

Коморбидность при воспалительных заболеваниях суставов и позвоночника – тенденции XXI века

И.З. Гайдукова¹, А.И. Акулова², А.П. Ребров²

¹ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова» Минздрава России, Санкт-Петербург, Россия;

²ФГБОУ ВО «Саратовский государственный медицинский университет им. В.И. Разумовского» Минздрава России, Саратов, Россия

Резюме

Прогресс и значимые изменения в подходах к диагностике и лечению артритов определяют необходимость комплексного изучения структуры и изменений сопутствующих заболеваний у больных ревматологического профиля.

Цель исследования: изучение встречаемости коморбидных состояний у больных воспалительными заболеваниями позвоночника и суставов с оценкой общих изменений, которые претерпевают коморбидные состояния в начале XXI в.

Материалы и методы. С применением валидированных индексов оценки коморбидности проанализирована коморбидность у 245 пациентов со спондилоартритами, участвовавших в научной программе ПРОГРЕСС. Выполнен анализ 96 источников литературных баз РИНЦ и PubMed. Результаты собственного наблюдения и литературного поиска сопоставлены и проанализированы.

Результаты и обсуждение. По данным медицинской документации проведен анализ структуры коморбидной патологии у 221 больного: мультиморбидными являются 207 (93,66%) пациентов с воспалительными заболеваниями позвоночника и суставов. Наиболее распространены заболевания желудочно-кишечного тракта (60,6%) и сердечно-сосудистая патология (58,3%), вторичный остеоартрит (60,2%). По данным источников литературы, большая часть коморбидных состояний и воспалительных заболеваний позвоночника и суставов взаимосвязаны патогенетически и при изменении профиля ревматических и/или сопутствующих болезней претерпевают одновременные изменения. Появление новых заболеваний в структуре коморбидности и новых лекарственных средств требует разработки рекомендаций, учитывающих наличие коморбидной патологии у пациентов ревматологического профиля.

Заключение. Большинство больных воспалительными заболеваниями позвоночника и суставов являются мультиморбидными, в связи с чем коморбидность определяет прогноз и тактику ведения пациента. Изменение ревматических и неревматических болезней, происходящее в XXI в., оказывает взаимное влияние, изменяя профиль пациентов и определяя изменение тактики их ведения.

Ключевые слова: коморбидность, мультиморбидность, спондилоартриты, ревматоидный артрит, анкилозирующий спондилит, псориатический артрит.

Comorbidities in inflammatory joint and spine diseases in XXI century

I.Z. Gaydukova¹, A.I. Akulova², A.P. Rebrov²

¹I.I. Mechnikov North-Western State Medical University of the Ministry of Health of the Russian Federation, Saint-Petersburg, Russia;

²V.I. Razumovsky Saratov State Medical University of the Ministry of Health of the Russian Federation, Saratov, Russia

Progress and significant changes in the approaches to the diagnosis and treatment of arthritis determine the need for a comprehensive study of comorbidities in rheumatologic patients.

Aim. The evaluation the occurrence of comorbidities in patients with inflammatory diseases of the spine and joints and the assessment of the general changes in comorbidities at the beginning of the XXI century compared to previous period.

Materials and methods. Comorbidity was analyzed in 245 patients with spondyloarthritis who participated in the scientific program PROGRESS. Validated comorbidity assessment indices were used in the study. The analysis of 96 sources of literary bases RISC and PubMed were used in literature analysis. The results of their own observation and literary search were compared.

Results and discussion. According to the patients' cards, an analysis of the structure of comorbidities was conducted in 221 patients: 207 (93.66%) patients with spondyloarthritis had two or more comorbidities. The most common diseases were diseases of gastrointestinal tract (60.6%) and cardiovascular pathology (58.3%), secondary osteoarthritis (60.2%). According to literature sources, most of the comorbidities and spondyloarthritis are interrelated pathogenetically and undergo a change in the profile of rheumatic and/or related diseases undergo simultaneous changes. The emergence of new diseases in the structure of comorbidity and new drugs requires the development of recommendations that take into account the presence of comorbidity in patients with a rheumatic diseases.

Conclusion. Most patients with spondyloarthritis has comorbidity. The change in rheumatic and non-rheumatic diseases that occurs in the 21st century has a mutual influence, changing the profile of patients and determining the change in the tactics of their management.

Keywords: comorbidity, multimorbidity, spondyloarthritis, rheumatoid arthritis, ankylosing spondylitis, psoriatic arthritis.

АС – анкилозирующий спондилит
ЖКТ – желудочно-кишечный тракт
НПВП – нестероидные противовоспалительные препараты
ПсА – псориатический артрит
РА – ревматоидный артрит

СпА – спондилоартрит
ФР – фактор риска
ХСН – хроническая сердечная недостаточность
ASAS – Международное общество по изучению спондилоартрита (Assessment of SpondyloArthritis International Society)

Ревматические заболевания (РЗ) вызывали интерес медицинской общественности в глубокой древности и продолжают занимать значимое место в современной медицине. В конце XX и начале XXI вв. заинтересованность аутовоспалительными заболеваниями позвоночника и суставов, такими как ревматоидный артрит (РА), спондилоартриты (СпА), возросла, основными причинами чего следует считать увеличе-

ние числа больных, страдающих указанными заболеваниями, с одновременным изменением представлений об их патогенезе, диагностике, лечении [1–4]. Так, распространенность РА, по последним данным, составляет 0,8%, СпА – 0,5–2,0%, заболеваемость – 20 случаев на 100 тыс. населения [1].

Следует отметить глобальные изменения целей лечения воспалительных заболеваний суставов и позвоночника, про-

изошедшие после появления синтетических и биологических болезнью-модифицирующих препаратов в арсенале врачей, занимающихся лечением артритов. Если основной задачей лечения больных РА и СпА в XX в. являлось максимально долгое сохранение качества жизни путем купирования воспаления и предотвращения структурных повреждений опорно-двигательного аппарата, то в начале XXI в. обозначена необходимость достижения при артритах продолжительности жизни, сопоставимой с популяционной [1–4]. Это обусловлено тем, что оптимизация лечения артритов не привела к значимому увеличению продолжительности жизни больных, несмотря на достигнутое улучшение ее качества с уменьшением потери трудоспособности из-за поражения опорно-двигательного аппарата [1, 2]. Интересно, что сокращение продолжительности жизни пациентов с аутовоспалительными болезнями в большинстве случаев не определяется основным РЗ, а обусловлено сопутствующей патологией. Так, смертность больных РА превышает популяционную. При этом, по данным S.A. Pinheiro и соавт. (2015), проанализировавших 3955 смертей больных с РА, 72,4% больных умерли от причин, не связанных с ревматической патологией [5]. Пришло понимание того, что больные с заболеваниями суставов чаще всего являются мультиморбидными, а прогноз их жизни и здоровья определяется несколькими заболеваниями, оказывающими равное влияние на пациента. Стало очевидным, что такие больные требуют особого подхода к лечению, основанного на понимании двустороннего характера взаимосвязей между РЗ, коморбидными состояниями, факторами риска (ФР) их развития и прогрессирования. Подтверждает эту мысль тот факт, что РА, системная красная волчанка, синдром Стилла у взрослых, синдром Фелти, недифференцированные полиартриты признаны самостоятельными факторами сердечно-сосудистого риска и включены в системы оценки вероятности наступления сердечно-сосудистых событий (индексы QRISK, QRISK2, QRISK3), тогда как курение и избыточная масса тела признаны ФР развития и прогрессирования артритов [6–9].

Таким образом, актуальность изучения коморбидности и мультиморбидности у больных воспалительными заболеваниями позвоночника и суставов, а также разработка тактики ведения пациентов с разной коморбидностью сомнений не вызывают. Особого внимания требуют болезни, понимание которых претерпело комплексное переосмысление в последнее десятилетие и для которых тактика ведения с точки зрения концепции мультиморбидности находится в стадии разработки, как это наблюдается при СпА.

Цель настоящей работы – изучение встречаемости коморбидных состояний у больных с воспалительными заболеваниями позвоночника и суставов с оценкой общих изменений, которые претерпевают коморбидные состояния в артрологии начала XXI в.

Материалы и методы

Обследуемая популяция. Настоящая работа является результатом анализа сведений, полученных в результате научной программы ПРОГРЕСС (ПРОГрамма мониторинга активности и функционального статуса пациентов со Спондилоартритами в Саратовской области – проспек-

тивное когортное одноцентровое исследование, регистрационный номер 01201376830). Пациенты, у которых отсутствовала часть информации, необходимой для обработки, из анализа исключены. В окончательный анализ настоящей работы включили сведения, предоставленные 245 пациентами, отвечающими критериям Международного общества по изучению спондилоартритов (Assessment of Spondyloarthritis International Society – ASAS) для аксиальных спондилоартритов [10], в возрасте старше 18 лет, подписавших форму информированного согласия на участие в научной программе. Оценка активности СпА проводилась согласно рекомендациям ASAS с определением индексов активности BASDAI (the Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index), ASDAS (Ankylosing Spondylitis Disease Activity Score) и BASFI (the Bath Ankylosing Spondylitis Functional Index) [11–14].

Для определения тенденций изменения коморбидности при воспалительных заболеваниях суставов и позвоночника и уточнения соответствия профиля коморбидности, выявленного в проанализированных нами данных, проведен системный поиск в литературных базах РИНЦ и PubMed. Применялись ключевые слова «comorbidity in rheumatic diseases», «comorbidity in rheumatoid arthritis», «comorbidity in spondyloarthritis», «comorbidity in ankylosing spondylitis», «comorbidity in psoriatic arthritis». Суммарно получено 2805 ссылок, после чего исключены работы без доступа к полному тексту статьи, статьи не на русском или английском языках, статьи с неясными критериями включения, статьи с нечетко описанными критериями изучения коморбидности, другие статьи, не соответствующие требованиям проводимого анализа. Окончательно в анализ включено 96 статей, охватывающих промежуток времени с января 1973 г. по май 2017 г.

Методы оценки коморбидности у больных с воспалительными заболеваниями позвоночника и суставов. Для изучения коморбидности, ее структуры и степени тяжести пациента просили заполнить «Вопросник по изучению сопутствующих заболеваний, заполняемый самостоятельно», проводили анализ медицинской документации и подсчитывали тяжесть коморбидности в баллах с использованием модифицированного индекса коморбидности Charlson, индекса Kaplan–Feinstein, системы Cumulative Illness Rating Scale (CIRS) [15–17]. Помимо опроса пациентов, коморбидность оценивали по данным медицинской документации больного (истории болезни, выписки из амбулаторных и стационарных карт).

Статистический анализ. Статистическая обработка полученных данных проводилась с использованием программ Microsoft Excel, SPSS17. Для проверки соответствия распределения признака нормальному распределению применяли методы Колмогорова–Смирнова и Шапиро–Уилка, нормальным считалось распределение при $p \geq 0,05$. Для описания нормально распределенных количественных признаков использовались среднее значение признака и среднее квадратичное отклонение ($M \pm SD$); для описания выборочного распределения признаков, отличающегося от нормального, указывались медиана, верхний и нижний квартили – Me [25-й; 75-й перцентили]. Для сравнения двух групп с нормальным распределением количественного признака

Сведения об авторах:

Акулова Анна Игоревна – к.м.н., ассистент каф. госпитальной терапии лечебного факультета СГМУ им. В.И. Разумовского
Ребров Андрей Петрович – д.м.н., проф., зав. каф. госпитальной терапии лечебного факультета СГМУ им. В.И. Разумовского

Контактная информация:

Гайдукова Инна Зурабиевна – д.м.н., проф. каф. терапии, ревматологии, экспертизы временной нетрудоспособности и оценки качества медицинской помощи им. Э.Э. Эйхвальда СЗГМУ им. И.И. Мечникова; тел.: + 7(903)329-03-59; e-mail: ubp1976@list.ru

Таблица 1. Клинико-лабораторная характеристика пациентов со СпА, включенными в исследование коморбидности

Параметр	СпА (n=245)	АС (n=138)	нр-аксСпА (n=43)	перСпА (n=31)
Доля мужчин, %	64,4	70,27	59,52	38,7
Носительство HLA-B27, %	84	85,7	78,1	92%
Возраст, годы, Ме [25-й; 75-й перцентили]	40,50 [29,5; 50]	44 [35,5; 51]	27,5 [23; 38]	38 [28; 52]
Длительность заболевания, мес, Ме [25-й; 75-й перцентили]	139 [48,5; 239,5]	181 [108; 288]	40 [12; 78,5]	82 [36; 140]
Возраст начала заболевания, годы, Ме [25-й; 75-й перцентили]	26 [20; 34]	25 [20; 34]	27,00 [17; 34]	29,0 [23; 40]
Индекс BASDAI, Ме [25-й; 75-й перцентили]	5,30 [3,2; 6,8]	5,2 [3,2; 6,9]	5,25 [2,5; 6,7]	5,8 [4,7; 6,6]
Индекс ASDAS, Ме [25-й; 75-й перцентили]	3,44 [2,58; 4,18]	3,5 [2,6; 4,2]	3,1 [2,58; 4,2]	2,8 [2,6; 4,1]
Индекс BASMI, Ме [25-й; 75-й перцентили]	4,2 [2,8; 6,2]	4,60 [3,20; 6,80]	2,6 [2; 3,2]	4,20 [3,0; 6,2]
Индекс BASFI, Ме [25-й; 75-й перцентили]	5,40 [2,6; 7,5]	6,15 [3,50; 8,20]	3,5 [1,7; 5,9]	4,3 [2,4; 5,8]
Индекс здоровья ASAS, Ме [25-й; 75-й перцентили]	9 [7; 12]	10 [7; 12]	7 [4,5; 9]	9 [7,2; 12]
Число пациентов с индексом BASDAI $\geq 4,0$, %	68,9	64	41,9	61,3

определялся t-критерий Стьюдента для независимых групп (с учетом вида дисперсии признака, определенного методом Левена). Различия считались достоверными при $p < 0,05$ [18].

Одобрение локального этического комитета ФГБОУ ВО «Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского» Минздрава России получено.

Результаты

Клинико-лабораторная характеристика больных, включенных в исследование, представлена в **табл. 1**. Число пациентов, заполнивших «Вопросник по изучению сопутствующих заболеваний, заполняемый самостоятельно пациентом», – 160, из них отсутствие каких-либо сопутствующих заболеваний отметили у себя 36 (22,5%) пациентов, в том числе 22 (13,75%) пациента отмечали у себя боль и припухлость суставов, кроме спины (отдельный пункт «Вопросника»). Два пациента (1,25%) указали на наличие у них только остеопороза, один (0,62%) – на наличие заболевания сердца, трое (1,87%) – на артериальную гипертензию, один (0,62%) – на заболевание органов дыхания, один (0,62%) – на заболевания почек, 4 (2,5%) – на депрессию. Большинство же пациентов – 111 (69,37%) – указали на наличие у них нескольких сопутствующих заболеваний. Таким образом, согласно «Вопроснику по изучению сопутствующих заболеваний, заполняемому самостоятельно пациентом», болезни сердца встречались у 29 (18,12%) больных, артериальная гипертензия – у 64 (40%) больных, заболевание органов дыхания – у 18 (11,25%), сахарный диабет – у 5 (3,12%), язва и другие заболевания желудка – у 40 (25%), заболевания почек – у 31 (19,37%), заболевания печени – у 26 (16,2%), анемия или болезни крови – у 11 (6,87%), опухоли – у 13 (8,12%), у 108 (67,5%) – боль и припухлость в суставах, кроме спины, остеопороз – у 42 (26,25%), переломы – у 22 (13,75%) пациентов.

По данным медицинской документации проведен анализ структуры коморбидной патологии у 221 больного (**табл. 2**). Отсутствие коморбидной патологии зафиксировано у 14 (6,33%) пациентов, возраст пациентов без коморбидности составил 30,70 [24,75; 34,67] года, из них 10 (71,43%) – мужчины. Сравнение встречаемости коморбидности по данным опроса пациентов и по данным медицинской документации приведено на **рисунке (см. на цветной вклейке)**, демонстрирующем тот факт, что коморбидность документально отражена в большей степени, чем ее обозначили пациенты при опросе.

Таблица 2. Коморбидная патология у пациентов со СпА (n=221)

Показатель	%	n
Сопутствующие заболевания	93,66	207
Патология сердечно-сосудистой системы:	59,28	131
артериальная гипертензия	44,79	99
ишемическая болезнь сердца	19,91	44
инфаркт миокарда	0,9	5
ХСН	9,5	21
другое	30,08	68
Патология ЖКТ:	60,63	134
язвенная болезнь желудка/двенадцатиперстной кишки	8,59	19
хронический гастрит	58,82	130
хронический холецистит	19,35	43
хронический панкреатит	18,09	40
хронический колит	6,33	14
гепатит лекарственного генеза	6,33	14
вирусные гепатиты	2,41	5
хронический гепатит В	0,9	2
хронический гепатит С	1,3	3
Патология дыхательной системы:	23,07	51
хроническая обструктивная болезнь легких	11,76	26
бронхиальная астма	4,07	9
хроническое легочное сердце	13,22	16
Заболевания ЛОР-органов	32,58	72
Заболевания почек и мочевыводящих путей	31,67	70
Другие заболевания опорно-двигательного аппарата:		
остеоартрит	60,18	133
подагра	1,81	4
остеопороз без патологических переломов	19,46	43
остеопороз с патологическими переломами	8,14	18
Сахарный диабет	4,98	11
Болезни глаз	20,81	46
Злокачественные новообразования	0,45	1
ВИЧ-инфекция	0,9	2
Хроническая анемия	14,9	33

Примечание. ХСН – хроническая сердечная недостаточность, ЖКТ – желудочно-кишечный тракт.

Таблица 3. Тяжесть коморбидного статуса у пациентов с АС и ПсА, Ме [25-й; 75-й перцентили]

Показатель	АС (n=144)	ПсА (n=40)
Возраст, годы	44 [36; 51]	48,5 [34,5; 56]
Индекс коморбидности Charlson	1 [0; 2]	1 [0; 2]
Система CIRS	8 [5; 10]	6,5 [4,5; 10]
Индекс коморбидности Kaplan–Feinstein	8 [5; 10]	7 [4,5; 9]

Не установлено статистически значимых различий между тяжестью коморбидности у пациентов с разными СпА – коморбидность больных с преимущественно аксиальным поражением (анкилозирующий спондилит – АС) и преимущественно периферическим вовлечением (псориатический артрит – ПсА) сопоставима, критерий Манна–Уитни, $p \geq 0,05$ (табл. 3). Хотя следует обратить внимание на тенденцию к большим значениям индекса Charlson у пациентов с ПсА (среднее значение у пациентов с ПсА – 1,40, у пациентов с АС – 1,18), в то время как значения индекса Kaplan–Feinstein и системы CIRS в среднем выше у пациентов с АС (индекс Kaplan–Feinstein: 7,15 – при ПсА, 7,73 – при АС; CIRS: 7,1 – при ПсА, 7,59 – при АС соответственно). Это можно объяснить тем, что индекс Charlson учитывает и подробнее характеризует тяжелые, прогностически значимые заболевания и состояния, в том числе инфаркт миокарда, ХСН, которые, по данным литературы, чаще встречаются у больных ПсА, чем у пациентов с АС [19].

Обсуждение

Выполненная нами работа показала высокую частоту встречаемости сопутствующих заболеваний при воспалительных заболеваниях позвоночника и суставов – у 93,66% больных СпА установлено наличие мультиморбидности. Наиболее распространенной сопутствующей патологией при СпА являются заболевания ЖКТ (60,63%), сердечно-сосудистая патология (58,28%), вторичный остеоартрит (60,18%). СпА с преимущественно аксиальным и периферическим поражением продемонстрировали равную встречаемость сопутствующей патологии с тенденцией к преобладанию более тяжелых форм у больных ПсА. Показанные нами данные сопоставимы с результатами ряда международных исследований, в частности, исследований COMOSpA (2014) и COMORA (2015), продемонстрировавших сходную встречаемость сопутствующей патологии у больных СпА и РА для всех групп заболеваний, кроме депрессии, частота выявления которой традиционно низка в российской популяции [20, 21]. С учетом того что больные артритом имеют множество ФР поражения ЖКТ и сердечно-сосудистой системы, включая лекарственные факторы, в целом полученные результаты представляются закономерными.

Вместе с тем относительно недавно наметилась тенденция к изменению профиля коморбидной патологии в отдельных выборках больных с артритом. Указанную тенденцию демонстрирует работа, представленная S. van Doornum и соавт. (2015), в которой показана низкая (<5%) встречаемость заболеваний системы пищеварения у больных РЗ, в том числе по сравнению с общей популяцией [22]. Подобное изменение профиля коморбидности в работе S. van Doornum и соавт. может быть объяснено особенностями пациентов, включенных в исследование, боль-

шая часть которых получали биологические генно-инженерные болезнь-модифицирующие препараты для лечения при очень низкой частоте назначения нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП), цитостатиков и глюкокортикоидов. Соответственно, анализируемая выборка состояла из пациентов с меньшей частотой курения, достигших низкой активности или ремиссии без применения таких агрессивных по отношению к ЖКТ групп препаратов, как НПВП, цитостатики и глюкокортикоиды, что и определило низкую частоту поражения ЖКТ. Аналогичные результаты получены при анализе коморбидности в российской части исследования COMOSpA, в которую включены 220 пациентов с АС, в большинстве своем получавших генно-инженерные препараты. У этих пациентов, по данным анализа медицинской документации, поражение ЖКТ выявлено в 10% случаев, язвенное поражение желудка или двенадцатиперстной кишки в анамнезе – у 8% больных [23]. Интересно, что последующее эндоскопическое исследование показало наличие эрозий слизистой оболочки желудка у 14 (13%) из 110 больных, язвенное поражение желудка или двенадцатиперстной кишки – у 6 (5%) из 110 пациентов [23]. Таким образом, в настоящий момент отмечено изменение профиля пациентов с воспалительными заболеваниями позвоночника и суставов, определяемое изменением подходов к лечению артритов, выраженности и встречаемости ФР развития сопутствующих заболеваний, что приводит к изменению структуры коморбидности.

Еще одной важной закономерностью начала XXI в. является изменение профиля сердечно-сосудистой коморбидности у больных артритом. При сопоставимой кардиоваскулярной заболеваемости у больных артритом, в выборках больных, получающих преимущественно генно-инженерную терапию, отмечается увеличение встречаемости ХСН [22], числа лиц с избыточной массой тела и с проатерогенным профилем липидного спектра. Указанные изменения могут объяснять тот факт, что, несмотря на уменьшение активности РЗ и применение менее агрессивного лечения, кардиоваскулярная смертность при артритом продолжает превосходить популяционную. Вместе с тем указанные причины являются не единственным объяснением повышенной сердечно-сосудистой смертности больных артритом. Недавно показано, что пациенты с РЗ в случае наступления коронарного события реже подвергаются вмешательствам, направленным на восстановление коронарного кровотока (чрескожное коронарное вмешательство или аортокоронарное шунтирование). Восстановление коронарного кровотока больным с РЗ проводится реже, чем лицам без артритов, как в остром периоде, так и в плановом порядке [22]. Остается неясным, чем обусловлены подобные различия в ведении пациентов с коронарной патологией при наличии и отсутствии РЗ. Имеют ли больные артритом больше абсолютных противопоказаний для коронарных вмешательств, чем кардиологические больные без ревматической патологии, или сам факт наличия РЗ определяется врачами как противопоказание для вмешательства? Данный вопрос требует дальнейшего изучения.

Следует отметить, что не только изменение лечения, но и изменение подходов к диагностике артритов определяют изменение профиля пациентов и структуры коморбидности в указанной группе. Изменение подходов к диагностике СпА, внедрение генетического анализа (выявление В27-локуса антигена гистосовместимости человека) и магнитно-резонансной томографии привело к тому, что в группе СпА более половины пациентов в настоящий момент представлено женщинами, в то время как до последней декады XX в. СпА считались типично «мужскими»

болезнями. Это закономерно привело к изменению структуры сопутствующих болезней и ФР их развития при СпА.

Изменило структуру коморбидных состояний и появление «новых» заболеваний (например, ВИЧ-инфекции), которое заставляет ожидать увеличения числа лиц с тяжелыми формами ряда артритов, с патогенезом, синергичным патогенезу ВИЧ (например, ПсА). Прогнозируемое увеличение числа ВИЧ-инфицированных лиц с тяжелыми формами ПсА требует разработки отдельного алгоритма ведения и лечения для таких больных [24–26]. Аналогично, увеличение числа больных с сочетанием артритов и вирусных гепатитов требует особых подходов к лечению обоих заболеваний.

Патогенетическая общность наблюдается не только между артритами и инфекциями. Показаны общие закономерности развития ожирения и псориатического артрита, реализующиеся через системы адипокинов, сигнальные молекул ремоделирования кости и Т-лимфоцитов, приводящие к взаимному усугублению течения всех состояний [7, 8]. Общие механизмы связывают воспалительную реакцию в атеросклеротической бляшке и суставе при ПсА [27]. Понимание общности патогенеза коморбидных состояний определяет необходимость поиска возможностей одновременного влияния на несколько патологических процессов путем коррекции общего для них патогенетического звена.

Все проанализированные нами работы демонстрируют постулат о совокупном влиянии всех имеющихся у пациента заболеваний на тактику его ведения и прогноз. Очевидно,

что структурированный подход к формулировке диагноза облегчает процесс маршрутизации пациента, определения направлений его лечения, упрощает классификация пациента в системах, связанных с отчетностью и статистическим анализом, что не отменяет отношение к больному как к мультиморбидному пациенту. Мультиморбидный больной требует внимательного отношения ко всем имеющимся у него заболеваниям, вне зависимости от их принадлежности к основному или сопутствующим заболеваниям в структуре диагноза.

Заключение

Прогноз и тактику ведения пациента с воспалительными заболеваниями позвоночника и суставов определяет как РЗ, так и имеющаяся сопутствующая патология. Это важно в свете данных о том, что 93,66% больных воспалительными заболеваниями позвоночника и суставов являются мультиморбидными. Наиболее распространены при воспалительных заболеваниях позвоночника и суставов заболевания ЖКТ (60,63%), сердечно-сосудистая патология (58,28%) и вторичный остеоартрит (60,18%). Большая часть коморбидных состояний и воспалительных заболеваний позвоночника и суставов взаимосвязаны патогенетически, что определяет необходимость разработки рекомендаций по лечению больных с учетом особенностей коморбидной патологии.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

- Braun J, Krüger K, Manger B, Schneider M, Specker C, Trappe H.J. Cardiovascular Comorbidity in Inflammatory Rheumatological Conditions. *Dtsch Arztebl Int.* 2017;114(12):197-203. doi: 10.3238/arztebl.2017.0197
- Van der Heijde D, Ramiro S, Landewé R, Baraliakos X, van den Bosch F, Sepriano A, Regel A, Ciurea A, Dagfinrud H, Dougados M, van Gaalen F, Géher P, van der Horst-Bruinsma I, Inman RD, Jongkees M, Kiltz U, Kvien TK, Machado PM, Marzo-Ortega H, Molto A, Navarro-Compán V, Ozgocmen S, Pimentel-Santos FM, Reveille J, Rudwaleit M, Sieper J, Sampaio-Barros P, Wiek D, Braun J. 2016 update of the ASAS-EULAR management recommendations for axial spondyloarthritis. *Ann Rheum Dis.* 2017. doi: 10.1136/annrheumdis-2016-210770
- Schoels MM, Braun J, Dougados M, Emery P, Fitzgerald O, Kavanaugh A, Kvien TK, Landewé R, Luger T, Mease P, Olivieri I, Reveille J, Ritchlin C, Rudwaleit M, Sieper J, Smolen JS, Wit Md, van der Heijde D. Treating axial and peripheral spondyloarthritis, including psoriatic arthritis, to target: results of a systematic literature search to support an international treat-to-target recommendation in spondyloarthritis. *Ann Rheum Dis.* 2014;73(1):238-42. doi: 10.1136/annrheumdis-2013-203860
- Wendling D. Treating to target in axial spondyloarthritis: defining the target and the arrow. *Expert Rev Clin Immunol.* 2015 Jun;11(6):691-3. doi: 10.1586/1744666X.2015.1039514
- Pinheiro FA, Souza DC, Sato EI. A Study of Multiple Causes of Death in Rheumatoid Arthritis. *J Rheumatol.* 2015;42(12):2221-8. doi: 10.3899/jrheum.150166
- Hippisley-Cox J, Coupland C, Brindle P. Development and validation of QRISK3 risk prediction algorithms to estimate future risk of cardiovascular disease: prospective cohort study. *BMJ.* 2017;23:357.j2099. doi: 10.1136/bmj.j2099
- Horreau C, Pouplard C, Brenaut E, Barnette T, Misery L, Cribier B, Jullien D, Aractingi S, Aubin F, Joly P, Le Maître M, Ortonne JP, Paul C, Richard MA. Cardiovascular morbidity and mortality in psoriasis and psoriatic arthritis: a systematic literature review. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2013 Aug;27(Suppl 3):12-29. doi: 10.1111/jdv.12163
- Hartl A, Sieper J, Syrbe U, Listing J, Hermann KG, Rudwaleit M, Poddubnyy D. Serum levels of leptin and high molecular weight adiponectin are inversely associated with radiographic spinal progression in patients with ankylosing spondylitis: results from the ENRADAS trial. *Arthritis Res Ther.* 2017;19(1):140. doi: 10.1186/s13075-017-1350-9
- Fallahi S. Relationship of smoking quantity with outcome measures in patients with ankylosing spondylitis: Comments on the article by Villaverde-García V. et al. *Semin Arthritis Rheum.* 2017. pii: S0049-0172(17)30175-0. doi: 10.1016/j.semarthrit.2017.03.011
- Rudwaleit M, van der Heijde D, Landewé R, Listing J, Akkoc N, Brandt J, Braun J, Chou CT, Collantes-Estevez E, Dougados M, Huang F, Gu J, Khan MA, Kirazli Y, Maksymowych WP, Mielants H, Sørensen IJ, Ozgocmen S, Roussou E, Valle-Oñate R, Weber U, Wei J, Sieper J. 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
- Garrett S, Jenkinson T, Kennedy LG, Whitelock H, Gaisford P, Calin A. A new approach to defining disease status in ankylosing spondylitis: the Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index. *J Rheumatol.* 1994;21(12):2286-91.
- Van der Heijde D, Lie E, Kvien TK, Sieper J, Van den Bosch F, Listing J, Braun J, Landewé R. ASDAS, a highly discriminatory ASAS-endorsed disease activity score in patients with ankylosing spondylitis. *Ann Rheum Dis.* 2009 Dec;68(12):1811-8. doi: 10.1136/ard.2008.100826
- Machado P, Landewé R, Lie E, Kvien TK, Braun J, Baker D, van der Heijde D; Assessment of SpondyloArthritis international Society. Ankylosing Spondylitis Disease Activity Score (ASDAS): defining cut-off values for disease activity states and improvement scores. *Ann Rheum Dis.* 2011 Jan;70(1):47-53. doi: 10.1136/ard.2010.138594
- Calin A, Garrett S, Whitelock H, Kennedy LG, et al. A new approach to defining functional ability in ankylosing spondylitis: the development of the Bath Ankylosing Spondylitis Functional Index. *J Rheumatol.* 1994;21(12):2281-5.
- Charlson ME, Pompei P, Ales KL, MacKenzie CR. A new method of classifying prognostic comorbidity in longitudinal studies: development and validation. *J Chronic Dis.* 1987;40(5):373-83.

16. Kaplan MH, Feinstein AR. The importance of classifying initial comorbidity in evaluating the outcome of diabetes mellitus. *J Chron Dis.* 1974;27(7-8):387-404.
17. Conwell Y, Forbes NT, Cox C, Caine ED. Validation of a measure of physical illness burden at autopsy: the Cumulative Illness Rating Scale. *J Am Geriatr Soc.* 1993;41(1):38-41.
18. Реброва О.Ю. Статистический анализ медицинских данных. Применение пакета прикладных программ STATISTICA. М.: Медиасфера, 2002 [Rebrova OYu. *Statisticheskiy analiz meditsinskikh dannykh. Primenenie paketa prikladnykh programm* [Statistical analysis of medical data. The application package STATISTICA applications. Moscow: Media Sphere, 2002 (In Russ.)].
19. Bengtsson K, Forsblad-d'Elia H, Lie E, Klingberg E, Dehlin M, Exarchou S, Lindström U, Askling J, Jacobsson LTH. Are ankylosing spondylitis, psoriatic arthritis and undifferentiated spondyloarthritis associated with an increased risk of cardiovascular events? A prospective nationwide population-based cohort study. *Arthritis Res Ther.* 2017;19(1):102. doi: 10.1186/s13075-017-1315-z
20. Moltó A, Etcheto A, van der Heijde D, Landewé R, van den Bosch F, Bautista Molano W, Burgos-Vargas R, Cheung PP, Collantes-Estevez E, Deodhar A, El-Zorkany B, Erdes S, Gu J, Hajjaj-Hassouni N, Kiltz U, Kim TH, Kishimoto M, Luo SF, Machado PM, Maksymowych WP, Maldonado-Cocco J, Marzo-Ortega H, Montecucco CM, Ozgocmen S, van Gaalen F, Dougados M. Prevalence of comorbidities and evaluation of their screening in spondyloarthritis: results of the international cross-sectional ASAS-COMOSPA study. *Ann Rheum Dis.* 2016;75(6):1016-23. doi: 10.1136/annrheumdis-2015-208174
21. Dougados M, Soubrier M, Antunez A, Balint P, Balsa A, Buch MH, Casado G, Detert J, El-Zorkany B, Emery P, Hajjaj-Hassouni N, Haringai M, Luo SF, Kurucz R, Maciel G, Mola EM, Montecucco CM, McInnes I, Radner H, Smolen JS, Song YW, Vonkeman HE, Winthrop K, Kay J. Prevalence of comorbidities in rheumatoid arthritis and evaluation of their monitoring: results of an international, cross-sectional study (COMORA). *Ann Rheum Dis.* 2014;73(1):62-8. doi: 10.1136/annrheumdis-2013-204223
22. Van Doornum S, Bohensky M, Tacey MA, Brand CA, Sundararajan V, Wicks IP. Increased 30-day and 1-year mortality rates and lower coronary revascularisation rates following acute myocardial infarction in patients with autoimmune rheumatic disease. *Arthritis Res Ther.* 2015;17:38. doi: 10.1186/s13075-015-0552-2
23. Подряднова М.В., Эрдес Ш.Ф., Дубинина Т.В., Старкова А.С., Красненко С.О., Урумова М.М., Агафонова Е.М., Балабанова Р.М. Мультиморбидность анкилозирующего спондилита – результаты российского исследования, проведенного в рамках международной программы COMOSPA. *Научно-практическая ревматология.* 2016;54(S1):123-4 [Podryadnova MV, Erdes ShF, Dubinina TV, Starkova AS, Krasnenko SO, Urumova MM, Agafonova EM, Balabanova RM. Multimorbidity in ankylosing spondylitis – results of a Russian study conducted within the framework of the international COMOSPA program. *Nauchno-Prakticheskaya Revmatologiya.* 2016;54(S1):123-4 (In Russ.)].
24. Yen YF, Jen IA, Chen M, Lan YC, Lee CY, Chuang PH, Lee Y, Arthur Chen YM. Human Immunodeficiency Virus Infection Increases the Risk of Incident Psoriasis: A Nationwide Population-based Cohort Study in Taiwan. *J Acquir Immune Defic Syndr.* 2017. doi: 10.1097/QAI.0000000000001431
25. Bardazzi F, Magnano M, Campanati A, Loconsole F, Carpentieri A, Potenza C, Bernardini N, Di Lernia V, Carrera C, Raone B, Patrizi A, Loi C. Biologic Therapies in HIV-infected Patients with Psoriasis: An Italian Experience. *Acta Derm Venereol.* 2017. doi: 10.2340/00015555-2698
26. Fink DL, Hedley L, Miller RF. Systematic review of the efficacy and safety of biological therapy for inflammatory conditions in HIV-infected individuals. *Int J STD AIDS.* 2017;28(2):110-9. doi: 10.1177/0956462416675109
27. Dey AK, Joshi AA, Chaturvedi A, Lerman JB, Aberra TM, Rodante JA, Teague HL, Harrington CL, Rivers JP, Chung JH, Kabbany MT, Nataraajan B, Silverman JJ, Ng Q, Sanda GE, Sorokin AV, Baumer Y, Gerson E, Prussick RB, Ehrlich A, Green LJ, Lockshin BN, Ahlman MA, Playford MP, Gelfand JM, Mehta NN. Association Between Skin and Aortic Vascular Inflammation in Patients With Psoriasis: A Case-Cohort Study Using Positron Emission Tomography/Computed Tomography. *JAMA Cardiol.* 2017. doi: 10.1001/jamacardio.2017.1213

Поступила 13.10.2018