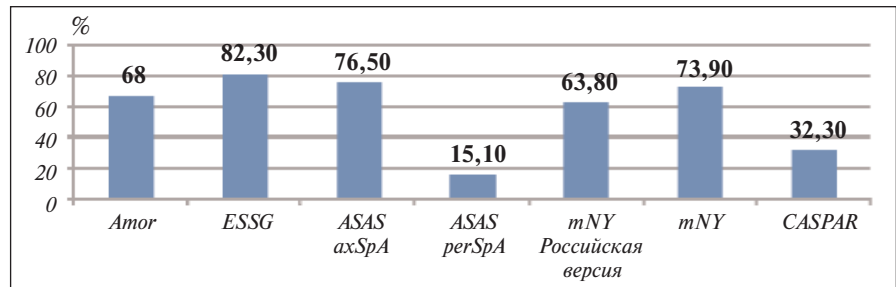
О Р И Г И Н А Л Ь Н Ы Е И С С Л Е Д О В А Н И Я

риям, кроме Нью-Йоркских критериев и критериев ASAS для периферического СпА, т. е. имел псориаз, боль воспалительного характера, дополнительные признаки СпА и сакроилит по данным МРТ.

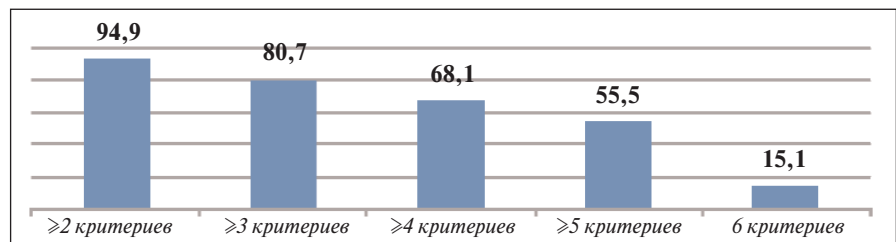
В 21 (17,6%) случае пациенты соответствовали 6 критериям одновременно, всем критериям, кроме ASAS для периферического СпА. Это были больные ПсА (спондилоартритический вариант), имеющие рентгенологический сакроилит и воспалительную боль в спине на момент обследования.

**Обсуждение.** В отечественной литературе первое описание особенностей АС, выделившее его из клиники остеохондроза, принадлежит В.М. Бехтереву, в Европе – А. Штрюмпелю и П. Мари [3]. С этого момента в ревматологии начинается поиск признаков, которые могут явиться основой диагностики АС. Требовалось разработать диагностический алгоритм, дающий ответ на вопрос: какой больной перед врачом – с АС или с дегенеративно-дистрофическим поражением осевого скелета? В течение полувека происходило накопление знаний об особенностях болезни Бехтерева, и в 1961 г. были созданы первые критерии диагностики АС (Римские критерии) [14]. Они включали в себя клинические и рентгенологические признаки, причем сакроилит учитывался независимо от стадии процесса. Диагноз устанавливали при наличии 1 рентгенологического критерия в сочетании с 1 клиническим признаком или при наличии 4 клинических критериев. В 1966 г. на основе Римских критериев были созданы Нью-Йоркские критерии, в которых уже большее значение уделялось боли в нижней части спины (поясничному отделу и крестцово-подвздошным сочленениям) и из которых ввиду низкой специфичности был исключен ирит, включены только достоверные стадии сакроилита (стадия II с двух сторон или стадия III–IV с одной стороны). С течением времени Нью-Йоркские критерии претерпели ряд изменений: была более точно описана клиническая картина воспалительной боли в спине (длительность >3 мес, уменьшение при движении, ночной характер). В настоящее время используются критерии 1984 г. [9].

В 70-е годы XX в. стало очевидным, что АС является не единственным серонегативным СпА, а после детального изучения случаев серонегативного ревматоидного артрита (РА) была выделена группа заболеваний – «серонегативные спондилоартриты», – объединенная общими клиническими признаками, такими как частое поражение позвоночника и крестцово-подвздошных сочленений, асимметричный артрит периферических суставов, энтезит, отсутствие подкожных узелков, семейная предрасположенность. Позднее наследственная предрасположенность была объяснена тесной ассоциацией между СпА и носительством антигена гистосовместимости HLA-B27 и др. [3]. В это время разрабатываются критерии диагностики ПсА, который рассматривается уже как самостоятельная нозо-



**Рис. 2.** Относительное число (в %) пациентов, соответствовавших тем или иным классификационным критериям СпА. ASAS axSpA – критерии ASAS для аксиального СпА (2009), ASAS perSpA – критерии ASAS для периферического СпА (2011), mNY – модифицированные Нью-Йоркские критерии для АС (1984). Остальные пояснения – в тексте



**Рис. 3.** Относительное число (в %) пациентов, соответствовавших одновременно нескольким критериям

логическая форма и окончательно «отделен» от РА. Для диагностики ПсА применяются отдельные критерии, из которых наиболее популярными становятся критерии Moll, Wright, а затем критерии Mathies (1974), в России несколько позже разрабатываются и начинают применяться критерии Э.Р. Агабабовой и соавт. (1989) [15–17]. Указанные критерии ПсА, как и описанные выше критерии СпА, включают рентгенологический сакроилит и подразумевают обязательное наличие у пациента псориазического поражения кожи или ногтей.

В 90-е годы XX в. пришло понимание, что больные со СпА длительно наблюдаются с диагнозом остеохондроз, поскольку не существует инструментальных для ранней диагностики СпА. Как следствие начинают разрабатываться классификационные критерии для всей группы СпА. В 1991 г. были созданы критерии ESSG [6], которые включают клиническую, анамнестическую и рентгенологическую составляющие. Разработанные практически одновременно критерии D. Амог учитывают не только клинические и рентгенологические признаки, но и данные анамнеза, генетический фон, ответ на лечение [8]. Они позволяют оценить достоверность диагноза в баллах. В различных исследованиях эти критерии показали высокую чувствительность (79–87%) в какой-то мере за счет снижения специфичности (87–90%). Они дают лучшие результаты при диагностике ранних случаев заболевания, чем критерии ESSG [18]. Недостатком критериев Amor и ESSG считают низкую чувствительность у пациентов с небольшой давностью заболевания (до 1 года), а также со стертыми и моносимптомными формами СпА, когда единственным проявлением болезни на протяжении многих лет является олигоартрит или увеит [18]. Эти критерии позволяют констатировать только наличие СпА без уточнения его нозологической принадлежности.

Все критерии, разработанные в XX в., включают в себя рентгенологические изменения крестцово-подвздошных сочленений — признак, появляющийся в продвинутых стадиях болезни, когда возможности для достижения клинико-лабораторной ремиссии и предотвращения структурных повреждений опорно-двигательного аппарата существенно ограничены [19].

В связи с этим следующим этапом диагностики СпА явилась разработка классификационных критериев СпА с применением методов раннего выявления сакроилиита (МРТ) и/или генетического анализа (определение носительства HLA-B27) [7, 8, 10, 12]. В 2006 г. появляются классификационные критерии CASPAR [13], отличием которых явилось отсутствие сакроилиита как критерия диагностики ПсА, принципиальным было исключение псориазического поражения кожи у пациента как обязательного критерия (достаточно считалось наличие отягощенной наследственности по псориазу). Следующими критериями, в которых диагностика основана не только на наличии визуализирующей, но и генетической составляющей, стали критерии ASAS. Группой ASAS была предложена концепция СпА, согласно которой все СпА следует делить на аксиальную (с преимущественным поражением осевого скелета) и периферическую формы. Были разработаны критерии ASAS для преимущественно аксиального и периферического СпА, отличавшиеся хорошим балансом чувствительности (77,8%) и специфичности (82,9%) [8]. Несомненным достоинством этих критериев следует считать возможность ранней диагностики и раннего лечения СпА. В нашей стране в 2014 г. с целью оптимизации ранней диагностики СпА было предложено внести изменения в модифицированные Нью-Йоркские критерии: было изменено определение воспалительной боли в спине и включена МРТ как метод диагностики сакроилиита [13]. Критерии опробованы на Российской когорте больных и показали высокую чувствительность у пациентов с небольшой длительностью болезни (<5 лет) [13]. Вместе с тем Российские критерии серьезно изменили общую концепцию, так как позволяют рассматривать любого пациента с воспалительной болью в спине и сакроилиитом как пациента с АС.

Вопрос, насколько правомерным является объединение всех форм СпА в две группы (аксиальный и периферический СпА, как рекомендовано критериями ASAS) или в одну группу (АС, как рекомендуют Российские модифицированные Нью-Йоркские критерии), до настоящего времени не решен. Сторонники концепции объединения СпА в одну нозологическую форму указывают на равную эффективность современных лекарственных средств у больных с нерентгенологическими формами СпА и у больных с продвинутыми формами болезни (АС), на частую трансформацию нерентгенологического сакроилиита в рентгенологический [19–22]. Противники объединения нозологических форм отмечают, что эффективность одних и тех же препаратов не может быть аргументом в пользу определения нозологической формы. Так, в ревматологии при многих системных заболеваниях соединительной ткани эффективны глюкокортикоиды, что не делает разные заболевания одним [23]. Прогрессирование сакроилиита не может быть критерием объединения разных нозологических форм. В противном случае то, что большую часть больных СпА составляют больные АС, приведет к ликви-

дации более редких нозологических форм, протекающих с сакроилиитом. Очевидно, что все пациенты с продвинутыми рентгенологическими стадиями СпА прошли через ранние, нерентгенологические, стадии заболевания. Вместе с тем не очевидно, что все пациенты с нерентгенологическими стадиями заболевания перейдут в рентгенологическую стадию. Концепция объединения СпА под эгидой одной нозологической формы АС, или аксиального СпА, поставила под сомнение существование таких нозологических форм, как ПсА, артрит, ассоциированный с ВЗК, или реактивные артриты. Вместе с тем больные с указанными нозологическими формами требуют лечения, отличающегося от лечения АС: например, при артритах, ассоциированных с ВЗК, не может быть применен этанерцепт, при ПсА можно с успехом использовать такие болезнь-модифицирующие средства, как метотрексат, реактивные артриты требуют наблюдения за персистенцией инфекционного агента и лечения инфекции т. д. [15]. Более того, различные формы СпА имеют разный прогноз для течения заболевания (например, ПсА может протекать с длительными спонтанными ремиссиями) и жизни пациентов. Так, сердечно-сосудистый риск при ПсА определяется частой ассоциацией болезни с ожирением, сахарным диабетом, дислипидемией и артериальной гипертензией, что не было показано для АС [24, 25]. Качество жизни и прогноз у больных ПсА связаны не только с поражением опорно-двигательного аппарата, но и с изменениями кожи, которые не могут не учитываться при лечении пациентов. Жизненный прогноз при артритах, ассоциированных с ВЗК, зависит в большей степени от поражения кишечника, чем от поражения опорно-двигательного аппарата. К тому же течение и прогноз заболевания при СпА определяются генетически [26]. Тем не менее сегодня высказываются мнения, отрицающие факт существования ПсА [27]. Оптимальным способом разработки грамотной стратегии ведения пациентов с ранними стадиями СпА и создания классификации вообще следует считать длительное наблюдение за большой когортой пациентов и изучение особенностей прогрессирования болезни. В современной ревматологии исследований, которые могут показать, как происходит эволюция заболевания у пациентов с ранними стадиями СпА, пока немного.

В нашем исследовании отмечена возможность применения у одного и того же пациента от 2 до 6 критериев СпА. Некоторые из них (критерии ESSG, Amor, ASAS) позволяют ревматологу определиться с наличием у пациента СпА и начать лечение согласно современным представлениям, но не дают возможности установить нозологическую форму в соответствии с МКБ. Как показал наш анализ, это приводит к тому, что в части случаев при ранних стадиях СпА, еще не соответствующих критериям АС, по МКБ присваивается код АС, что нарушает однородность выборки больных АС и может приводить к погрешностям последующего статистического анализа. В то же время ряд врачей ранние СпА кодируют по МКБ как недифференцированный СпА или как аксиальный СпА. Другие критерии (CASPAR, модифицированные Нью-Йоркские критерии) при возможности одновременного применения у одного пациента позволяют врачу определить нозологическую форму, исходя из собственных представлений. Так, в нашем исследовании почти половина пациентов с диагнозом ПсА одновременно

соответствовали критериям АС (по данным Т.В. Коротаевой [15], поражение позвоночника встречается у 25–70% пациентов с ПсА). То, что наши пациенты были кодированы по МКБ как больные с ПсА, определяется традициями конкретной клиники. В другом лечебном учреждении эти пациенты могли бы рассматриваться как больные АС, что существенно изменило бы представляемые нами данные, на треть увеличив число больных АС и вдвое уменьшив число больных ПсА [15]. Безусловно, диагностика сакроилиита с помощью МРТ повышает чувствительность критериев (Российская версия модифицированных Нью-Йоркских критериев, критерии ASAS), вместе с тем неизвестно, как при этом изменяется их специфичность.

В нашем исследовании критерии Amor и ESSG охватывали большую часть пациентов с различными нозологиями в рамках СпА. Это согласуется с данными ряда авторов [4–6, 14, 18], показавших, что критерии ESSG и Amor охватывают весь спектр нозологий в рамках группы СпА, включая больных с установленным диагнозом и пациентов с недифференцированным артритом. Хотя для оценки повреждения опорно-двигательного аппарата в данных критериях предлагается использовать только рентгенографию, чувствительность критериев высока, благодаря учету дополнительных клинических признаков и симптомов. Высокой чувствительностью характеризуются и критерии ASAS. По данным литературы, у некоторых групп больных критерии ASAS более чувствительны, чем критерии Amor и/или ESSG (SPACE-cohort), у некоторых, наоборот (COSPA-cohort) [14]. При проведении нашего анализа отмечено, что все три группы критериев были применимы к большинству пациентов, хотя большая часть обследованных соответствовали критериям ESSG. Это является следствием того, что большая часть пациентов имели большую продолжительность болезни, а значит, рентгенологические изменения успели сформиро-

ваться. Модифицированные Нью-Йоркские критерии охватывали группу пациентов с диагнозом АС и ПсА.

Критериям ASAS для периферического СпА соответствовали всего 18 пациентов, в то время как больных, имевших выраженные периферические симптомы, было гораздо больше. Это демонстрирует еще один недостаток концепции СпА – трудность выделения пациентов с аксиальной и периферической формами при наличии выраженных аксиальных и периферических симптомов. По определению, пациенты, имеющие на момент обследования наряду с периферическими симптомами боль в спине воспалительного характера, рассматриваются как больные с преимущественно аксиальным поражением, так как к ним не применимы критерии ASAS для периферического СпА. Это приводит к недооценке порой более выраженного периферического компонента.

В настоящей статье мы не обсуждали алгоритмы диагностики СпА, основанные на расчете положительного и отрицательного отношения правдоподобия признаков, – подходы, применимые исключительно в клинических исследованиях. В клинической практике они занимают слишком много времени. Подобное невнимание к данным методам мы оправдываем тем, что, несмотря на их точность, усложнение диагностического алгоритма не всегда полезно в клинической практике. В связи с этим вспоминаются слова Г.А. Захарьина, отметившего в клинических лекциях 1895 г.: «Не следует смешивать диагностических целей с семиотическими; не все то, что нужно для семиотики, нужно для диагностики» [28].

**Заключение.** В настоящей момент большинство пациентов со СпА соответствуют  $\geq 2$  классификационным критериям, что часто позволяет у одного и того же пациента констатировать наличие  $\geq 2$  нозологических форм. Это указывает на необходимость разработки диагностических критериев, которые бы позволяли в условиях клинической практики четко разграничить различные формы СпА.

## Л И Т Е Р А Т У Р А

- Braun J, Sieper J. Ankylosing spondylitis. *Lancet*. 2007 Apr 21;369(9570):1379–90.
- Rudwaleit M, van der Heijde D, Khan MA, et al. How to diagnose axial spondyloarthritis early. *Ann Rheum Dis*. 2004 May;63(5):535–43. DOI: <http://dx.doi.org/10.1136/ard.2003.011247>.
- Годзенко АА. Анкилозирующий спондилит. В кн. Ревматология. Клинические лекции. Под ред. В.В. Бадюкина. Москва: Литтерра; 2014. 124 с. [Godzenko AA. Ankylosing spondylitis. In: *Ревматология. Клинические лекции*. Бадюкин ВВ, editor. Moscow: Litterra; 2014. 124 p.]
- Amor B, Dougados M, Listrat V, et al. Are classification criteria for spondylarthropathy useful as diagnostic criteria? *Rev Rhum Engl Ed*. 1995 Jan;62(1):10–5.
- Amor D, Dougados M, Mijiyava M. Criteria of the classification of spondyloarthritis. *Rev Rhum Mal Osteoartic*. 1990 Feb;57(2):85–9.
- Dougados M, Van der Linden S, Juhlin R, et al. The European Spondylarthropathy Study Group: preliminary criteria for the classification of spondylarthropathy. *Arthritis Rheum*. 1991 Oct;34(10):1218–27.
- Rudwaleit M, van der Heijde D, Landewe R, et al. The development of Assessment of SpondyloArthritis international Society classification criteria for axial spondyloarthritis (Part II): validation and final selection. *Ann Rheum Dis*. 2009 Jun;68(6):777–83. doi: 10.1136/ard.2009.108233. Epub 2009 Mar 17.
- Rudwaleit M, van der Heijde D, Landewe R, et al. The Assessment of SpondyloArthritis international Society classification criteria for peripheral spondyloarthritis and for spondyloarthritis in general. *Ann Rheum Dis*. 2011 Jan;70(1):25–31. doi: 10.1136/ard.2010.133645. Epub 2010 Nov 24.
- 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 Apr;27(4):361–8.
- Rudwaleit M, Khan MA, Sieper J. The challenge of diagnosis and classification in early ankylosing spondylitis: do we need new criteria? *Arthritis Rheum*. 2005 Apr;52(4):1000–8.
- Smolen JS, Braun J, Dougados M, et al. Treating spondyloarthritis, including ankylosing spondylitis and psoriatic arthritis, to target: recommendations of an international task force. *Ann Rheum Dis*. 2014 Jan;73(1):6–16. doi: 10.1136/annrheumdis-2013-203419. Epub 2013 Jun 8.
- Эрдес ШФ, Бочкова АГ, Дубинина ТВ и др. Ранняя диагностика анкилозирующего спондилита. Научно-практическая ревматология 2013;51(4):365–367. [Erdes ShF, Bochkova AG, Dubinina TV, et al. Early diagnosis of ankylosing spondylitis. *Nauchno-prakticheskaya revmatologiya = Rheumatology Science and Practice*. 2013;51(4):365–367. (In Russ.)]. DOI: <http://dx.doi.org/10.14412/1995-4484-2013-1245>
- Taylor W, Gladman D, Helliwell P, et al. Classification criteria for psoriatic arthritis: development of new criteria from a large international study. *Arthritis Rheum*. 2006 Aug;54(8):2665–73.

14. van den Berg R. Spondyloarthritis – Recognition, Imaging, Treatment. Giderprint Eschede: 2014. 240 p. [http://issuu.com/gildeprintdrukkerijen/docs/proefschrift\\_vd\\_berg](http://issuu.com/gildeprintdrukkerijen/docs/proefschrift_vd_berg)
15. Коротаева ТВ. Псориатический артрит: классификация, клиническая картина, диагностика, лечение. Научно-практическая ревматология 2014;52(6):650–9. [Korotaeva TV. Psoriatic arthritis: classification, clinical presentation, diagnosis, treatment. *Nauchno-prakticheskaya revmatologiya = Rheumatology Science and Practice*. 2014;52(6):650–9. (In Russ.)]. DOI: <http://dx.doi.org/10.14412/1995-4484-2014-650-659>
16. Moll JM, Haslock I, Macrae IF, Wright V. Associations between ankylosing spondylitis, psoriatic arthritis, Reiter's disease, the intestinal arthropathies, and Behcet syndrome. *Medicine (Baltimore)*. 1974 Sep;53(5):343–64. DOI: <http://dx.doi.org/10.1097/00005792-197409000-00002>.
17. Wright V, Moll JMH. Seronegative spondyloarthritis. Amsterdam: North Holland publishing; 1976.
18. Collantes-Estevez E1, Ciscal del Mazo A, Munoz-Gomariz E. Assessment of 2 systems of spondyloarthropathy diagnostic and classification criteria (Amor and ESSG) by a Spanish multicenter study. European Spondyloarthropathy Study Group. *J Rheumatol*. 1995 Feb;22(2):246–51.
19. Дубинина ТВ, Эрдес ШФ. Причины поздней диагностики анкилозирующего спондилита в обшклинической практике. Научно-практическая ревматология. 2010;(2):43–8. [Dubinina TV, Erdes ShF. Reasons for late diagnosis of ankylosing spondylitis in clinical practice. *Nauchno-prakticheskaya revmatologiya = Rheumatology Science and Practice*. 2010;(2):43–8. (In Russ.)]. DOI: <http://dx.doi.org/10.14412/1995-4484-2010-1415>
20. Callhoff J, Sieper J, Weiß A, et al. Efficacy of TNF $\alpha$  blockers in patients with ankylosing spondylitis and non-radiographic axial spondyloarthritis: a meta-analysis. *Ann Rheum Dis*. 2014 Apr 9. doi: 10.1136/annrheumdis-2014-205322. [Epub ahead of print]
21. Эрдес ШФ. Развитие концепции спондилоартритов. Научно-практическая ревматология. 2014;52(5):474–476. [Erdes ShF. Spondyloarthritis: evolution of a concept. *Nauchno-prakticheskaya revmatologiya = Rheumatology Science and Practice*. 2014;52(5):474–476. (In Russ.)] DOI: <http://dx.doi.org/10.14412/1995-4484-2014-574-576>
22. Губарь ЕЕ, Бочкова АГ, Дубинина ТВ и др. Клиническая характеристика больных ранним аксиальным спондилоартритом (российская когорта пациентов). Научно-практическая ревматология. 2014; 52(5): 507–12. [Gubar' EE, Bochkova AG, Dubinina TV, et al. Clinical profile of patients with early axial spondyloarthritis (russian cohort of patients). *Nauchno-prakticheskaya revmatologiya = Rheumatology Science and Practice*. 2014;52(5):507–12. (In Russ.)]. DOI: <http://dx.doi.org/10.14412/1995-4484-2014-507-512>
23. Ребров АП, Гайдукова ИЗ. Комментарии к статье «Ранняя диагностика анкилозирующего спондилита», опубликованной в №4 за 2013 г. Научно-практическая ревматология 2014;(52)2:228–9. [Rebrov AP, Gaidukova IZ. Comments on the article «Early diagnosis of ankylosing spondylitis» published in №4, 2013. *Nauchno-prakticheskaya revmatologiya = Rheumatology Science and Practice*. 2014;(52)2:228–9. (In Russ.)]. DOI: <http://dx.doi.org/10.14412/1995-4484-2014-228-229>
24. Ребров АП, Никитина НМ, Гайдукова ИЗ. Факторы риска развития сердечно-сосудистых заболеваний при псориатическом и ревматоидном артрите. *Терапевтический архив* 2011;(83)5:20–4. [Rebrov AP, Nikitina NM, Gaidukova IZ. The risk factors for cardiovascular disease in psoriatic and rheumatoid arthritis. *Terapevticheskii arkhiv* 2011;(83)5:20–4. (In Russ.)].
25. Ребров АП, Гайдукова ИЗ, Поддубный ДА. Кардиоваскулярная патология у больных анкилозирующим спондилитом. Научно-практическая ревматология 2012;(2):100–5. [Rebrov AP, Gaidukova IZ, Poddubnyi DA. Cardiovascular disease in patients with ankylosing spondylitis. *Nauchno-prakticheskaya revmatologiya = Rheumatology Science and Practice*. 2012;(2):100–5. (In Russ.)]. DOI: <http://dx.doi.org/10.14412/1995-4484-2012-1281>
26. Chung HY, Machado P, van der Heijde D, et al. HLA-B27 positive patients differ from HLA-B27negative patients in clinical presentation and imaging: results from the DESIR cohort of patients with recent onset axial spondyloarthritis. *Ann Rheum Dis*. 2011 Nov;70(11):1930–6. doi: 10.1136/ard.2011.152975. Epub 2011 Jul 28.
27. Эрдес ШФ. Является ли псориатический артрит действительно псориатическим? Научно-практическая ревматология 2014;(52)6:678–81. [Erdes ShF. Is psoriatic arthritis really psoriatic? *Nauchno-prakticheskaya revmatologiya = Rheumatology Science and Practice*. 2014;(52)6:678–81. (In Russ.)] DOI: <http://dx.doi.org/10.14412/1995-4484-2014-678-681>
28. Захарьин ГА. Клинические лекции профессора Захарьина Г.А. 4-е издание. Выпуск 2. Москва: Университетская типография; 1884. Zakhar'in GA. *Klinicheskie lektsii professora Zakhar'ina G.A.* [Clinical lectures of Professor [Zakhar'in G.A.] 4<sup>th</sup> edition. Issue 2. Moscow: Universitetskaya tipografiya; 1884].

Исследование не имело спонсорской поддержки. Авторы несут полную ответственность за предоставление окончательной версии рукописи в печать. Все авторы принимали участие в разработке концепции статьи и написании рукописи. Окончательная версия рукописи была одобрена всеми авторами.