

Научная статья

УДК 614

doi:10.69541/NRIPH.2025.03.011

## Причины поздней диагностики ревматических заболеваний у пациентов старше 18 лет

Юрий Данилович Сазыкин<sup>1✉</sup>, Денис Олегович Рошчин<sup>2</sup>

<sup>1,2</sup>ФГБНУ «Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья  
имени Н. А. Семашко» Минобрнауки России, 105064, г. Москва, Российская Федерация

<sup>1</sup>sazykinyury@gmail.com, <https://orcid.org/0009-0004-7973-4695>

<sup>2</sup>droschchin2@gmail.com, <http://orcid.org/0000-0001-7151-1324>

**Аннотация: Введение:** согласно данным НИИ ревматологии им. В.А.Насоновой 75% пациентов, страдающих ревматическими заболеваниями, становятся инвалидами в допенсионном возрасте [1]. Диагностика ревматических заболеваний на раннем этапе довольно часто является затруднительной для множества специалистов [2]. Нередко причинами поздней диагностики является низкая осведомленность врачей о симптоматике заболеваний, разнообразии их клинических проявлений, а также запоздалое обращение самих пациентов за медицинской помощью. В настоящем исследовании проанализированы анкеты 100 пациентов старше 18 лет с подтвержденными ревматическими заболеваниями.

**Цель исследования:** выявить субъективные причины, влияющие на сроки постановки диагноза пациентам с ревматологическими заболеваниями в амбулаторных условиях по мнению пациентов на примере спондилоартритов и ревматоидного артрита.

**Материалы и методы:** для исследования были отобраны пациенты в количестве 100 человек от 18 до 91 года, находящиеся под наблюдением ревматолога с подтвержденным ревматическим диагнозом, давшие добровольное согласие на участие в настоящем исследовании. Рассчитана средняя продолжительность заболевания с момента возникновения первых симптомов до обращения к ревматологу и установления ревматологического заболевания, процент обращаемости к смежным специалистам, а также причины несвоевременного выявления ревматического заболевания и позднего обращения к ревматологу по мнению самих пациентов.

**Результаты:** средняя продолжительность заболевания с момента возникновения первых симптомов до обращения к ревматологу и установления ревматологического заболевания составила  $6,88 \pm 1,8$  лет. Причинами позднего выявления ревматологического заболевания по мнению пациентов являются: собственное упущение 39%, упущение врачей 80%, отсутствие возможности посетить ревматолога 1% (допускалось дать несколько вариантов ответа).

**Ключевые слова:** ревматология, ревматоидный артрит, спондилоартрит, запоздалая диагностика, причины позднего выявления ревматических заболеваний по мнению пациентов, анкеты, анкетирование пациентов ревматологического профиля, выявляемость ревматических заболеваний.

**Для цитирования:** Сазыкин Ю. Д., Рошчин Д. О. Причины поздней диагностики ревматических заболеваний у пациентов старше 18 лет // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н. А. Семашко. 2025. № 3. С. . doi:10.69541/NRIPH.2025.03.011.

Original article

### Reasons for late diagnosis of rheumatic diseases in patients over 18 years old

Yury Daniilovich Sazykin<sup>1✉</sup>, Denis Olegovich Roshchin<sup>2</sup>

<sup>1,2</sup>N. A. Semashko National Research Institute of Public Health, 105064, Moscow, Russian Federation

<sup>1</sup>sazykinyury@gmail.com, <https://orcid.org/0009-0004-7973-4695>

<sup>2</sup>droschchin2@gmail.com, <http://orcid.org/0000-0001-7151-1324>

**Annotation: Abstract:** Introduction: According to data from the V. A. Nasonova Research Institute of Rheumatology, 75% of patients suffering from rheumatic diseases become disabled before retirement age [1]. Early diagnosis of rheumatic diseases is often challenging for many specialists [2]. Frequently, the reasons for late diagnosis include a lack of awareness among doctors about the symptoms of the diseases, the variety of their clinical manifestations, as well as patients' delayed requests for medical assistance. This study analyzed questionnaires from 100 patients over 18 years old with confirmed rheumatic diseases.

**Objective of the study:** To identify subjective reasons affecting the timing of diagnosis in patients with rheumatic diseases in outpatient settings, according to the patients themselves, using the examples of spondyloarthritis and rheumatoid arthritis.

**Materials and methods:** The study included 100 patients aged 18 to 91 years who were under the care of a rheumatologist with a confirmed rheumatic diagnosis and who voluntarily agreed to participate in this study. The average duration of the disease from the onset of the first symptoms to the visit to the rheumatologist and the establishment of the rheumatological diagnosis was calculated, along with the percentage of referrals to related specialists and the reasons for the delayed detection of rheumatic diseases and late visits to the rheumatologist, according to the patients themselves.

**Results:** The average duration of the disease from the onset of the first symptoms to the visit to the rheumatologist and the establishment of the rheumatological diagnosis was  $6.88 \pm 1.8$  years. According to patients, the reasons for the late detection of rheumatic diseases are: personal oversight 39%, oversight by physicians 80%, lack of opportunity to visit a rheumatologist 1% (multiple responses were allowed).

**Key words:** rheumatology, rheumatoid arthritis, spondyloarthritis, delayed diagnosis, reasons for late detection of rheumatic diseases according to patients, questionnaires, patient surveys in rheumatology, detection of rheumatic diseases.

**For citation:** Sazykin Y. D., Roshchin D. O. Reasons for late diagnosis of rheumatic diseases in patients over 18 years old. *Bulletin of Semashko National Research Institute of Public Health*. 2025;(3):. (In Russ.). doi:10.69541/NRIPH.2025.03.011.

## Введение

Согласно данным НИИ ревматологии им. В. А. Насоновой 75% пациентов становятся инвалидами в допензионном возрасте [1]. Для ревматических заболеваний характерно хроническое прогрессирующее течение, в связи с чем их прогноз прямо пропорционально зависит от своевременности постановки диагноза и незамедлительного начала противоревматической терапии [2].

Диагностика ревматических заболеваний на раннем этапе довольно часто является затруднительной для множества специалистов, что приводит к отсрочке установления диагноза. Например, по данным зарубежных авторов, средняя продолжительность постановки такого ревматического заболевания как «анкилозирующий спондилит» от 7 до 10 лет с момента возникновения первых симптомов заболевания [3,4]. По результатам проведенных исследований российскими учеными диагноз анкилозирующий спондилит устанавливается в среднем через  $8,1 \pm 6,0$  года после возникновения первых симптомов [5]. Позднее выявление заболевания влечет за собой запоздалое начало базисной противоревматической терапии и нередко начинается у пациентов, имеющих 3—4 стадию заболевания, когда эффективность соответствующей терапии значительно снижается относительно начала терапии на ранней стадии заболевания [6].

Изучение распространенности подагры в Российской Федерации обусловлено сложностями, обусловленными чаще всего недостаточной осведомленностью о заболевании врачей смежных специальностей, плохо владеющими методами диагностики этой довольно часто встречающейся патологии [2]. В настоящее время довольно часто многие пациенты и медицинские работники отождествляют подагру с *hallux valgus*, остеоартрозом и пр. [7]. Основная часть отечественных и зарубежных исследователей отмечают, что сроки установления правильного диагноза от 6 до 8 лет с момента начала развития болезни [8—11]. Отмечается, что при впервые возникшем приступе подагрического артрита диагноз правильно устанавливается лишь в 10—15% случаях, в 30—40% случаев диагноз выставляется лишь через 5—7 лет [11,12]. В НИИ ревматологии им. В. А. Насоновой исследователями установлено, что в течение первого года болезни подагра диагностировалась у 25% пациентов, у оставшихся 75% постановка диагноза произошла в среднем на 7-й год болезни [8].

Нередко причинами поздней диагностики является неосведомленность врачей о симптоматике заболеваний, разнообразие клинических проявлений, а также запоздалое обращение самих пациентов к ревматологу.

В данном исследовании нами принято решение сосредоточиться на субъективных причинах позд-

ней диагностики с точки зрения самих пациентов, поскольку именно их восприятие и опыт могут дать более глубокое понимание проблем, с которыми они сталкиваются в процессе диагностики. Анализ документации, несомненно, важен, однако порой не отражает личные переживания и контекст, в котором происходят задержки в диагностике. Субъективные мнения пациентов могут выявить скрытые барьеры, такие как недостаток информации, непонимание симптомов или проблемы в коммуникации с медицинским персоналом. Таким образом, фокус на восприятии пациентов позволяет нам получить более полную картину и разработать рекомендации для улучшения диагностики и лечения ревматических заболеваний, так как в настоящее время отсутствуют четкие критерии направления и маршрутизации к врачам-ревматологам.

**Цель исследования.** Выявить субъективные причины, влияющие на сроки постановки диагноза пациентам с ревматологическими заболеваниями в амбулаторных условиях.

## Материалы и методы

Для достижения поставленной цели проведено социологическое исследование в форме анкетирования. В исследование включались жители города Москвы старше 18 лет, находящиеся под амбулаторным наблюдением ревматолога страдающие ревматоидным артритом и спондилоартропатиями.

Указанные заболевания являются наиболее распространенными [1,13]. Система здравоохранения субъекта Российской Федерации-города Москвы характеризуется наибольшими возможностями медицинской диагностики и широким штатом врачей-ревматологов. Проведенное исследование включало в себя анкетирование пациентов в возрасте от 18 лет, проживающих в г. Москве, и с подтвержденным ревматическим диагнозом, и давших добровольное согласие на участие в исследовании. Персональные данные не собирались и не обрабатывались.

В настоящем исследовании проанализированы анкеты 100 респондентов, давших добровольное информированное согласие на участие в исследовании.

Анкета включала в себя 6 разделов: 1. «Паспортная часть»: пол, возраст, регион проживания; 2. Первые симптомы заболевания (год, возраст); 3. Почему ранее не обращались к ревматологу; 4. Дата постановки диагноза; 5. Причина позднего выявления. 6. К каким смежным специалистам обращались.

Всего в исследовании приняло участие 102 человека. После валидации (соответствие критериям участия в исследовании, полное заполнение опросного лица) число анкет, принятых к анализу, составило — 100 шт.

Репрезентативность выборки оценивалась следующим образом:

Для расчета ошибки выборки (или стандартной ошибки) можно использовать следующую формулу для выборок с конечной популяцией:

$$E = \sqrt{\frac{N-n}{N-1}} \times \frac{s}{\sqrt{n}},$$

где  $EE$  — стандартная ошибка выборки;  $NN$  — размер популяции (40 000);  $nn$  — размер выборки (100);  $ss$  — стандартное отклонение в выборке

В качестве альтернативы можно использовать формулу для оценки стандартной ошибки пропорции:

$$SE = \sqrt{\frac{p \cdot (1-p)}{n}},$$

где  $pp$  — пропорция определённого признака в выборке,  $nn$  — размер выборки.

Результаты расчёта показывают, что стандартная ошибка выборки составляет приблизительно 1, что указывает на то, что выбранная выборка адекватно отражает характеристики популяции. Результаты сравнения демографических и клинических характеристик выборки с популяцией подтверждают её репрезентативность.

Проведённый расчёт подтверждает, что выборка из 100 человек является репрезентативной для популяции из 40 000 человек с ревматологическими заболеваниями в Москве. Это подтверждается низкой стандартной ошибкой, что обеспечивает достоверность результатов нашего исследования.

Вместе с этим, проведена оценка распределения ответа на вопросы:

- Первые симптомы заболевания (год, возраст);
- Почему ранее не обращались к ревматологу;
- Дата постановки диагноза;
- Причина позднего выявления;
- К каким смежным специалистам обращались;

По эпидемиологическим данным в России распространённость аксиального спондилоартрита среднем составляет 0.15% от населения<sup>1</sup>. Согласно статистическому сборнику Минздрава России на 2018 г. в РФ 312,6 тыс. больных зарегистрировано с ревматоидным артритом и 125,0 тыс. больных спондилопатиями. Эти две группы заболеваний составляют значительную часть всех пациентов, наблюдающихся у ревматолога<sup>2</sup>. По данным Росстата численность населения России составляет 146,15 млн человек. Таким образом, заболеваемость ревматоидным артритом и спондилопатиями по РФ составляет порядка 30 на 10 тыс. С учетом данных Росстата о проживающих в Москве (13,1 млн человек), то в Москве порядка 40 тысяч человек страдает указанными ревматологическими заболеваниями.

По данным Минздрава, в Российской Федерации работают 1,57 тысячи врачей-ревматологов, что в перерасчете на 10 тысяч населения — 0,11 специали-

ста. Согласно реестру “Мосгормед” всего в реестре московских врачей — ревматологов — 262. По экспертной оценке [14], распространённость анкилозирующего спондилита на сегодня составляет 105,0 тысяч по РФ, следовательно, в Москве заболеваемость составляет примерно 8,3 тысячи человек. Учитывая распространённость заболевания, количество врачей-ревматологов по г. Москва, а также, не принимая во внимание пациентов стационарного этапа, а исследуя лишь пациентов амбулаторного звена, репрезентативность выборки составляет 87 человек.

Обработка полученной информации о пациентах осуществлялась при помощи программы для работы с электронными таблицами Microsoft Excel 2007. Для выявления средней продолжительности заболевания с момента возникновения первых симптомов до обращения к ревматологу и установления ревматологического заболевания выполнен расчет среднего значения от суммы лет, прошедших с момента возникновения первых симптомов до момента постановки верного диагноза, от 100 пациентов ревматологического профиля. Для анализа обращаемости к смежным специалистам до момента посещения к ревматологу, а также выявления основных причин поздней диагностики по мнению пациентов, проведен расчет по формуле процентов. Таким образом, нами рассчитана средняя продолжительность заболевания с момента возникновения первых симптомов до обращения к ревматологу и установления ревматологического заболевания, процент обращаемости к смежным специалистам, а также причины несвоевременного выявления ревматического заболевания и позднего обращения к ревматологу по мнению самих пациентов.

### Результаты

Средняя продолжительность заболевания с момента возникновения первых симптомов до обращения к ревматологу и установления ревматологического заболевания по результатам опроса составила  $6,88 \pm 1,8$  лет (доверительный интервал: 5,08—8,68).

До первого визита к ревматологу пациенты исходя из полученных данных наблюдались следующими специалистами: к травматологу обращались 52% опрошенных, к неврологу — 43% опрошенных, к терапевту — 22% опрошенных, к дерматологу — 17% опрошенных, к офтальмологу — 6% опрошенных, к психиатру — 1% опрошенных, к ЛОРу — 1% опрошенных, к кардиологу — 1% опрошенных, к нефрологу — 1% опрошенных.

Отсутствие обращения к ревматологу обуславливалась следующими причинами: не направляли доктора — 79%, отсутствовала возможность посетить ревматолога — 2%, вовремя обратились — 2%, не придавали значения симптомам — 15%, самостоятельно лечились — 17%.

Причинами позднего выявления ревматологического заболевания по мнению пациентов являются: собственное упущение 39%, упущение врачей 80%,

<sup>1</sup> Министерство здравоохранения Российской Федерации. Клинические рекомендации: Анкилозирующий спондилит. 2018. Доступно на: <https://cr.minzdrav.gov.ru> (дата обращения: 20.08.2024).

<sup>2</sup> Исследование: нозология «Ревматология», Эксперт-онлайн URL; <https://expertnw.com/from-editors/otchet-po-nozologii-revmatologiya> (Дата обращения: 25.11.2024)

отсутствие возможности посетить ревматолога 1% (допускалось дать несколько вариантов ответа).

По собственному мнению опрошиваемых, лишь 2% из них считают, что они своевременно были направлены и попали на консультацию к врачу-ревматологу.

Средний интервал с момента появления первых симптомов до установления диагноза среди тех, кто не обращался ни к одному из смежных специалистов и самостоятельно обратился к ревматологу составил  $2,64 \pm 2,4$  лет (интервал от 1 месяца до 11 лет, доверительный интервал между 0,24 и 5,04).

Среди тех пациентов, кто занимался самолечением срок постановки диагноза от момента возникновения первых симптомов составил в среднем  $8,03 \pm 5,25$  лет (интервал от 1 месяца до 70 лет, доверительный интервал между 2,78 и 13,28).

В группе пациентов, кто считает, что они вовремя попали на прием к ревматологу, средний срок постановки диагноза составил  $2,5 \pm 1,09$  месяцев (интервал от 2 до 3 месяцев, доверительный интервал между 1,41 и 3,59).

Средний интервал с момента появления первых симптомов до установления диагноза среди пациентов, обратившихся к смежным специалистам:

- травматолог-ортопед  $7,7 \pm 1,78$  лет (интервал от 2 месяцев до 24 лет, доверительный интервал между 5,92 и 9,48);
- дерматовенеролог  $5,02 \pm 2,31$  лет (интервал от 4 месяцев до 16 лет, доверительный интервал между 2,71 и 7,33);
- терапевт  $11,1 \pm 6,7$  лет (интервал от 1 месяца до 70 лет, доверительный интервал между 4,4 и 17,8);
- невролог  $10,3 \pm 2,94$  лет (интервал от 1 месяца до 70 лет, доверительный интервал между 7,36 и 13,24);
- офтальмолог  $6,7 \pm 4,7$  лет (интервал от 1 года 3 месяцев до 14 лет, доверительный интервал между 2,26 и 11,14);

### Обсуждение

Гендерное распределение составило: мужчин — 44 человек, женщин — 56 человек, распределение по возрасту от 21 до 91 года.

Средняя продолжительность заболевания с момента возникновения первых симптомов до обращения к ревматологу и установления ревматологического заболевания составила 6,88 лет.

Ситуация, при которой до выявления заболевания проходит порядка 7 лет, несет в себе серьезные риски, такие как [1,13,14]:

- суставные деформации, что может привести к потере функции и ограничению движений, развитию необратимых изменений в суставах и окружающих мягких тканях;
- развитие хронической боли;
- инвалидизация и развитие сопутствующих заболеваний, например, остеопороз, заболевания почек и легких;
- психоэмоциональные проблемы;
- применение более агрессивной терапии;

— финансовые потери: увеличение затрат на лечение и реабилитацию;

— увеличение срока до достижения ремиссии;

В ходе наблюдения установлено, что до первого визита к ревматологу пациенты обращались с соответствующими жалобами к докторам различных специальностей, чаще других — к терапевту. Вместе с этим, именно в случае первичного попадания к терапевту, срок постановки увеличивается в среднем на 1,5 года (с 6,88 до 8,33 лет).

При анализе обращаемости к специалистам нами выявлены следующие данные: к травматологу-ортопеда обращались 52% опрошенных, к неврологу — 43%, к терапевту — 22%, к дерматологу — 17%, к офтальмологу — 6%, к психиатру — 1%, к оториноларингологу — 1%, к кардиологу — 1%, к нефрологу — 1%.

На вопрос почему ранее не обращались к ревматологу пациенты отвечали следующим образом: не направляли доктора — 79%, отсутствовала возможность посетить ревматолога — 2%, вовремя обратились — 2%, не придавали значения симптомам — 15%, самостоятельно лечились — 17%. В качестве причин позднего выявления пациенты ответили: собственное упущение 39%, упущение врачей 80%, отсутствие возможности посетить ревматолога 1%.

**Полагают!** Своевременно направлены к ревматологу лишь 2% опрошенных, а в остальных случаях пациенты в течение длительного времени посещали одного специалиста за другим, либо же длительно наблюдались у одного врача смежной специальности без эффекта от проводимой терапии. 79% опрошенных считают, что не были своевременно направлены к ревматологу несмотря на то, что в дебюте заболевания отмечалась характерная клиническая симптоматика, при которой необходима консультация врача-ревматолога для исключения или же подтверждения соответствующего диагноза.

Несмотря на то, что в Москве отмечается более высокая доступность медицинской помощи в сравнении с другими субъектами Российской Федерации, в том числе достаточно развита коммерческая медицина, у 1% опрошенных отсутствовала возможность посетить врача-ревматолога в течение длительного времени, при этом средняя продолжительность заболевания с момента возникновения первых симптомов до обращения к ревматологу и установления ревматологического заболевания составляет  $6,88 \pm 1,8$  лет, что соответствует данным, полученными российскими учеными в среднем по РФ  $8,1 \pm 6,0$  года после возникновения первых симптомов (Значение t-критерия Стьюдента: 0.19. Различия статистически не значимы ( $p=0.845583$ )). Полученные расчеты указывают на позднюю диагностику ревматических заболеваний, что в свою очередь отодвигает начало базисной противоревматической терапии на многие годы. Позднее начало специфической терапии часто сопровождается неполным эффектом от проводимого лечения и требует назначения генно-инженерной биологической терапии, а также приводит к ранней инвалидизации пациентов трудоспособного возраста. По данным ряда иссле-

дователей от 54% до 80% пациентов со спондилоартритом являются инвалидами, из них основная часть — это мужчины трудоспособного возраста [15]. Основная потеря трудоспособности происходит спустя 10 лет и более с момента начала заболевания [16—18].

Следовательно, можно предположить, что в регионах множество пациентов не имеет полноценной возможности получить необходимый объем ревматологической помощи, если даже в таком городе как Москва имеет место отсутствие возможности посещения ревматолога, а постановка ревматологического диагноза занимает в среднем 6,88 лет. Проанализировав сроки с момента появления первых симптомов до установления диагноза среди пациентов, обратившихся к смежным специалистам, нами было выявлено, что наиболее длительный интервал отмечается у пациентов, наблюдаемых врачами-терапевтами и неврологами. Наблюдались пациенты преимущественно с диагнозом остеохондроз позвоночника. В данной когорте пациентов постановка верного диагноза с момента появления первых симптомов в среднем заняла у терапевтов  $11,1 \pm 6,7$  лет и  $10,3 \pm 2,94$  лет у неврологов соответственно, что указывает на недостаточную осведомленность специалистов в рамках ревматических заболеваний. В нашей стране ошибочно принято считать, что основной причиной болей в спине является остеохондроз позвоночника. Тем временем признаки дегенеративно-дистрофических изменений позвоночника выявляются примерно у 50% населения средней возрастной категории и практически у всех возрастных пациентов, при этом не всегда выявление изменений коррелирует с болевой симптоматикой в спине [19]. В настоящее время при отсутствии конкретной причины болевого синдрома в спине принято выставлять диагноз дорсопатии, что включает в себя целую группу заболеваний с похожими между собой клиническими проявлениями [20]. Следовательно, необходимо более подробно изучить причины упущения врачей смежных специальностей при обследовании пациентов с возможными ревматическими заболеваниями и проработать систему взаимодействия между неврологом и ревматологом. При этом при обращении к другим специалистам также выявлены неутешительные данные по срокам направляемости к ревматологу и постановки диагноза.

### Выводы

1. В настоящее время имеет место запоздалая (на 6,88 лет) диагностика спондилопатий и ревматоидного артрита в связи с поздней маршрутизацией пациентов с соответствующей симптоматикой на консультацию к врачу-ревматологу.

2. Самый длительный интервал с момента появления первых симптомов заболевания и до постановки верного диагноза отмечается у пациентов, наблюдаемых врачами-неврологами.

3. До трети пациентов сталкиваются с проблемой доступности ревматологической помощи, т. е. не могут свободно попасть на консультацию.

### СПИСОК ИСТОЧНИКОВ

1. Насонов ЕЛ, ред. Ревматология. Российские клинические рекомендации. М.: ГЭОТАР-Медиа; 2017.
2. Склянова МВ, Калягин АН. Сложности ранней диагностики и лечения ревматических заболеваний. *Бюллетень Восточно-Сибирского научного центра СО РАМН*. 2012;(5—2):160—5.
3. Khan MA. Update on spondyloarthropathies. *Ann Intern Med*. 2002;136(12):896—907.
4. Rudwaleit M, van der Heijde D, Khan MA, et al. How to diagnose axial spondyloarthritis early. *Ann Rheum Dis*. 2004;63(5):535—43.
5. Дубинина ТВ, Эрдес ШФ. Причины поздней диагностики анкилозирующего спондилита в клинической практике. *Научно-практическая ревматология*. 2010;(2):43—8.
6. Кундер ЕВ. Анкилозирующий спондилит: клинические особенности, проблемы диагностики и лечения. *Вестник ВГМУ*. 2006;5(4):1—9.
7. Фоломеева ОМ, Галушко ЕА, Эрдес ШФ. Распространенность ревматических заболеваний в популяциях взрослого населения России и США. *Научно-практическая ревматология*. 2008;(4):4—13.
8. Барскова ВГ, Насонова ВА, Якунина ИА, и др. Ретроспективный анализ причин поздней диагностики подагры. *Клиническая геронтология*. 2004;(6):13—7.
9. Барскова ВГ. Больная хронической подагрой — комментарии к течению болезни. *Современная ревматология*. 2010;(1):32—8.
10. Барскова ВГ. Хроническая подагра. *Терапевтический архив*. 2010;(1):65—8.
11. Жарская ФС, Полковникова ОП, Кохан ВГ, Мошнина АГ. Особенности течения подагрического артрита по данным городского ревматологического кабинета Хабаровска и эффективность школы «Подагра». *Современная ревматология*. 2010;(2):54—7.
12. Мухин НС. Подагра: лики болезни. *Современная ревматология*. 2007;(1):5—9.
13. Румянцева ДГ, Эрдес ШФ. Аксиальный спондилоартрит: современный взгляд на концепцию и эволюцию болезни. *Современная ревматология*. 2019;13(4):4—10. DOI: 10.14412/1996-7012-2019-4-4-10
14. Лиля АМ, Дубинина ТВ, Древаль РО, Лапшина СА, Заботина АН. Медико-социальная значимость и расчет экономического бремени аксиального спондилоартрита в Российской Федерации. *Современная ревматология*. 2022;16(1):20—5. DOI: 10.14412/1996-7012-2022-1-20-25
15. Осипок НВ, Горяев ЮА. Распространенность, клиника и социальная значимость анкилозирующего спондилоартрита. *Сибирский медицинский журнал*. 2007;74(7):17—22.
16. Мазуров ВИ. Клиническая ревматология: Руководство для практических врачей. СПб; 2001.
17. Назаренко ГИ, Черкашов АМ, Араблинский АВ, и соавт. Современная комплексная диагностика дегенеративно-дистрофических изменений межпозвоночных дисков. *Медицинская визуализация*. 2002;(2):38—43.
18. Новик АА, Ионова ТИ. Руководство по исследованию качества жизни в медицине. СПб: Издательский дом "Нева"; 2002.
19. Егоров ИВ. Болезнь Бехтерева. Описание клинического случая и обзор литературы. *Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика*. 2012;(3):72—76. DOI: 10.14412/2074-2711-2012-409
20. Федин АИ. Дорсопатии (классификация и диагностика). *Атмосфера. Нервные болезни*. 2002;(2):2—8.

### REFERENCES

1. Nasonov EL, ed. Rheumatology. Russian Clinical Guidelines. Moscow: GEOTAR-Media; 2017 (in Russian).
2. Sklyanova MV, Kalyagin AN. Challenges in early diagnosis and treatment of rheumatic diseases. *Bull East Siberian Sci Center RAMS. [Byulleten' Vostochno-Sibirskogo nauchnogo tsentra SO RAMN]*. 2012;(5—2):160—5 (in Russian).
3. Khan MA. Update on spondyloarthropathies. *Ann Intern Med*. 2002;136(12):896—907.
4. Rudwaleit M, van der Heijde D, Khan MA, et al. How to diagnose axial spondyloarthritis early. *Ann Rheum Dis*. 2004;63(5):535—43.
5. Dubinina TV, Erdes ShF. Reasons for late diagnosis of ankylosing spondylitis in clinical practice. *Rheumatology Science and Practice. [Nauchno-prakticheskaya revmatologiya]*. 2010;(2):43—8 (in Russian).
6. Kunder EV. Ankylosing spondylitis: clinical features, problems of diagnosis and treatment. *VSMU Bulletin. [Vestnik VSMU]*. 2006;5(4):1—9 (in Russian).

7. Folomeeva OM, Galushko EA, Erdesh ShF. Prevalence of rheumatic diseases in adult populations in Russia and the USA. *Rheumatology Science and Practice. [Nauchno-prakticheskaya revmatologiya]*. 2008;(4):4—13 (in Russian).
8. Barskova VG, Nasonova VA, Yakunina IA, et al. Retrospective analysis of reasons for late diagnosis of gout. *Clinical gerontology. [Klinicheskaya gerontologiya]*. 2004;(6):13—7 (in Russian).
9. Barskova VG. A patient with chronic gout: comments on disease course. *Mod Rheumatol J. [Sovremennaya revmatologiya]*. 2010;(1):32—8 (in Russian).
10. Barskova VG. Chronic gout. *Ther. Archive [Terapevticheskii arkhiv]*. 2010;(1):65—8 (in Russian).
11. Zharskaya FS, Polkovnikova OP, Kokhan VG, Moshnina AG. Features of gouty arthritis course and effectiveness of the "Gout School" program: data from Khabarovsk rheumatology office. *Modern Rheumatology Journal. [Sovremennaya revmatologiya]*. 2010;(2):54—7 (in Russian).
12. Mukhin NS. Gout: many faces of the disease. *Modern Rheumatology Journal. [Sovremennaya revmatologiya]*. 2007;(1):5—9 (in Russian).
13. Rumyantseva DG, Erdesh ShF. Axial spondyloarthritis: a modern view on the concept and disease evolution. *Modern Rheumatology Journal. [Sovremennaya revmatologiya]*. 2019;13(4):4—10 (in Russian). DOI: 10.14412/1996-7012-2019-4-4-10
14. Lila AM, Dubinina TV, Dreval RO, Lapshina SA, Zabolina AN. Medical and social importance and economic burden estimation of axial spondyloarthritis in the Russian Federation. *Modern Rheumatology Journal. [Sovremennaya revmatologiya]*. 2022;16(1):20—5 (in Russian). DOI: 10.14412/1996-7012-2022-1-20-25
15. Osipok NV, Goryaev YuA. Prevalence, clinical manifestations and social significance of ankylosing spondylitis. *Siberian Med J. [Sibirskiy meditsinskiy zhurnal]*. 2007;74(7):17—22 (in Russian).
16. Mazurov VI. *Clinical Rheumatology: A Guide for Practicing Physicians*. St. Petersburg; 2001 (in Russian).
17. Nazarenko GI, Cherkashov AM, Arablinsky AV, et al. Modern complex diagnostics of degenerative-dystrophic changes in intervertebral discs. *Med Visualization. [Meditsinskaya vizualizatsiya]*. 2002;(2):38—43 (in Russian).
18. Novik AA, Ionova TI. *Guidelines for Quality-of-Life Assessment in Medicine*. St. Petersburg: Neva Publishing House; 2002 (in Russian).
19. Egorov IV. Ankylosing spondylitis: case report and literature review. *Neurology, neuropsychiatry, psychosomatics. [Nevrologiya, neyropsikhiatriya, psikhosomatika]*. 2012;(3)72—76 (in Russian). DOI: 10.14412/2074-2711-2012-409
20. Fedin AI. Dorsopathies: classification and diagnosis. *Atmosfera. Nervous diseases. [Atmosfera. Nervnye bolezni]*. 2002;(2):2—8 (in Russian).

**Вклад авторов:** все авторы сделали эквивалентный вклад в подготовку публикации. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

**Contribution of the authors:** the authors contributed equally to this article. The authors declare no conflicts of interests.

Статья поступила в редакцию 22.04.2025; одобрена после рецензирования 03.07.2025; принята к публикации 15.09.2025. The article was submitted 22.04.2025; approved after reviewing 03.07.2025; accepted for publication 15.09.2025.