

УДК: 616.72-002.77

К ВОПРОСУ О СОВЕРШЕНСТВОВАНИИ РАБОЧЕЙ КЛАССИФИКАЦИИ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА: ОПРЕДЕЛЕНИЕ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ СПОСОБНОСТИ ПАЦИЕНТА

О.М. Фоломеева, В.Н. Амирджанова
Институт ревматологии (дир. - член-кор. РАМН Е.Л.Насонов)
РАМН, Москва

Функциональное состояние больного ревматоидным артритом (РА)-важнейший показатель, зависящий, в первую очередь, от самого заболевания, его продолжительности, активности, стадии, клинических особенностей, проводимого лечения и др. факторов.

На функциональный статус влияют также психо-эмоциональные и исходные физические качества пациента, его возраст, пол, социальное и семейное положение, уровень образования, профессия и многое другое.

В оценке функционального состояния больного РА должны быть отражены все стороны его жизнедеятельности как индивида и члена общества.

Используемые до последнего времени отечественной ревматологией четыре степени (от 0 до III) функциональной недостаточности (ФН) больного РА (кстати, как и пациентов с другими ревматическими болезнями) базируются прежде всего на оценке его профессиональной трудоспособности. Лишь при определении последней, III степени ФН, учитывается полная потеря больным не только возможности трудиться, но и способности к самообслуживанию [2].

Таким образом, отечественные степени ФН больного РА являются, по сути, зеркальным отражением устанавливаемых Государственной медико -социальной экспертизой групп инвалидности (III-минимальная, I-максимальная), при определении которых также решающую роль играет степень нарушения трудоспособности больного человека.

Попытка расширенного подхода к определению функционального состояния больных

РА была предпринята в 1989г В.Н. Амирджановой [1], предложившей математическую формулу для определения общего функционального индекса (ОФИ), суммарно отражающего физический, умственный и психологический статус пациента. При формировании понятия ОФИ и определении его числовых значений автор использовала не только отечественный принцип разделения больных по степеням ФН, но и результаты применения модифицированной Станфордской анкеты оценки здоровья, модифицированной шкалы AIMS (Arthritis Impact Measurement Scale) и выполнения пациентом ряда функциональных тестов.

Метод определения ОФИ больного РА явился, таким образом, первой отечественной попыткой комплексной оценки его функционального состояния, он был оригинальным, но не стандартизованным по отношению к соответствующим международным методикам.

Естественное стремление к использованию в отечественной научной и практической ревматологии общепринятых стандартов и формулировок требует, по нашему мнению, включения в рабочую классификацию РА современных международных принципов и критериев оценки функционального состояния пациентов.

Таковыми являются пересмотренные в 1991г критерии Американской Коллегии Ревматологов (АКР), призванные определить глобальный (общий) функциональный статус (ГФС) больных РА [3]. В современной мировой литературе, освещающей клинические, терапевтические и функциональные аспекты РА, встречаются постоянные ссылки именно на данный метод.

В основу вышеназванных критериев положен принцип разделения больных РА на 4 функциональных класса, предложенный Steinbrocker еще в 1949г [4] и широко исполь-

Адрес для переписки:

О.М. Фоломеева,

115522, Москва, Каширское шоссе, 34-а

Институт ревматологии РАМН,

тел.: (095) 114-44-81.

зовавшийся американскими и европейскими ревматологами в течение более чем 40 лет как простой и быстрый способ определения функционального состояния больных.

Недостатками критериев Steinbrocker, ставшими очевидными к концу 80-х годов XX столетия, явились, в частности, отсутствие дефиниций применяемых терминов и первичной валидации критериев. В представляемых пересмотренных критериях АКР указанные выше недостатки устранены.

В основе отнесения больного к одному из 4 функциональных классов лежит качественная оценка **каждой из трех важнейших сторон жизнедеятельности человека**: самообслуживание, профессиональная и непрофессиональная деятельность (выделено нами).

Понятие "**самообслуживание**" включает обычные ежедневные бытовые действия человека: одевание, питание (принятие пищи), мытье тела (например, принятие ванны), уход за собой (причесывание, бритье, пользование косметикой, стрижка ногтей и т. п.), пользование туалетом и др.

К кругу "**непрофессиональной деятельности**" относят все элементы досуга, отдых, развлечения, привычные занятия спортом и т.п., т.е. действия, определяемые желаниями и склонностями данного индивида с учетом его пола и возраста.

"**Профессиональная деятельность**" включает не только работу и учебу, но и ведение домашнего хозяйства (актуально для домохозяйек, домашних работниц, домоуправителей и т.п.). Профессиональная деятельность человека, включая больного РА, также подвержена влияниям половых, возрастных и личностных факторов.

Основываясь на вышепредставленных дефинициях, легко понять принципы разделения больных по 4-м классам ГФС:

Класс I- неограниченная возможность (способность) выполнять **ВСЕ ТРИ** жизненные функции: самообслуживание, профессиональная и непрофессиональная деятельности.

Класс II- способность выполнять все

обычные действия по самообслуживанию и профессиональной деятельности, но с ограничением непрофессиональной деятельности.

Класс III- сохранение возможности выполнять все действия по самообслуживанию, но с ограничением и профессиональной, и непрофессиональной деятельности.

Класс IV- ограничение способности выполнять все три вышеназванные жизненные функции.

Таким образом, предложенные функциональные классы логически отражают динамику снижения (потери) основных функций хронического ревматологического больного - от полноценного функционирования в начале болезни, через ограничение сначала непрофессиональной, потом - и профессиональной деятельности, к снижению (утрате) простейшей человеческой функции -самообслуживания- к исходу заболевания.

Сравнение результатов применения пересмотренного варианта критериев и критериев Steinbrocker на группе из 325 больных РА в нескольких центрах США показало большую чувствительность обновленного варианта по сравнению со старым, особенно в отношении определения крайних классов (I и IV) ГФС.

Распределение тех же пациентов, разделенных на 4 функциональные класса, в соответствии с величинами счета (суммой баллов), полученного при заполнении больными вопросника HAQ, подтвердило наличие корреляционных связей между ними: средний счет среди больных с ГФС I класса составил 0,334; II- 1,023; III -1,703 и IV- 2,667 ($P < 0,0001$). Таким образом была продемонстрирована критериальная и дискриминантная валидность данных критериев.

Нам представляется, что АКР -критерии 1991г являются достаточно простым, объективным и общепринятым инструментом измерения **общего** статуса больного РА, а не только его бытовых действий, которые отражены в 20 вопросах HAQ, предлагаемых в отечественном проекте рабочей классификации РА для оценки функциональной способности пациента.

ЛИТЕРАТУРА.

1. Амирджанова В.Н. Влияние ряда медико-социальных факторов на функциональную активность и трудовой прогноз при ревматоидном артрите. Дисс. канд. мед. н., 1989.
2. Насонова В.А., Астапенко М.Г. Клиническая ревматология. М., "Медицина", 1989, 282-283.
3. Hochberg M.C., Chang R.W., Dwosh I. et al. 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.
4. Steinbrocker O., Traeger C.H., Batterman R.C. Therapeutic criteria in rheumatoid arthritis. *JAMA*, 1949, 140, 659-662.