

- rus B 19 as a causative agent for RA. *Prac. Nat. Acad. Sci USA*, 1998, 95, 8227-32.
16. Takeda T., Mizngaki J., Matsubara L. et al, Lytic EBV infection in the synovial tissue of patients with RA. *Arthr. Reum.*, 2000, 43,6, 1218-1225.
17. Van der Heijde D.M. Joint erosions and patients with early RA. *Br. J. Rheum.*, 1995, 34, 2, 74-8.
18. Vanghan J.H. Viruses and autoimmune disease. *J. Rheum.*, 1996, 23, 1831-3.
19. Winchester R. The molecular basis of susceptibility to RA. *Adv. Immunol.*, 1994, 56, 389-466.
20. Wolf F., Cathey M.A. The assessment and prediction of functional disability in RA. *J. Rheum.*, 1991, 18, 1296-306.

### Summary

**Objective.** To reveal frequency of accompanying virus infection and possibility to use antiviral therapy together in therapy RA.

**Material.** 40 patients with RA at the age of 17-45 were studied. The duration of disease was not more than 6 months; patients had 2-3 degrees of activity. Every one had a positive rheumatoid factor.

**Results.** 78,2% of the examined patients connected the beginning of the illness with virus infection they have had. The most difficult variant of RA course and ineffectiveness of basic therapy were registered among the patients with combination HSV and CMV infection. Inclusion of Cymevene in complex therapy RA has exerted positive influence on clinical-laboratory, signs strengthened effect of basic therapy.

**Conclusion.** The most difficult variant of RA course was registered among the patients with virus infection. Inclusion of antiviral drugs had a positive influence on effectiveness of basic therapy.

**Key words:** Rheumatoid arthritis, Cymevene.

Поступила 15.11.2001 г.

## ДИСКУССИЯ

УДК: 616.72-002.77

### К ВОПРОСУ О СОВЕРШЕНСТВОВАНИИ РАБОЧЕЙ КЛАССИФИКАЦИИ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА

Р.М. Балабанова, В.А. Насонова

Институт ревматологии (дир. - член-корр. РАМН Е.Л.Насонов) РАМН, Москва

Классификация болезни, в том числе и ревматоидного артрита (РА), - инструмент, необходимый практическому врачу для постановки диагноза, выбора адекватной терапии и оценки ее эффективности.

Классификация - понятие динамическое, она совершенствуется по мере получения новых сведений в отношении этиологии, патогенеза, клинической гетерогенности болезни [6].

При разработке классификации, в первую очередь, необходимо дать определение болезни, унифицировав терминологию.

За последние 20 лет в отечественных пуб-

ликациях были даны различные дефиниции РА, отражавшие в известной мере уровень понимания сущности болезни.

В 1983 г В. А. Насонова определяет РА как «системное воспалительное заболевание соединительной ткани, характеризующееся хроническим прогрессирующим эрозивно-деструктивным полиартритом».

В 1989 г М. Г. Астапенко добавляет, что РА - хроническое системное соединительно-тканное заболевание с прогрессирующим поражением преимущественно периферических (синовиальных) суставов по типу эрозивно-деструктивного полиартрита [5].

В 1992 г на заседании рабочей группы ВОЗ РА определили как хроническое системное расстройство здоровья неизвестной этиологии.

Адрес для переписки:  
Р.М. Балабанова,  
115522, Москва, Каширское шоссе, 34-а  
Институт ревматологии РАМН,  
тел.: (095) 114-44-80.

РА приводит к мышечно-скелетным деформациям вследствие деструкции суставных тканей и эрозии кости и развитию тяжелых механических нарушений в суставах. В патогенез РА вовлечены оба звена иммунного процесса – гуморальный и клеточный. Могут играть роль генетический и внешнесредовой факторы.

Общим в этих определениях является признание РА заболеванием системным, хроническим, при котором на первое место выступает эрозивно-деструктивное поражение суставов.

Предлагаем для обсуждения следующее определение РА:

РА – хроническое системное иммуноопосредованное воспалительное заболевание с преимущественным поражением периферических (синовиальных) суставов по типу симметричного эрозивно-деструктивного полиартрита, сопровождающееся пролиферацией синовиоцитов и ангиогенезом, что сближает его с онкологическими заболеваниями. Конечно, такое определение не дает полного представления о РА, и, в первую очередь, о гетерогенности клинических вариантов болезни, которые обусловлены генетическими, половыми, возрастными и другими особенностями, поэтому уточнение клинической характеристики РА – одна из первых задач классификации.

По сравнению с 1980 г классификация, принятая ВНОР в 1990 г (табл. 1) была дополнена системными проявлениями РА, что привлекло внимание ревматологов и врачей других специальностей и позволило улучшить диагностику.

В связи с тем, что в России официально утверждена, для статистического учета, Международная классификация болезней и причин смерти ВОЗ (X пересмотра), возникла необходимость сблизить отечественную рабочую классификацию РА с МКБ – X (табл. 2).

В предлагаемой классификации РА нашли отражение клинико-иммунологические варианты, характерные для серопозитивного (M 05) и серонегативного РА (M 06), а также особые варианты, такие как синдром Фелти (M 05.0) и синдром Стилла у взрослых (M 06.1).

По нашему мнению, к которому присоединились многие ревматологи, принявшие участие в обсуждении нового варианта рабочей классификации РА, такая клинико-иммунологическая градация вполне оправдана, т. к.

эти варианты РА отражают особенности начала, локализацию суставной патологии, характер течения, прогноз болезни, ответ на «базисную» терапию.

Интересным оказалось мнение о выделении синдрома Фелти и синдрома Стилла у взрослых в самостоятельные нозологические формы. Вероятно, окончательно это можно будет сделать тогда, когда удастся доказать разную этиологическую, генетическую принадлежность этих форм, как это было сделано в свое время для реактивного артрита.

Особого обсуждения требует вопрос, касающийся системных проявлений РА. Определение РА как системного заболевания в настоящее время ни у кого сомнения не вызывает, но вклад системных проявлений в течение и исходы болезни не всеми трактуется однозначно [4].

Последним можно объяснить тот факт, что в МКБ X пересмотра представлено ограниченное число системных проявлений (табл. 2): РА с вовлечением других органов и систем (M 05. 3).

Мы полагаем, что во избежание расширения понятия системных проявлений РА целесообразно оставить в разделе «клинико-иммунологическая характеристика» хорошо диагностируемые «периферические» проявления: ревматоидный васкулит, ревматоидные узлы, ишемическую периферическую полинейропатию, а также такие висцеральные четко очерченные как синдромы Стилла и Фелти, а также ревматоидную болезнь легких в связи со специфическим узелковым поражением.

Замедление прогрессирования РА в большей степени зависит от возможности подавления активности воспалительного процесса, поэтому выделение рубрики «активность» является необходимой составляющей классификации РА, определяющей тактику врача при выборе схемы лечения пациента. Определение активности РА, при всей условности понятия, должно базироваться на сумме клинических и лабораторных показателей, среди которых по предложению Европейской антиревматической лиги можно использовать следующие: число припухших суставов, число болезненных суставов, боль (по ВАШ), оценка исследователя по 5-бальной системе, показатель СОЭ или С-реактивного белка, функциональный показатель (HAQ) и рентгенологический показатель (по Ларсену).

Практикующему врачу этот набор признаков сложно использовать в условиях амбулаторного приема, поэтому с учетом поступивших рецензий предлагаем 4 показателя: выраженность боли по ВАШ, длительность утренней скованности, СОЭ и С-реактивный белок.

В таблице представлены определения степени активности РА:

0 - ремиссия, 1 - минимальная, 2 - средняя, 3 - максимальная.

Для оценки прогрессирования суставной патологии предлагается оставить 4 стадии (табл. 3), как и в предыдущей классификации. Однако следует указать и другие мнения по этому вопросу. Некоторые авторы полагают, что оценка рентгенологической стадии по Штейнброкеру дает представление не о заболевании в целом, а о тяжести изменений в одном конкретном суставе. В то время как подсчет числа эрозий в динамике (по А. Ларсену) дает более четкую прогностическую оценку прогрессирования РА [3]. По нашему мнению, последняя методика больше подходит для научных исследований, оценки эффекта терапии, прогноза болезни и др.

Требуется обсуждения вопрос о выделении вариантов течения РА. Академик А. И. Нестеров, первым предложивший определения быстро- и медленно прогрессирующего течения РА, считал, что эту градацию необходимо сохранить и в последующих классификациях, т. к. прогрессирование суставного синдрома у большей части больных определяет прогноз болезни, предопределяет инвалидизацию больных, их социальный статус [7].

К сожалению, определить вариант течения РА можно только ретроспективно. Причем в различные сроки от начала болезни развитие эрозивно-деструктивного процесса протекает с различной скоростью. Наиболее неблагоприятны в этом отношении первые 5 лет с последующим замедлением образования эрозий.

Нельзя не учитывать и влияние адекватно подобранной «базисной» терапии. Поэтому, на наш взгляд, эта градация может быть исклю-

чением из классификации.

В прежних отечественных классификациях РА было понятие «функциональная недостаточность», оцениваемая по профессиональной пригодности пациента, что не всегда соответствует истинному нарушению функции.

За рубежом чаще прибегают к оценке качества жизни больного, используя различные опросники, такие как HAQ (табл. 4), в котором представлено 20 показателей, отражающих необходимые ежедневные манипуляции. Каждый признак оценивается по 3-х бальной системе. При сумме баллов до 20 - функциональная способность пациента сохранена (I), от 20-40 баллов - ограничена (II) и утрачена (III) при сумме более 41 балла.

Как показал предварительный опрос, практикующий врач не в состоянии столь подробно опрашивать пациента из-за ограничения во времени, выделенного для осмотра одного больного, поэтому мы предлагаем упрощенный вариант: оценку функциональной недостаточности по способности больного выполнить жизненно-важные манипуляции без труда, с трудом или с посторонней помощью, что позволит врачу достаточно быстро оценить этот показатель.

Для научных исследований оценку качества жизни можно и нужно проводить как с помощью опросника, так и по визуальной аналоговой шкале, по которой пациент самостоятельно оценивает свое состояние на данный момент.

Вовлечение в рабочую классификацию индекса тяжести РА [2, 3] также нецелесообразно. Этот показатель ценен для научных исследований.

Публикуя рабочий вариант классификации РА (табл. 3), мы рассчитываем на активное ее обсуждение и надеемся, что замечания и предложения помогут в ее совершенствовании. Полагаем, что окончательный вариант классификации может быть утвержден на IV съезде ревматологов России.

#### ЛИТЕРАТУРА.

1. Балабанова Р. М. в кн. «Ревматические болезни». М., Медицина, 1997, 135-140.
2. Иванова М. М., Каратеев Д. Е. Клин. ревматол., 1994, 2, 5-9.
3. Каратеев Д.Е. и др. Росс. ревматол., 1998, 1, 17-29.
4. Крикунов В.П., Головизнин М. В. Росс. ревматол., 1999, 5, 5, 8-14.
5. Насонова В.А., Астапенко М.Г., «Клиническая ревматология». М., Медицина, 1989, 281-286.
6. Насонова В.А. в кн. «Ревматические болезни». М., Медицина, 1997, 135-140.
7. Нестеров А.И. и др. Вопр. ревмат., 1971, 1, 3-6.

## Приложение

Таблица 1

Рабочая классификация и номенклатура ревматоидного артрита (ВНОР, 1990)

| Клиническая характеристика   | Иммунологическая характеристика      | Течение  | Степень активности | R-стадия             | ФН   |
|--|--------------------------------------|--|--------------------|----------------------|--|
| Полиартрит<br>Олигоартрит<br>Моноартрит<br>Системные проявления:<br>Ревматоидные узелки<br>Ишемическая полинейропатия<br>дигитальный артериит<br>хр. язвы голеней<br>феномен Рейно<br>полисерозит<br>склерит<br>лимфаденопатия<br>Синдромы:<br>Фелти<br>Шегрена<br>Стилла у взрослых<br>Ювенильный ревматоидный артрит | Серопозитивный<br><br>Серонегативный | Быстро<br>Прогрессирующее<br><br>Медленно<br>Прогрессирующее | 0<br>1<br>2<br>3   | I<br>II<br>III<br>IV | Трудоспособность<br>■ сохранена<br>■ ограничена<br>■ утрачена<br><br>Утрачена способность к самообслуживанию |

Таблица 2

 МКБ - X  
 Воспалительные полиартропатии

- M 05 Серопозитивный ревматоидный артрит** (код локализации см. выше)  
 Исключены: ревматическая лихорадка (I 00) ревматоидный артрит:
- юношеский ( M 08.-)
  - позвоночника ( M 45 )
- M 05.0 Синдром Фелти**  
 Ревматоидный артрит со спленомегалией и лейкопенией
- M 05.1 Ревматоидная болезнь легкого( J 99. 0\*)**
- M 05.2 Ревматоидный васкулит**
- M 05.3 Ревматоидный артрит с вовлечением других органов и систем**  
 Ревматоидный (ая):
- кардит (I 52.8\*)
  - эндокардит (I 39.- \*)
  - миокардит (I 41.8\*)
  - перикардит (I 32.8\*)
  - полинейропатия ( G 63. 6\*)
- M 05.8 Другие серопозитивные ревматоидные артриты**
- M 05.9 Серопозитивный ревматоидный артрит неуточненный**
- M 06 Другие Ревматоидные артриты**
- M 06.0 Серонегативный ревматоидный артрит**  
 Исключена: болезнь Стилла БДУ ( M 08.2)
- M 06.1 Болезнь Стилла, развившаяся у взрослых**
- M 06.2 Ревматоидный бурсит**
- M 06.3 Ревматоидный узелок**
- M 06.4 Воспалительная полиартропатия**  
 Исключен :полиартрит БДУ ( M 13.0)
- M 06.8 Другие уточненные ревматоидные артриты**
- M 06.9 Ревматоидный артрит неуточненный**

Таблица 3

Рабочая классификация ревматоидного артрита (проект 2002 г)

| Клинико-иммунологическая характеристика   | Степень активности *                                     | Рентгенологическая стадия (по Штейнбрökerу)  | Функциональная активность   |
|---|--|--|---|
| <b>Серопозитивный ревматоидный артрит (M 05)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Полиартрит (M 05)</li> <li>• Ревматоидный васкулит (M05.2) (дигитальный артериит, хронические язвы кожи, синдром Рейно и др.)</li> <li>• Ревматоидные узлы (M 05.3) .)</li> <li>• Полинейропатия (M 05.3)</li> <li>• Ревматоидная болезнь легких (M 05.1) (альвеолит, ревматоидное легкое)</li> <li>• Синдром Фелти (M 05.0)</li> </ul> <b>Серонегативный РА (M 06.0)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Полиартрит (M 06.0)</li> <li>• Синдром Стилла взрослых (M 06.1)</li> </ul> | 0 – ремиссия<br>1 – низкая<br>2 – средняя<br>3 – высокая | I – околосуставной остеопороз<br>II – остеопороз + сужение суставной щели (могут быть единичные узурь)<br>III – То же + множественные узурь<br>IV – То же + костные анкилозы | 1. Выполнение жизненно-важных манипуляций осуществляется без труда<br>2. Выполняется с трудом<br>3. Выполняется с посторонней помощью |

| Показатель                          | * Степень активности |           |             |               |
|-------------------------------------|----------------------|-----------|-------------|---------------|
|                                     | 0                    | 1         | 2           | 3             |
| Боль, ВАШ (см)                      | 0                    | до 3      | 4-6         | >6            |
| Утренняя скованность                | Нет                  | 30-60 мин | до 12 часов | в течение дня |
| СОЭ (мм/ч)                          | ≤15                  | 16-30     | 31-45       | >45           |
| C – реактивный белок (ед. опт. пл.) | ≤ 1                  | ≤ 2       | ≤ 3         | >3            |

Таблица 4

Функциональная способность (опросник по состоянию здоровья HAQ)

| ПОКАЗАТЕЛЬ   | ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ СПОСОБНОСТЬ |       |        |
|--|----------------------------|-------|--------|
|  | 1                          | 2     | 3      |
| ✓1. Одеться, включая завязывание шнурков, застегивание пуговиц |                            |       |        |
| ✓ 2. Вымыть и расчесать волосы                                 |                            |       |        |
| ✓ 3. Встать с кресла без помощи рук <i>(со стула)</i>          |                            |       |        |
| ✓ 4. Лечь и встать с постели                                   |                            |       |        |
| ✓ 5. Резать продукты ножом                                     |                            |       |        |
| ✓ 6. Поднять полную чашку ко рту                               |                            |       |        |
| ✓ 7. Открыть упаковку молока, мыльницу                         |                            |       |        |
| 8. Открыть дверцу холодильника                                 |                            |       |        |
| 9. Ходить без палки  |                            |       |        |
| 10. Ходить без костылей  |                            |       |        |
| ✓ 11. Подняться по лестнице                                    |                            |       |        |
| ✓ 12. Спуститься по лестнице                                   |                            |       |        |
| ✓ 13. Вымыть и вытереть тело полностью                         |                            |       |        |
| 14. Пользоваться туалетом                                      |                            |       |        |
| 15. Нагнуться, чтобы поднять что – либо с пола                 |                            |       |        |
| 16. Завести часы   |                            |       |        |
| 17. Использовать ручку, карандаш                               |                            |       |        |
| 18. Войти и выйти из автобуса                                  |                            |       |        |
| 19. Ходить за покупками  |                            |       |        |
| 20. Открыть дверь машины                                       |                            |       |        |
| СУММА БАЛЛОВ   | 0-20                       | 21-40 | 41- 60 |

Без труда – 0 баллов, с некоторым затруднением – 1 балл, с большим трудом – 2 балла, не способен сделать – 3 балла.  
Способность сохранена – 1-20 баллов, ограничена – 21-40 баллов, утрачена – 41 – 60 баллов.

*уменьшен*