

Л.С. Крикливець
С.Ю. Крикливець

КУ «Обласна клінічна лікарня
ім. О.Ф. Гербачевського»,
Житомир

ПОШИРЕНІСТЬ АНКІЛОЗИВНОГО СПОНДИЛІТУ В ЖИТОМИРСЬКІЙ ОБЛАСТІ

Ключові слова: анкілозивний
спондиліт, поширеність,
діагностика.

Поширеність анкілозивного спондиліту (АС) в Житомирській області в цілому має тенденцію до зростання. Поширеність цієї патології поступово наближається до європейського рівня і є достовірною, що підтверджує аналіз цього показника за віковими категоріями населення. Підвищення поширеності АС свідчить про покращення діагностики захворювання та виявлення його на більш ранніх стадіях зі зменшенням періоду затримки діагностики. Поширеність АС в регіоні серед чоловіків вища, ніж серед жінок, у 5,5 рази. Це свідчить про недоліки діагностики АС в жінок, оскільки співвідношення поширеності АС у чоловіків до жінок у країнах Європи нижче у 2 рази. Прихильність до фармакологічного лікування хворих на АС вища у чоловіків, ніж жінок — як при застосуванні пероральних глюкокортикоїдів, так і хворобо-модифікуючих препаратів. Раннє виявлення АС повністю корелює з діагностичними можливостями регіону, які включають не лише матеріально-технічне забезпечення, але й наявність доступної допомоги профільних спеціалістів. Це підтверджує проведений нами аналіз поширеності АС в різних районах області, де відзначено найвищий рівень виявлення АС в містах обласного підпорядкування.

Чому політичні діячі Європи та урядовці сфери охорони здоров'я зневажливо ставляться до ревматологічних захворювань?

Немає іншої групи хвороб, які вражали би таку кількість населення, як ревматичні. Ніякі інші захворювання не призводять до такої втрати працездатності, як ревматичні.

Немає інших хвороб, які б спонукали до таких фінансових витрат у сфері охорони здоров'я, як ревматичні.

*Із офіційної заяви президента EULAR Джозефа Смолена,
Медичний університет Відня, Австрія, 2004 р.*

Знання про поширеність хвороби має першорядне значення для ефективного надання медичної допомоги.

Точні й сучасні оцінки поширеності анкілозивного спондиліту (АС), включаючи частоту окремих клінічних проявів хвороби і фармакологічних методів лікування, а також соціально-економічні та географічні відмінності, мають важливе значення для планування охорони здоров'я і можуть дати ключ до визначення ймовірних факторів ризику захворювання.

АС — хронічне запальне захворювання із залученням крижово-клубових суглобів і хребта. Клінічно може проявлятися також периферичним артритом, ентезитами, переднім увеїтом. Крім того, спондиліт виникає у пацієнтів із псоріазом та запальними захворюваннями кишечника. Перші симптоми хвороби зазвичай виникають на третьому десятилітті життя і рідко у віці старше 45 років [2, 5]. Хронічний і часто прогресуючий перебіг захворювання призводить до обмеження фізичної активності, здатності працювати й погіршує якість життя. Фармакологічні методи лікування включають нестероїдні протизапальні препарати (НПЗП), пероральні глюкокортикоїди, синтетичні хворобо-модифікуючі лі-

карські засоби (sDMARDs) та інгібітори фактора некрозу пухлини (TNF)- α .

На думку авторів [6], поширеність АС корелює з поширеністю антигену HLA-B27 в популяції. Середнє значення поширеності АС (на 10 тис. населення) в Європі становить — 23,8, в Азії — 16,7, у Північній Америці — 31,9 і в Латинській Америці — 10,2. Щорічна захворюваність у США становить 7,3 на 100 тис. людино-років [8]. Згідно з європейськими епідеміологічними даними, поширеність АС в Італії — 0,37%, у Франції — 0,3%, в Німеччині — 0,86%. Найнижча поширеність в Японії та Греції [7, 9]. Чоловіки хворіють частіше, ніж жінки, у співвідношенні 2,5:1. Між появою перших симптомів і діагностикою хвороби затримка становить близько 8 років, що часто погіршує клінічні наслідки хвороби. У клініці ювенільного АС частіше вражаються периферичні суглоби, і прогноз хвороби зазвичай гірший, ніж у дорослих, у 9–21% випадків це стосується представників кавказьких популяцій. АС зазвичай асоціюється із псоріазом або запальними захворюваннями кишечника (приблизно 10% хворих на АС). Субклінічне запалення кишечника можна виявити гістологічно приблизно у 60% випадків хворих. Кілька десятиліть тому

співвідношення поширеності АС у чоловіків до жінок становило приблизно 10:1, і цілком ймовірно, що це було пов'язане з недосконалою діагностикою захворювання у жінок [1].

ПОШИРЕНІСТЬ КЛІНІЧНО ДІАГНОСТОВАНОГО АС, ФАРМАКОЛОГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ, ТА СОЦІАЛЬНІ АСПЕКТИ (ОСВІТА)

Поширеність АС в Житомирській області вивчали на основі форми 12 (ф.12) щорічних статистичних звітів, які містять інформацію про кількість зареєстрованих захворювань усього і виявлених вперше в житті, а також на основі щорічних звітів районних і міських спеціалістів. Діагностику АС в області до 2009 р. проводили на основі Criteria

of the classification of spondylarthropathies [3], а з 2009 р. — ASAS Classification Criteria for Axial Spondyloarthritis (SpA) [4]. Кожен клінічний випадок АС підтверджував кваліфікований спеціаліст-ревматолог. Усього за 2016 р. в області зареєстровано 485 випадків АС, що відповідає показнику поширеності на 100 тис. дорослого населення — 48,2 (рис. 1).

Як видно з рис. 2, починаючи з 2006 р. змінюється поширеність АС в області залежно від віку. Так, у 2006 р. поширеність АС в осіб віком старше 55–60 років перевищувала загальний показник поширеності АС дорослого населення (25,1 на 100 тис. населення проти 17,4 на 100 тис. населення) і поширеність АС серед працездатного населення (25,1 на 100 тис. населення проти



Рис. 1. Поширеність АС в Житомирській області в 2005–2016 рр. (на 100 тис. дорослого населення)

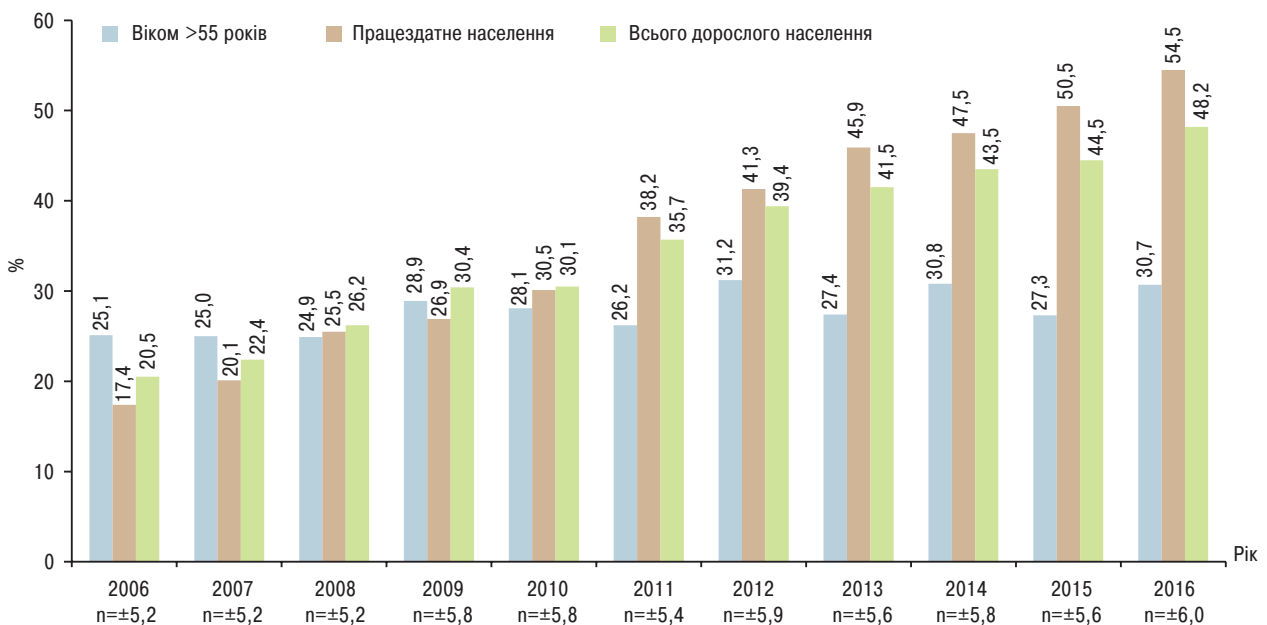


Рис. 2. Поширеність АС серед дорослого населення Житомирської області в розрізі різних вікових категорій у 2006–2016 рр. (на 100 тис. населення)

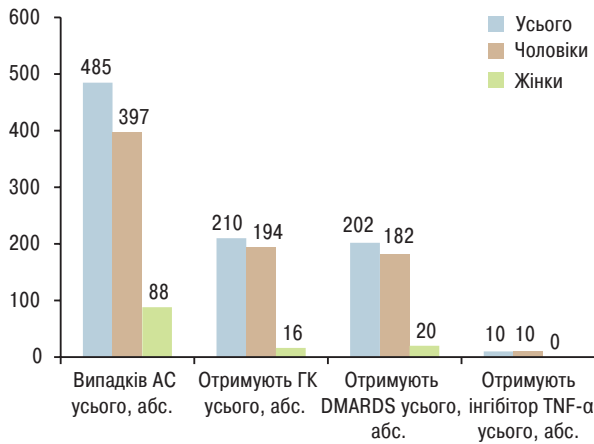


Рис. 3. Дані про медикаментозне лікування хворих на АС Житомирської області станом на 01.01.2017 р. ГК – глюкокортикоїди

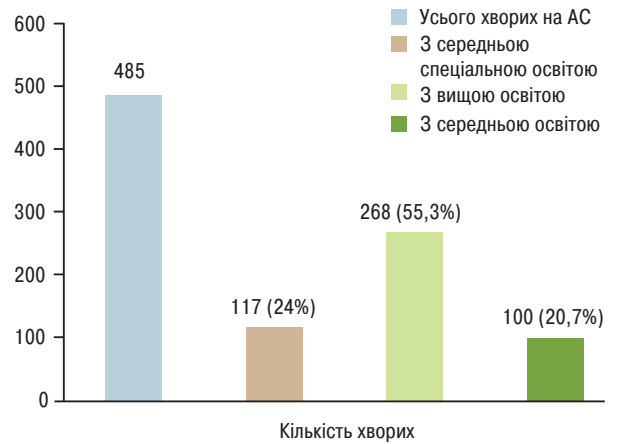


Рис. 4. Дані про освіту хворих на АС Житомирської області станом на 01.01.2017 р.

20,5 на 100 тис. населення), а через 10 років ця ситуація кардинально змінилася. На тлі зростання поширеності АС в усіх вікових категоріях її підвищення серед працездатного населення значно перевищує таку у віковій групі старше 55–60 років у 1,8 раза (54,5 на 100 тис. населення проти 30,7 на 100 тис. населення на 100 тис. населення) і загальний показник поширеності серед дорослих — в 1,1 раза. Така зміна статистичних показників засвідчує «помолодшання» АС в регіоні та дає підстави стверджувати про його виявлення в більш ранньому віці, а з урахуванням існування для АС затримки між появою перших симптомів і діагностикою хвороби, зменшення її тривалості, що в кінцевому результаті відкриває кращі можливості прогнозу хвороби для пацієнтів.

Згідно з даними аналізу за 2016 р. (рис. 3), усі хворі на АС отримують періодичне медикаментозне лікування НПЗП, постійно застосовують НПЗП — 73% хворих. 43,2% хворих на АС отримують глюкокортикоїди, причому серед чоловіків це 48,8%, а серед жінок — лише 18,2%, DMARDs отримують 41,6% хворих (серед чоловіків — 45,8%, серед жінок — 22,7%). Тільки чоловіки отримували інгібітори TNF-α — це лише 2,5% усіх хворих чоловіків. Як свідчать наші дані, є статеві відмінності в лікуванні хворих на АС. Так, чоловіки частіше отримують глюкокортикоїдні препарати, DMARDs, і лише хворі чоловічої статі застосовують інгібітори TNF-α.

Як видно з рис. 4, 55,3% хворих мають середню спеціальну освіту, майже 25% — вищу, 20,7% — середню освіту. Тобто хворі на АС в Житомирській області — в більшості освічені особи, які мають непогану прихильність до лікування.

ЗАЛЕЖНІСТЬ ПОКАЗНИКІВ ПОШИРЕНOSTІ АС ВІД СТАТІ

Як видно з рис. 5, поширеність АС серед усього дорослого населення області за період з 2006 по 2016 р. зросла у 2,4 раза (з 20,5 на 100 тис. населення до 48,2 на 100 тис. населення). Причому серед чоловіків цей показник підвищився

у 2,5 раза, що дещо більше, ніж серед усього дорослого населення і перевищує темп зростання поширеності у жінок (поширеність АС серед жінок виросла у 2 рази). Зростання поширеності АС протягом усього періоду спостереження мало лінійний характер із приблизно сталим приростом як загалом серед усього дорослого населення, так і серед різних статей. На фоні загального підвищення поширеності найвищі темпи її зростання зареєстровані у чоловіків починаючи з 2008 р., що відповідає часу запровадження широкого використання магнітно-резонансної томографії (МРТ) для діагностики сакроілеїту, а з 2010 р. — критеріїв ранньої діагностики спондиліту (ASAS SpA). Найвищу поширеність зареєстровано у чоловіків у 2016 р., що становило 87,2 на 100 тис. населення, проти поширеності у жінок — 16,0 на 100 тис. населення. Співвідношення поширеності АС між чоловіками та жінками становить 5,5:1 (в Європі — 2,5:1).

ЗАЛЕЖНІСТЬ ПОШИРЕНOSTІ АС ВІД МІСЦЯ ПРОЖИВАННЯ

Оцінюючи специфічність Житомирської області щодо знаходження значної частини її території в зоні, яка зазнала впливу наслідків аварії на ЧАЕС (північні райони), нами проведено аналіз поширеності АС в цих регіонах порівняно з іншими, а саме: сільським населенням і населенням міст обласного підпорядкування. Отримані результати (рис. 6) свідчать, що у 2011, 2012, 2014 р. поширеність АС була найвищою саме в північних районах і перевищувала загальну поширеність по області серед дорослого населення в 1,7 раза, а серед сільського населення — у 3,2 раза. Така статистика яскраво свідчить доступність ревматологічної допомоги, з одного боку, для населення, яке постраждало від аварії на ЧАЕС, а з іншого — для жителів села. Як зазначалося вище, впровадження в області новітніх технологій (МРТ, визначення антигену HLAB 27) для дефініції критеріїв ранньої діагностики спондиліту впродовж майже 10 років змінили статистичну картину поширеності АС в різних регіонах області. На тлі загального зростання АС найбільша його кількість за-

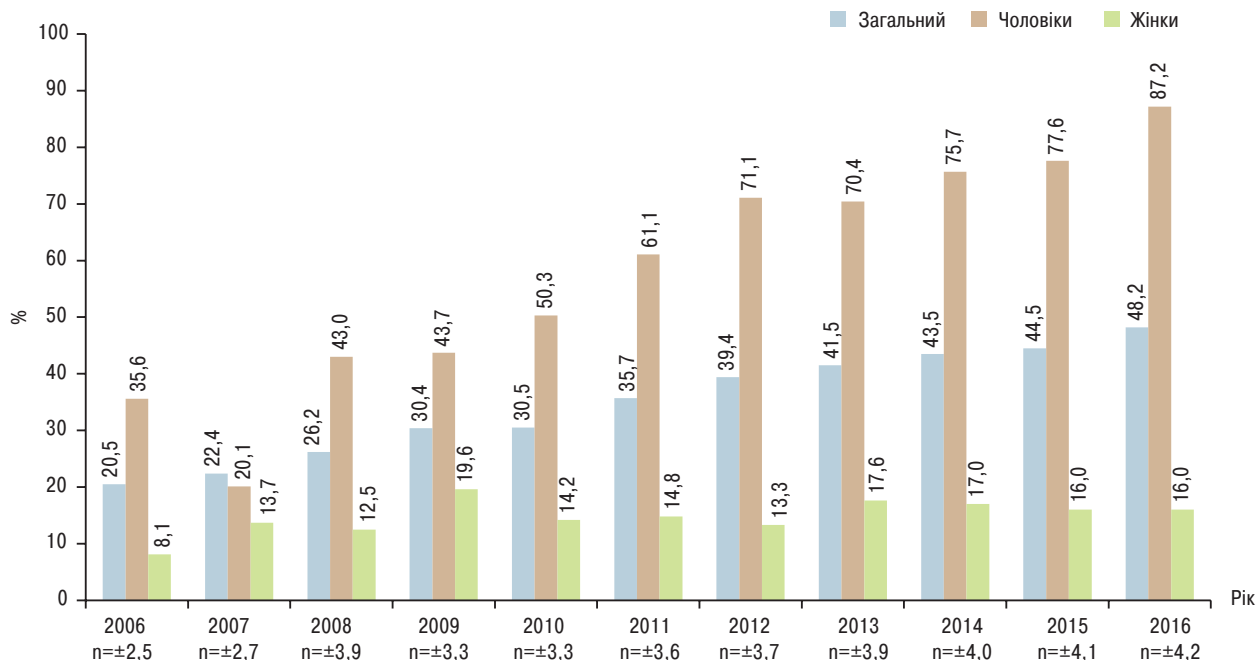


Рис. 5. Поширеність АС серед дорослого населення Житомирської області віком ≥ 18 років у 2006–2016 рр. залежно від статі

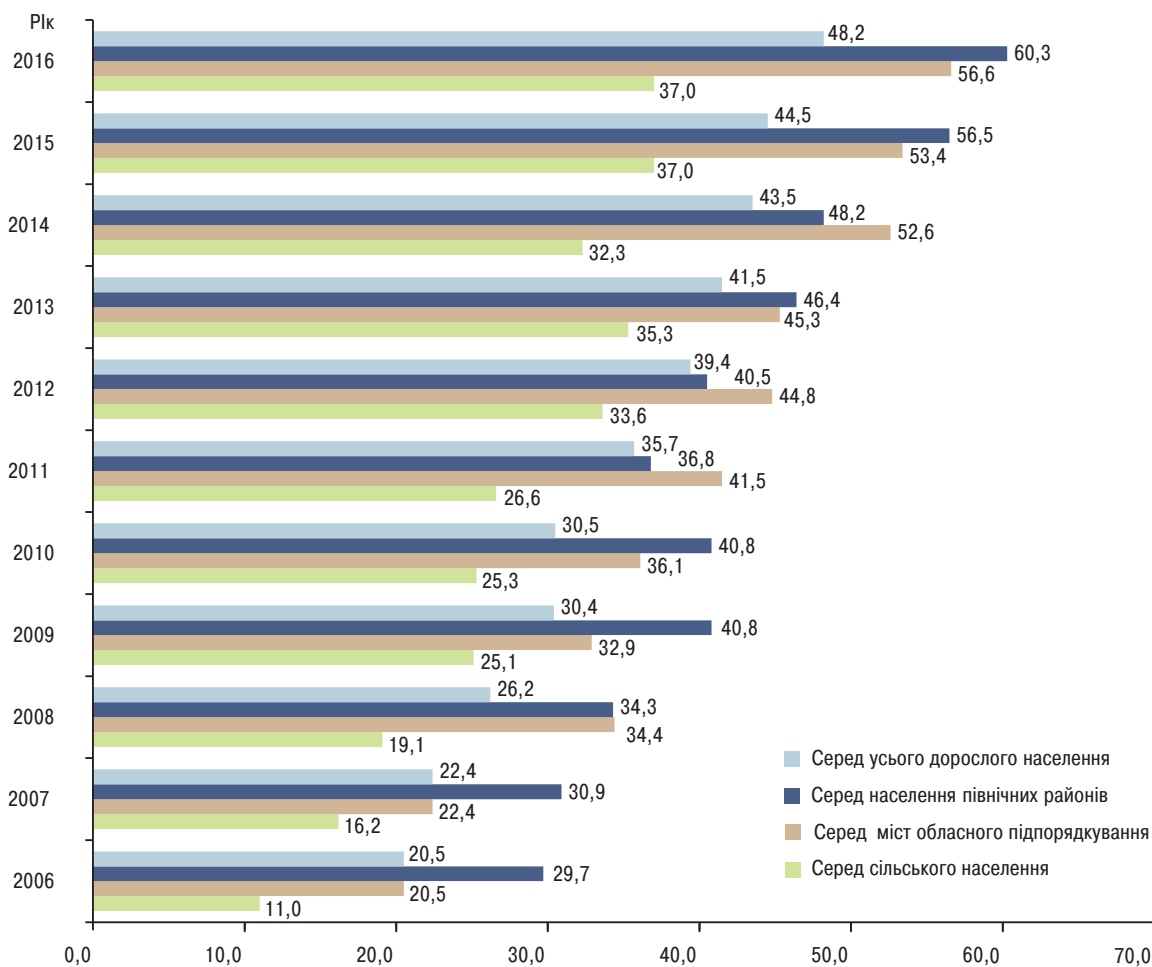


Рис. 6. Поширеність АС серед дорослого населення Житомирської області залежно від місця проживання у 2006–2016 рр.

реєстрована в осіб, які проживають у містах обласного підпорядкування. Саме там сконцентрована діагностична база і кваліфіковані спеціалісти-ревматологи. Поширеність АС в містах області у 2016 р.

(60,3 на 100 тис. населення) перевищила загальний показник (48,2 на 100 тис. населення) в 1,25 раза, серед сільського населення — в 1,6 раза, а серед жителів північних районів — у 1,06 раза.

ВИСНОВКИ

На основі даних проведеного аналізу можна зробити такі висновки.

1. Поширеність АС в області в цілому має тенденцію до зростання. Поширеність цієї патології поступово наближається до європейського рівня і є достовірною, що підтверджує аналіз цього показника за віковими категоріями населення. Підвищення поширеності АС свідчить про покращення діагностики захворювання і виявлення АС на більш ранніх стадіях зі зменшенням періоду затримки діагностики.

2. Поширеність АС в області серед чоловіків вища, ніж серед жінок, у 5,5 рази. Це свідчить про недоліки діагностики АС у жінок, оскільки співвідношення поширеності АС у чоловіків до жінок в країнах Європи нижче у 2 рази.

3. Прихильність до фармакологічного лікування хворих на АС вища у чоловіків, ніж жінок, як при застосуванні пероральних глюкокортикоїдів, так і sDMARDs.

4. Раннє виявлення АС повністю корелює з діагностичними можливостями регіону, які включають не лише матеріально-технічне забезпечення, але й наявність доступної допомоги профільних спеціалістів. Це підтверджує проведений нами аналіз поширеності АС в різних районах області, де за його результатами відзначено найвищий рівень виявлення АС в містах обласного підпорядкування.

На закінчення цієї статті, написаної на основі даних реєстру «Орфанних захворювань» і ф.12 щорічних звітів з міст і районів Житомирської області, можна зробити висновок, що оцінка поширеності АС в області дає можливість поліпшити наше розуміння реального тягаря АС і його місця в системі охорони здоров'я. Нами визначено фенотипічні та фармакологічні відмінності лікування між особами різної статі, а також відмінності в поширеності захворювань, пов'язаних із географічними регіонами та соціально-економічними факторами, припускаючи, що генетичні та, можливо, фактори навколишнього середовища можуть мати важливе значення для розвитку АС.

СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Балабанова Р.М., Эрдес Ш.Ф. (2015) Распространенность ревматических заболеваний в России в 2012–2013 гг. Науч.-практ. ревматология, 53(2): 120–124.
2. Проблеми здоров'я і медичної допомоги та модель покращання в сучасних умовах: Посібник (2016) НАМНУ, Державна установа «Національний науковий центр «Інститут кардіології ім. акад. М.Д. Стражеска», с. 246–247.
3. Amor B., Dougados M., Mijiyawa M. (1990) Criteria of the classification of spondylarthropathies. Rev. Rhum. Mal. Osteoartic., 57: 85–89.
4. Braun J., van den Berg R., Baraliakos X. et al. (2011) 2010 up date of the ASAS/EULAR recommendations for the management of ankylosing spondylitis. Ann. Rheum. Dis., 70: 896–904.
5. Davis A.M., Badley E., Grewal R., Malaika M. (2010) Prevalence of Arthritis and Rheumatic Diseases around the World AGrowingBurden and Implications for Health Care Needs (April 2010) Models of Care in Arthritis, Bone&Joint Disease (MOCA), 104 p.

6. Dean L.E., Jones G.T., MacDonald A.G. et al. (2014) Global prevalence of ankylosing spondylitis, Rheumatology (Oxford), 53(4): 650–657.

7. Exarchou S., Lindström U., Asklig J. et al. (2015) The prevalence of clinically diagnosed ankylosing spondylitis and its clinical manifestations: a nation wide register study. Arthr. Res. Ther., 17: 118 (doi: 10.1186/s13075-015-0627-0).

8. Helmick C.G., Felson D.T., Lawrence R.C. et al. (2008) Estimates of the Prevalence of Arthritis and Other Rheumatic Conditions in the United States, Part I. Arthr. Rheum., 58(1): 15–25.

9. Morton L., Jones G.T., MacDonald A.G. et al. (2012) The prevalence and burden of ankylosing spondylitis in Europe: a systematic review. Rheumatology, 51(Suppl. 3): iii19-iii26.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ АНКИЛОЗИРУЮЩЕГО СПОНДИЛИТА В ЖИТОМИРСКОЙ ОБЛАСТИ

Л.С. Крикливец, С.Ю. Крикливец

Резюме. Распространенность анкилозирующего спондилита (АС) в Житомирской области в целом имеет тенденцию к возрастанию. Распространенность этой патологии постепенно достигает европейского уровня и является достоверной, что подтверждает анализ этого показателя по возрастным категориям населения. Повышение распространенности АС свидетельствует об улучшении диагностики заболевания и выявления его на наиболее ранних стадиях с уменьшением периода задержки диагностики. Распространенность АС в регионе среди мужчин выше, чем среди женщин, в 5,5 раза. Это свидетельствует о недостатках диагностики АС у женщин, поскольку соотношение распространенности АС у мужчин к женщинам в странах Европы ниже в 2 раза. Приверженность фармакологическому лечению больных АС выше у мужчин, чем женщин — как при применении пероральных глюкокортикоидов, так и болезнь-модифицирующих препаратов. Раннее выявление АС полностью коррелирует с диагностическими возможностями регионов, которые включают не только материально-техническое обеспечение, но и наличие доступной помощи профильных специалистов. Это подтверждает проведенный нами анализ распространенности АС в различных районах области, где отмечен самый высокий уровень выявляемости АС в городах областного подчинения.

Ключевые слова: анкилозирующий спондилит, распространенность, диагностика.

THE DISTRIBUTION OF ANKYLOSING SPONDYLITIS IN ZHYTOMIRSKA REGION

L.S. Kryklyvets, S.Yu. Kryklyvets

Summary. The prevalence of ankylosing spondylitis in the region as a whole is growing. Prevalence of this disease gradually draw nigh to the European level and are reliable, which confirms

the analysis of this indicator by age population. Increasing prevalence AS indicates improved diagnosis of the disease and detect it at an earlier stage with the reduction of the term «delay» diagnosis. AS prevalence in men is higher than among women 5.5 times. This indicates shortcomings AS diagnosis in women because the prevalence ratio AS men to women in Europe is below 2 times. Adherence to pharmacological treatment of AS is higher in men than women, as those taking oral corticosteroids and those treated DMARDs drugs. Early detection of the AS fully correlated with diagnostic capabilities regions, which includes not only logistical support, but also for available assistance of spe-

cialized experts. This confirms our analysis of prevalence of AS in different regions where its results, has the highest prevalence of AS in the cities of regional subordination.

Key words: ankylosing spondylitis, prevalence, diagnostics.

Адреса для листування:

Крикливець Людмила Сергіївна
10002, Житомир, вул. Червоного Хреста, 3
Комунальна установа
«Обласна клінічна лікарня
ім. О.Ф. Гербачевського»
Житомирської обласної ради

РЕФЕРАТИВНА ІНФОРМАЦІЯ

**Новое слово в лечении
при ревматоидном артрите**

Подготовила Олеся Дидковская

Ревматоидный артрит (РА) является многофакторным заболеванием, определение которого на ранних стадиях может вызывать трудности из-за неспецифичности ранних проявлений заболевания. Группе ученых из Швеции в своих исследованиях удалось приблизиться к разработке новых диагностических критериев, которые позволяют диагностировать РА на ранних стадиях, назначить раннюю терапию и как следствие — улучшить прогноз больных РА. Ранее учеными предполагалось, что при инфекционном воздействии на ткани сустава происходит появление новых антигенов, вследствие чего возникает иммунный ответ и процесс развития заболевания проходит по типу аутоиммунного воспаления. Шведские ученые, заинтересовавшись данным вопросом, провели исследование, в котором выяснили, что антитела к коллагену II типа помогают спрогнозировать ход болезни и подобрать наиболее эффективную стратегию лечения. Ученые выявили, что у пациентов, имеющих данные антитела, отмечаются ранние, но обратимые признаки воспаления и эрозии суставов. Эти наблюдения дали старт масштабному исследованию с численной когортой больных РА для сопоставления связи развития симптомов с лейкоцитарными антигенами человека (HLA) — DRB1.

В ходе исследования ученые выдвинули предположение о важной роли коллагена II типа в развитии патогенеза артрита. Участникам Шведского эпидемиологического исследования РА (773 человека) измерили начальные уровни коллагена II типа и циклического цитруллинированного пептида (ЦЦП) и сравнили с данными Шведского ревматологического регистра о 1476 пациентах с HLA — DRB1. Сравнения сделаны относительно С-реактивного белка (C-reactive protein — CRP), скорости оседания эритроцитов (СОЭ), числа болезненных суставов (ЧБС), числа набухших суставов (ЧНС), индекса активности болезни DAS-28 и DAS-28-CRP, визуаль-

ной аналоговой шкалы боли, анкет оценки состояния здоровья и связи с аллелями (HLA — DRB1).

Результаты свидетельствуют, что наличие у испытуемых коллагена II типа ассоциируется с повышенным CRP, СОЭ, ЧНС, DAS-28 и DAS-28-CRP во время диагностики и в период до 6 мес с момента установления диагноза. Тогда как наличие ЦЦП напрямую связано с повышением ЧНС и DAS-28 во временном отрезке от полугода и до 5 лет с момента установления диагноза. Также выявлено, что коллаген II-ассоциированный фенотип оказался более сильным и преобладал у пациентов с двойным положительным эффектом касательно обоих пептидов. Важным является факт, что с течением болезни наличие коллагена II типа связано с улучшением CRP, СОЭ, ЧБС, ЧНС, DAS-28, тогда как наличие ЦЦП вызывало ухудшение показателей ЧНС и DAS-28.

Все эти наблюдения позволили сделать вывод, что у пациентов, имеющих антитела к коллагену II типа, наблюдается риск повышенного уровня воспалительного процесса в первые полгода после установления диагноза. У этих больных отмечается острый, но благоприятный прогноз по сравнению с высокой активностью болезни при установлении диагноза. Также отмечено, что по истечению полугодового периода различия с участниками без антител становились незначительными или вовсе идентичными. Другим важным открытием стал факт, что на более поздних стадиях артрита антитела к ЦЦП повышают уровень воспаления, что ухудшает прогноз у таких пациентов.

Ученые допускают, что совместный анализ антител к коллагену II типа и ЦЦП может быть новым эффективным инструментом в прогнозировании течения болезни. Предполагается, что данное открытие позволит вывести стратегию диагностики РА (как важной составляющей дальнейшего благоприятного прогноза) на новый уровень и облегчит выбор эффективной терапии у пациентов с РА.

Manivel V.A., Mullazehi M., Padyukov L., Westerlind H. (2017) Anticollagen type II antibodies are associated with an acute onset rheumatoid arthritis phenotype and prognosticate lower degree of inflammation during 5 years follow-up. *BMJ Open*, 30 March.