

Проект рабочей классификации анкилозирующего спондилита

Ш.Ф. Эрдес¹, А.Г. Бочкова¹, Т.В. Дубинина¹,
С.А. Лапшина², Л.И. Мясоутова², О.А. Румянцева¹, И.Г. Салихов²

¹ФГБУ «Научно-исследовательский институт ревматологии им. В.А. Насоновой» РАМН, Москва, Россия;
²ГОУ ВПО «Казанский государственный медицинский университет» Минздрава России, Казань, Россия

¹Nasonova Research Institute of Rheumatology, Russian Academy of Medical Sciences, Moscow, Russia;

²Kazan State Medical University, Ministry of Healthcare of the Russian Federation, Kazan, Russia

Контакты: Шандор Федорович Эрдес
erdes@iramn.ru

Contacts: Shandor Erdes
erdes@iramn.ru

Поступила 19.08.13

В статье описан проект рабочей классификации анкилозирующего спондилита. Вводятся такие новые понятия для этого заболевания, как стадия болезни (а не сакроилиита), внеаксиальные и внескелетные проявления. Даны развернутые объяснения этих понятий. Описаны основные осложнения заболевания. Представлены рекомендации по формулированию диагноза.

Ключевые слова: анкилозирующий спондилит; классификация.

Для ссылки: Эрдес ШФ, Бочкова АГ, Дубинина ТВ и др. Проект рабочей классификации анкилозирующего спондилита. Научно-практическая ревматология. 2013;51(6):604–8.

PROJECT OF WORKING CLASSIFICATION OF ANKYLOSING SPONDYLITIS

Sh.F. Erdes¹, A.G. Bochkova¹, T.V. Dubinina¹,
S.A. Lapshina², L.I. Myasoutova², O.A. Rumyantseva¹, I.G. Salikhov²

The project of working classification of ankylosing spondylitis is described. New concepts for this disease [e.g., stages of disease (rather than stages of sacroiliitis), extra-axial and extraskeletal manifestations] are proposed and comprehensively interpreted. The main complications of the disease are described. Recommendations for diagnostic formulation are presented.

Keywords: ankylosing spondylitis; classification.

For references: Erdes ShF, Bochkova AG, Dubinina TV, et al. Project of working classification of ankylosing spondylitis. Rheumatology Science and Practice. 2013;51(6):604–8.

DOI: <http://dx.doi.org/10.14412/1995-4484-2013-604-8>

Классификация (от лат. *classis* — разряд, класс и *facio* — делаю, раскладываю) — общенаучное и общеметодологическое понятие, означающее такую форму систематизации знания, когда вся область изучаемых объектов представлена в виде системы классов или групп, по которым эти объекты распределены на основании их сходства в определенных свойствах. Классификация призвана решать две основные задачи: представлять в надежном и удобном для обозрения и распознавания виде всю эту область и заключать в себе максимально полную информацию о ее объектах [1].

Классификация болезни, в том числе и анкилозирующего спондилита (АС), — инструмент, который нужен практическому врачу для стандартизации обследования и диагностики, выбора оптимального лечения и оценки его эффективности.

Первостепенное значение при разработке классификации имеет унификация терминологии, и прежде всего — определение болезни. За последние годы в отечественных публикациях можно было встретить различные дефиниции:

Анкилозирующий спондилит — хроническое системное воспалительное заболевание позвоночника и суставов. Относится к группе серонегативных спондилоартритов [2].

Анкилозирующий спондилит — хроническое системное воспалительное заболевание, характеризующееся преимущественным поражением крестцово-подвздошных сочленений и позвоночника [3].

Анкилозирующий спондилит — хроническое системное заболевание, характеризующееся воспалительным поражением суставов позвоночника, околопозвоночных тканей и крестцово-подвздошных сочленений с анкилозированием межпозвоночных суставов и развитием кальцификации спинальных связок [4].

Анкилозирующий спондилит — хроническое системное воспалительное заболевание неизвестной этиологии с преимущественным поражением илеосакральных суставов (сacroiliitis), позвоночника (спондилит), периферических суставов (артрит), энтезов (энтезит), с возможным вовлечением глаз (uveitis), сердца, аорты и других внутренних органов [5–7].

Анкилозирующий спондилит — хроническое воспалительное ревматическое заболевание, которое, прежде всего, поражает осевой скелет [позвоночник (спондилит)] и крестцово-подвздошные суставы (сacroiliitis) и ведет к ограничению подвижности позвоночного столба [8].

Суммируя вышеприведенные (и выше не приведенные, опубликованные в прошлом веке) дефиниции, можно сделать обобщенное определение болезни: **АС — это системное хроническое воспалительное заболевание аксиального скелета с частым вовлечением в патологический процесс энтезисов и периферических суставов, а также других органов и систем.**

В свое время Д.Е. Каратеев и Ю.А. Олюнин [9], обосновывая новую классификацию ревматоидного артрита

(РА), писали, что «отечественная классификация РА должна способствовать:

- формированию у практических врачей представления о болезни, соответствующего современному научному уровню;
- правильной формулировке диагноза;
- правильному выбору терапии, включая обоснование этого выбора;
- сравнимости данных из разных медицинских учреждений;
- регистрации разных форм заболевания».

К сожалению, такой, отвечающий приведенному описанию, клинической классификации для АС в арсенале российских ревматологов нет, а те, которые встречаются в монографиях последних лет, не отражают ни современный взгляд на эволюцию болезни, ни современные подходы к диагностике, мониторингу и лечению АС.

На фоне появления новых эффективных лекарственных препаратов, а также активного внедрения в клиническую практику современных методов визуализации (в первую очередь магнитно-резонансной томографии — МРТ) изменились взгляды на патогенез АС и парадигма терапии.

Одновременно получила широкое признание организованная 15 лет назад международная экспертная группа ASAS (Assessment of SpondyloArthritis International Society), в работе которой участвуют и ученые России (в том числе один из авторов настоящей статьи — А.Г. Бочкова — является членом ASAS), которая стала активно разрабатывать новую концепцию болезни и новые диагностические и терапевтические подходы.

Взяв за основу последние достижения в изучении спондилоартритов (СпА), мы разработали рабочую классификацию АС, которая предназначена для практического использования (табл. 1).

Комментарии к клинической классификации анкилозирующего спондилита

• Стадии анкилозирующего спондилита

1-я стадия — дорентгенологическая (СпА или аксиальный СпА). Нет достоверных рентгенологических изменений ни в крестцово-подвздошных суставах (сacroiliит — СИ — двусторонний 2-й стадии и выше или односторонний 3-й стадии и выше по Келлгрену), ни в позвоночнике (синдесмофиты), однако имеется достоверный СИ по данным МРТ. СИ, выявляемый при МРТ, — это активное (острое) воспаление (остеит), характерное для СпА [10]; **СИ 1-й стадии (по данным рентгенографии) или односторонний 2-й стадии не является достоверным.**

2-я стадия — развернутая. На рентгенограмме определяется достоверный СИ (двусторонний 2-й стадии и выше или односторонний 3-й стадии и выше по Келлгрену), но отсутствуют четкие структурные изменения в позвоночнике в виде синдесмофитов.

3-я стадия — поздняя. На рентгенограмме определяются достоверный СИ и четкие структурные изменения в позвоночнике в виде синдесмофитов.

Теоретические обоснования. Отсутствие рентгенологически выявляемого СИ (рСИ) в начальных стадиях АС не говорит об отсутствии воспаления в крестцово-подвздошных суставах, а указывает, что к моменту обследования еще не развились структурные изменения в этих сочленениях. Уже первые исследования с использованием МРТ [11–13] показали, что активное воспаление данной локализации встречается за годы до рентгенологически выявляемых структурных изменений костной ткани. В дальнейшем на основании этих и сходных результатов исследований, показавших, что воспаление костной ткани можно визуализировать при помощи МРТ у пациентов с клинической картиной АС, но без рСИ, был введен термин «СпА» [14]. Считается, что, будучи составной частью аксиального СпА, АС является дальнейшей, продвинутой стадией его развития [15]. Соответственно в начале болезни при наличии воспалительной боли в спине воспаление в костных структурах позвоночника и/или крестцово-подвздошных суставах может быть визуализировано только с помощью МРТ (дорентгенологическая стадия АС). На следующей стадии появляются костные структурные изменения и СИ может быть обнаружен при рентгенологическом исследовании. Последняя стадия — появление синдесмофитов [14]. Эти три стадии могут быть обозначены как *начальная* (дорентгенологическая), *развернутая* (появление рСИ) и *поздняя* (синдесмофитообразование). Соответственно, у пациентов с изменением стадии болезни меняются прогноз и терапевтическая тактика.

Таблица 1 Рабочая классификация АС

Признак	Градации
Стадия болезни	1 (дорентгенологическая) 2 (развернутая) 3 (поздняя)
Активность болезни	Низкая Умеренная Высокая Очень высокая
Внеаксиальные проявления	Артрит (дополнительно отмечается коксит) Энтезит Дактилит
Внескелетные проявления	Увеит Воспалительные заболевания кишечника (болезнь Крона, язвенный колит, неспецифическое воспалительное заболевание кишечника) Псориаз IgA-нефропатия Нарушение проводящей системы сердца Аортит
Дополнительная иммуногенетическая характеристика	HLA-B27(+) HLA-B27(-)
Осложнения	Амилоидоз Остеопороз Атеросклероз Нарушение ритма сердца Аортальный порок сердца Перелом позвонков, синдесмофитов Подвывих атлантоаксиального сустава Анкилоз височно-нижнечелюстных суставов Шейно-грудной кифоз (расстояние затылок — стена) Нарушение функции тазобедренных суставов Контрактура периферического сустава
Функциональный класс	I II III IV

• **Активность анкилозирующего спондилита**

Для АС нет специфических лабораторных тестов, а традиционные лабораторные показатели, отражающие активность системного воспаления: СОЭ и уровень С-реактивного белка (СРБ) — не у всех больных соответствуют клинической активности заболевания [16]. Установлено, что средние СОЭ и уровень СРБ у больных с преимущественным поражением позвоночника ниже, чем у больных АС с периферическим артритом. При этом уровень СРБ, который определяется высокочувствительным методом (вЧСРБ), более точно отражает активность заболевания, чем СОЭ. В ряде исследований подтверждена положительная корреляция между вЧСРБ и количеством воспалительных изменений в позвоночнике на МРТ [10, 17, 18].

В настоящее время согласно рекомендации ASAS определение активности АС должно основываться на индексах BASDAI и ASDAS [10] (см. приложения 1 и 2). Разработанный в конце XX в. индекс BASDAI основан на самостоятельном заполнении опросника больными и отражает их субъективные ощущения (теоретической основой его разработки является концепция, согласно которой уровень боли служит субъективным отражением активности АС). Однако данный индекс имеет свои недостатки, такие как субъективность оценки больным своего состояния, на которое существенно влияет психоэмоциональный фон, а также невозможность проверить достоверность результатов, градация активности только на высокую и низкую. В свою очередь комбинированный индекс ASDAS основан на сочетанном анализе субъективных ощущений пациента и лабораторных показателей системного воспаления (СОЭ или СРБ). Он выделяет 4 степени активности, что более пригодно для клинических целей и мониторинга, однако его подсчет требует специального калькулятора (*в настоящее время имеются мобильные версии и версии для компьютера, которые можно скачать бесплатно на сайте www.asas-group.org*).

Совмещенные показатели ASDAS или BASDAI представлены в табл. 2.

• **Внеаксиальные проявления** (поражение скелета, кроме позвоночника)

Периферический артрит встречается практически у каждого второго больного АС. Рекомендуется описывать распространенность поражения суставов — моно-, олиго- или полиартрит. Дополнительно следует выносить в диагноз поражение тазобедренных и нижнечелюстных суставов, которое относится к факторам неблагоприятного прогноза.

Энтезит практически всегда встречается у больных АС. Часто он не вызывает существенных болевых ощущений и поэтому больной о них не упоминает. Врач также может не обратить на него внимания либо расценить как проявление артрита или артралгии. Характерными локализациями энтезита являются:

- I грудино-реберное сочленение;
- VII грудино-реберное сочленение;
- задневерхняя и передневерхняя ость подвздошной кости;
- гребень подвздошной кости;
- остистый отросток V поясничного позвонка;
- место прикрепления ахиллова сухожилия к пяточной кости.

Таблица 2 Уровни активности, определяемые по индексам ASDAS и BASDAI

Уровень активности	ASDAS	BASDAI (ЧРШ 0-10)
Низкая	<1,3	<2,0
Умеренная	1,3–2,1	2,0–4,0
Высокая	2,1–3,5	4,0–7,0
Очень высокая	>3,5	>7,0

Дактилит встречается у 3–7% пациентов с АС. Рекомендуется точно указать его локализацию.

• **Внескелетные проявления** (патология других, помимо опорно-двигательного аппарата, органов и систем, характерных для всей группы СпА)

В первую очередь к ним относится поражение:

- глаз (увеит),
- кожи (псориаз),
- кишечника (воспалительные поражения кишечника).

Диагноз вышеперечисленных патологических состояний должен верифицировать соответствующий специалист.

• **Осложнения**

В данной графе представлены патологические состояния, которые, по мнению разработчиков классификации, могут значительно повлиять на жизненный прогноз, социализацию, терапию и качество жизни пациента.

• **Функциональный класс (ФК)**

I — полностью сохранены самообслуживание, непрофессиональная и профессиональная деятельность.

II — сохранены самообслуживание и профессиональная деятельность, ограничена непрофессиональная деятельность.

III — сохранено самообслуживание, ограничена непрофессиональная и профессиональная деятельность.

IV — ограничены самообслуживание, непрофессиональная и профессиональная деятельность.

Примеры диагнозов

Анкилозирующий спондилит, HLA-B27-ассоциированный, развернутая стадия, активность высокая, с внеаксиальными (артрит, правосторонний коксит) и внескелетными (увеит) проявлениями, ФК I.

Анкилозирующий спондилит, HLA-B27-ассоциированный, поздняя стадия, активность умеренная, с внеаксиальными проявлениями (энтезит, атриовентрикулярная блокада I-й степени), ФК II. Осложнения: шейно-грудной кифоз (расстояние затылок—стена 10 см).

Анкилозирующий спондилит, HLA-B27-ассоциированный, дорентгенологическая стадия, очень высокая активность, с внеаксиальными проявлениями (артрит, энтезит), IgA-нефропатия, ФК II.

Анкилозирующий спондилит, HLA-B27 не ассоциированный, поздняя стадия, активность умеренная, с внеаксиальными проявлениями (энтезит), ФК III. Осложнения: шейно-грудной кифоз (расстояние затылок—стена 8 см), амилоидоз почек, хроническая почечная недостаточность I-й степени.

ЛИТЕРАТУРА

1. Степин ВС, редактор. Новая философская энциклопедия: В 4-х т. Москва: Мысль; 2001. [Stepin VS, editor. Novaya filosofskaya entsiklopediya: V 4-kh t. Moscow: Mysl'; 2001.]
2. Насонова ВА, Бунчук НВ, редакторы. Ревматические болезни. Руководство для врачей. Москва: Медицина; 1997. 520 с. [Nasonova VA, Bunchuk NV, editors. Revmaticheskie bolezni. Rukovodstvo dlya vrachei. Moscow: Meditsina; 1997. 520 p.]
3. Насонов ЕЛ, редактор. Клинические рекомендации. Ревматология. Москва: ГЭОТАР-Медиа; 2005. 288 с. [Nasonov EL, editor. Klinicheskie rekomendatsii. Revmatologiya. Moscow: GEOTAR-Media; 2005. 288 p.]
4. Мазуров ВИ, редактор. Болезни суставов: Руководство для врачей. Санкт-Петербург: СпецЛит; 2008. 397 с. [Mazurov VI, editor. Bolezni sustavov: Rukovodstvo dlya vrachei. St-Petersburg: SpetsLit; 2008. 397 p.]
5. Насонов ЕЛ, Насонова ВА, редакторы. Ревматология: Национальное руководство. Москва: ГЭОТАР-Медиа; 2008. 720 с. [Nasonov EL, Nasonova VA, editors. Revmatologiya: Natsional'noe rukovodstvo. Moscow: GEOTAR-Media; 2008. 720 p.]
6. Насонов ЕЛ, редактор. Ревматология: Клинические рекомендации. 2-е изд., испр. и доп. Москва: ГЭОТАР-Медиа; 2010. 752 с. [Nasonov EL, editor. Revmatologiya: Klinicheskie rekomendatsii. 2st ed., ispr. i dop. Moscow: GEOTAR-Media; 2010. 752 p.]
7. Стрюк РИ, Ермолина ЛМ. Ревматические болезни: болезни суставов и диффузные заболевания соединительной ткани. Руководство для врачей. Кн. 2. Москва: БИНОМ; 2012. 480 с. [Stryuk RI, Ermolina LM. Revmaticheskie bolezni: bolezni sustavov i diffuznye zabolevaniya soedinitel'noi tkani. Rukovodstvo dlya vrachei. Kn. 2. Moscow: BINOM; 2012. 480 p.]
8. Шостак НА, редактор. Ревматология: учебное пособие. Москва: ГЭОТАР-Медиа; 2012. 448 с. [Shostak NA, editor. Revmatologiya: uchebnoe posobie. Moscow: GEOTAR-Media; 2012. 448 p.]
9. Каратеев ДЕ, Олюнин ЮА. О классификации ревматоидного артрита. Научно-практическая ревматология. 2008;(1):5–16. [Karateev DE, Olunin YA. About classification of rheumatoid arthritis. Rheumatology Science and Practice. 2008;(1):5–16.]. DOI: <http://dx.doi.org/10.14412/1995-4484-2008-848>.
10. Sieper J, Rudwaleit M, Baraliakos X, et al. The Assessment of SpondyloArthritis international Society (ASAS) handbook: a guide to assess spondyloarthritis. Ann Rheum Dis. 2009; 68 Suppl 2:i1–44. DOI: 10.1136/ard.2008.104018.
11. Oostveen J, Prevo R, den Boer J, van de Laar M. Early detection of sacroiliitis on magnetic resonance imaging and subsequent development of sacroiliitis on plain radiography: a prospective, longitudinal study. J Rheumatol. 1999;26(9):1953–8.
12. Ahlstrom H, Feltelius N, Nyman R, Hallgren R. Magnetic resonance imaging of sacroiliac joint inflammation. Arthritis Rheum. 1990;33(12):1763–9. DOI: <http://dx.doi.org/10.1002/art.1780331202>.
13. Braun J, Bollow M, Eggens U, et al. Use of dynamic magnetic resonance imaging with fast imaging in the detection of early and advanced sacroiliitis in spondylarthropathy patients. Arthritis Rheum. 1994;37(7):1039–45. DOI: <http://dx.doi.org/10.1002/art.1780370709>.
14. Rudwaleit M, Khan MA, Sieper J. The challenge of diagnosis and classification in early ankylosing spondylitis: do we need new criteria? Arthritis Rheum. 2005;52(4):1000–8. DOI: <http://dx.doi.org/10.1136/ard.2005.041129>.
15. Van der Heijde D, Rudwaleit M, Landewe R, Sieper J. Justification for including MRI as a tool in the diagnosis of axial SpA. Nat Rev Rheumatol. 2010;6(11):670–2. DOI: 10.1038/nrrheum.2010.160. Epub 2010 Oct 5.
16. Волнухин ЕВ, Галушко ЕА, Бочкова АГ и др. Оценка активности заболевания у больных анкилозирующим спондилитом в реальной практике врача-ревматолога в России (Часть 2). Научно-практическая ревматология. 2012;(3):38–42. [Volnukhin EV, Galushko EA, Bochkova AG, et al. Estimation of disease activity in patients with ankylosing spondylitis in the real practice of a rheumatologist in Russia (Part 2). Rheumatology Science and Practice. 2012;(3):38–42.]. DOI: <http://dx.doi.org/10.14412/1995-4484-2012-707>.
17. Zochling J, van der Heijde D, Dougados M, Braun J. Current evidence for the management of ankylosing spondylitis: a systematic literature review for the ASAS/EULAR management recommendations in ankylosing spondylitis. Ann Rheum Dis. 2006;65(4):423–32. DOI: <http://dx.doi.org/10.1136/ard.2005.041129>. Epub 2005 Aug 26.
18. Machado P, Landewe R, van der Heijde D. Endorsement of Definitions of Disease Activity States and Improvement Scores for the Ankylosing Spondylitis Disease Activity Score: Results from OMERACT 10. J Rheumatology. 2011;38(7):1502–6. DOI: <http://dx.doi.org/10.3899/jrheum.110279>.

Приложение 1

BASDAI (Bath AS Disease Activity Index) – Индекс активности анкилозирующего спондилита

Ф.И.О. _____ Дата _____ Результат _____

Пожалуйста, дайте ответ на каждый приведенный ниже вопрос, сделав отметку в каждой соответствующей клетке (обведите соответствующую цифру).

1. Как бы Вы расценили уровень общей слабости (утомляемости) за последнюю неделю?

Не было										Очень выраженная	
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

2. Как бы Вы расценили уровень боли в шее, спине или тазобедренных суставах за последнюю неделю?

Не было										Очень выраженная	
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

3. Как бы Вы расценили уровень боли (или степень припухлости) в суставах (помимо шеи, спины или тазобедренных суставов) за последнюю неделю?

Не было										Очень выраженная	
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

4. Как бы Вы расценили степень неприятных ощущений, возникающих при дотрагивании до каких-либо болезненных областей или давлении на них (за последнюю неделю)?

Не было					Очень выраженная					
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

5. Как бы Вы расценили степень выраженности утренней скованности, возникающей после просыпания (за последнюю неделю)?

Не было					Очень выраженная					
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

6. Как долго длится утренняя скованность, возникающая после просыпания (за последнюю неделю)?

Не было					2 ч и больше					
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

$$\text{Расчет индекса BASDAI} = \frac{\text{п. 1} + \text{п. 2} + \text{п. 3} + \text{п. 4} + (\text{п. 5} + \text{п. 6})/2}{5}$$

Приложение 2

ASDAS (AS Disease Activity Score) — Счет активности анкилозирующего спондилита

В зависимости от используемого лабораторного маркера воспаления имеется две версии индекса. Одна использует вЧСРБ и более предпочтительна, а вторая — СОЭ по Вестергрену.

ASDAS_{СРБ}

$0,121 \cdot \text{Боль в спине, Q2} + 0,110 \cdot \text{Общая оценка активности заболевания пациентов} + 0,073 \cdot \text{Боль/припухлость периферических суставов, Q3} + 0,058 \cdot \text{Продолжительность утренней скованности, Q6} + 0,579 \cdot \ln(\text{СРБ}+1)$

ASDAS_{СОЭ}

$0,113 \cdot \text{Общая оценка активности заболевания пациентом} + 0,293 \cdot \sqrt{\text{СОЭ}} + 0,086 \cdot \text{Боль/припухлость периферических суставов, Q3} + 0,069 \cdot \text{Продолжительность утренней скованности, Q6} + 0,079 \cdot \text{Боль в спине, Q2}$

Примечание. Q2, Q3, Q6 — соответствующие вопросы из BASDAI.

ASDAS_{СРБ} является предпочтительным индексом, но ASDAS_{СОЭ} может быть использован в том случае, если исследование СРБ недоступно.

СРБ измеряется в миллиграммах на литр, СОЭ — в миллиметрах в час (по Вестергрену), остальные параметры — по числовой рейтинговой шкале (0 — 10).

Градации активности АС по ASDAS:

<1,3 — низкая активность,

1,3–2,1 — умеренная активность,

2,1–3,5 — высокая активность,

>3,5 — очень высокая активность.

Динамика ASDAS $\geq 1,1$ — значимое улучшение.

Динамика ASDAS $\geq 2,0$ — большое улучшение.