

ДИСКУССИЯ

КЛИНИЧЕСКАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА (проект для обсуждения)

*Р.М. Балабанова, Ю.А. Олюнин
ГУ Институт ревматологии РАМН, Москва*

Рабочая классификация ревматоидного артрита (РА), применяемая в настоящее время в практике российской ревматологии, разрабатывалась в конце 70-х гг. Она была официально утверждена в октябре 1980 г и частично модифицирована в 1990 г [2]. В целом, за время практического использования она зарекомендовала себя как достаточно информативный метод, позволяющий дать унифицированную характеристику основных проявлений заболевания.

Однако к концу 90-х гг многие ее положения в значительной мере устарели. Это связано с введением в России нового пересмотра Международной Классификации Болезней (МКБ-10), а также с эволюцией представлений о способах оценки активности и тактике лечения РА. Предварительный вариант новой классификации был опубликован в конце 2001 г и обсуждался на Всероссийском конгрессе ревматологов в мае 2003 г [1]. Он предусматривает регистрацию основных клинических форм заболевания и наиболее значимых синдромов в соответствии с рубриками МКБ-10.

В проекте выделены 2 основные формы болезни - серопозитивный и серонегативный РА. В рамках каждой из этих форм предлагается фиксировать наличие у больного полиартрита (поражение более 3 суставов). Воспаление меньшего числа суставов в диагнозе особо не оговаривается. В разделе по серопозитивному РА перечислены наиболее значимые внесуставные проявления, свойственные этой форме болезни. В раздел, посвященный серонегативному РА, включен синдром Стилла взрослых (ССВ), который в действительности является совершенно самостоятельной формой заболевания. Поэтому при последующей переработке проекта отечественной классификации ССВ решено было выделить в отдельный раздел как третью самостоятельную форму заболевания, наряду с серопозитивным и серонегативным РА.

Классификация предусматривает выделение 4 степеней активности РА - высокой, средней, низкой активности и ремиссии, что соответствует общепринятым нормам. Однако предлагаемая поначалу методика оценки активности болезни не отвечает современным требованиям, которые предъявляются к такого рода системам. Кроме того, она слишком громоздка и мало пригодна для использования в практической ревматологии. В настоящее время в мировой ревматологической практике единственным общепринятым инструментом определения активности РА является индекс DAS 28 [4]. Он широко применяется в научных исследованиях, но в силу своей сложности не может быть использован в повседневной клинической практике.

В Институте ревматологии РАМН на основе DAS 28 был разработан упрощенный показатель воспалительной активности (ПВА), который вычисляется по формуле:

$$ПВА = 10 \times ЧПС + ОСЗ + СОЭ$$
, где

ЧПС - число припухших суставов (по данным исследования 28 суставов)

ОСЗ - оценка состояния здоровья больным по визуальной аналоговой шкале (ВАШ), на которой 0 соответствует очень хо-

рошему и 100 мм - очень плохому состоянию здоровья, СОЭ - скорость оседания эритроцитов.

При разработке индекса ПВА было принято во внимание, что числовые выражения СОЭ и ОСЗ колеблются в сопоставимых пределах, соотношение между которыми в целом соответствует реальной значимости этих параметров. В то же время числовое выражение ЧПС не отражает его клинической значимости, поэтому при вычислении суммарного индекса данный показатель предварительно увеличивается в 10 раз. Такое преобразование не усложняет процедуру вычисления и позволяет в достаточной мере сбалансировать по значимости все 3 исходных параметра. ПВА выражается в безразмерных единицах и теоретически возможные его значения могут колебаться от 1 до 480.

Данный показатель был апробирован на материале, полученном в ходе изучения эффективности и переносимости базисной терапии лефлуномидом (Арава, Санофи Авентис). В исследовании участвовали 75 врачей-ревматологов различных регионов России, наблюдавших в общей сложности 414 больных РА. При сопоставлении ПВА с соответствующими значениями DAS 28 было показано, что эти индексы достоверно коррелируют между собой ($r=0,87$, $p<0,01$). При этом большинство значений ПВА укладываются в числовые интервалы, соответствующие высокой, умеренной и низкой активности РА по DAS 28. Наличие такой зависимости позволило определить $ПВА > 140$ как высокую, $ПВА$ от 60 до 140 как умеренную и $ПВА < 60$ как низкую активность РА. $ПВА < 10$ соответствует стадии ремиссии, поскольку такая величина свидетельствует об отсутствии явных признаков активного воспаления суставов (в данном случае ЧПС всегда будет равно 0), нормальной СОЭ и вполне удовлетворительном самочувствии больного.

При сравнении динамики ПВА и DAS 28 на фоне лечения было показано четкое соответствие степени снижения DAS 28 и ПВА в 70% случаев. Это дало возможность определить 3 уровня уменьшения ПВА: > 100 , от 20 до 100 и < 20 , которые соответствуют снижению $> 1,2$; 0,6-1,2 и $< 0,6$ по DAS 28. Наличие такой корреляции между двумя индексами позволяет использовать ПВА для оценки эффективности терапии при помощи метода, разработанного для DAS 28 (табл. 1).

В соответствии с общепринятыми нормами классификация предусматривает оценку рентгенологической стадии РА по стандартным рентгенограммам кистей и дистальных отделов стоп, выполненным в прямой проекции. Однако представленное в проекте классификации определение рентгенологических стадий РА нуждается в уточнении, поскольку в нем отсутствуют четкие критерии разграничения II и III стадий заболевания. В последние годы особый интерес ревматологов вызывает ранняя стадия РА, когда еще не успели сформироваться необратимые изменения суставов и существуют наиболее благоприятные условия для проведения противоревматической терапии. В связи с этим представляется целесообразным более четко выделить сравнительно раннюю II стадию болезни, определив ее, как появление рентгенологических признаков деструкции суставного хряща (сужение суставных щелей) при отсутствии явных костных изменений. В то же время появление хотя бы одной костной эрозии можно считать признаком перехода заболевания в более позднюю III стадию, которая характе-

Таблица 1

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ТЕРАПИИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СТЕПЕНИ УМЕНЬШЕНИЯ И КОНЕЧНОГО ЗНАЧЕНИЯ ПВА

Конечное значение ПВА	Уменьшение ПВА		
	>100	20-100	<20
<60	хороший эффект	удовлетворительный эффект	без эффекта
60-140	удовлетворительный эффект	удовлетворительный эффект	без эффекта
>140	удовлетворительный эффект	без эффекта	без эффект

ризуется прогрессирующим разрушением образующих суставы костей.

В сравнении с ныне действующей классификацией пересмотрена и методика оценки функционального статуса больного. Она приведена в соответствии с международными нормами, согласно которым данный показатель определяется по критериям Американской Коллегии Ревматологов [3].

В табл. 2 мы представляем на рассмотрение окончательный

вариант проекта рабочей классификации РА, сформированный с учетом перечисленных выше изменений. Он будет также опубликован на сайте rheumatolog.ru. Свои замечания и предложения Вы можете направлять в редакцию журнала Научно-практическая ревматология или авторам статьи на адрес Института ревматологии или по e-mail olunin@irramn.ru.

Таблица 2

КЛИНИЧЕСКАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА

Клинико-иммунологическая характеристика	Степень активности суставного синдрома	Стадия*	Функциональный класс**
Серопозитивный ревматоидный артрит (M05) • Полиартрит (M05) • Ревматоидный васкулит (M05.2) (дигитальный артериит, хронические язвы кожи, синдром Рейно) • Ревматоидные узлы (M05.3) • Полинейропатия (M05.3) • Ревматоидная болезнь легких (M05.1)(альвеолит, ревматоидное легкое) • Синдром Фелти (M05.0) Серонегативный ревматоидный артрит (M06.0) • Полиартрит (M06.0) Синдром Стилла взрослых (M06.1)	0 - ремиссия (ПВА<10) 1 - низкая (9<ПВА<60) 2 - умеренная (ПВА от 60 до 140) 3 - высокая (ПВА>140)	I - околосуставной остеопороз II - остеопороз + сужение суставной щели III - то же + как минимум 1 костная эрозия IV - то же + костный анкилоз	I II III IV

*Определяется по стандартным рентгенограммам кистей и дистальных отделов стоп

**Функциональные классы

I - полностью сохранены: а, б, в

II - сохранены: а, в

ограничена: б

III - сохранена: а

ограничены: б, в

IV - ограничены: а, б, в

а - самообслуживание: одевание, принятие пищи, уход за собой и т.д.

б - непрофессиональная деятельность: элементы отдыха, досуга, занятия спортом и др. с учетом пола и возраста

в - профессиональная деятельность: работа, учеба, ведение домашнего хозяйства (для дом. работников) с учетом пола и возраста

ЛИТЕРАТУРА

- Балабанова Р.М., Насонова В.А. К вопросу о совершенствовании рабочей классификации ревматоидного артрита. Научно-практич. ревматол., 2001, 5, 91-95.
- Классификация ревматоидного артрита. Вопр. ревматизма, 1982, 2, 55-56.
- Hochberg M.C., Chang R.W., Dwosh I., Lindsey S., Pincus T., Wolfe F. The American College of Rheumatology 1991 revised criteria for the classification of global functional status in rheumatoid arthritis. Arthr. Rheum., 1992, 35(5), 498-502.
- Prevoo M.L., van 't Hof M.A., Kuper H.H., et al. Modified disease activity scores that include twenty-eight-joint counts. Development and validation in a prospective longitudinal study of patients with rheumatoid arthritis. Arthr. Rheum., 1995, 38(1), 44-8.

Поступила 7.02.05