

## ДИСКУССИЯ

### ДИСКУССИОННЫЕ ВОПРОСЫ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ КЛАССИФИКАЦИИ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА

Ю.В.Муравьев

ГУ Институт ревматологии РАМН, Москва

*«Каждая новая классификация не есть вполне законченная система знаний и опыта, а лишь узловой этап научного прогресса, который по мере накопления знаний будет сменен новым этапом, открывающим и объясняющим новые факты и научно-практические горизонты».*  
А.И.Нестеров, 1935 г.

До сих пор действующая рабочая классификация ревматоидного артрита (РА) была принята в октябре 1980 г. на пленуме Всесоюзного общества ревматологов и состоит из шести подразделов (табл.). Она отличается от предшествующей унифицированной номенклатуры и классификации инфекционного неспецифического полиартрита (прежнее название РА), состоявшей из семи разделов и разработанной в Институте ревматизма АМН СССР с целью дать развернутую «качественную» характеристику, т.е. определить клиническую форму, характер течения и стадию болезни, ее активность и степень функциональной недостаточности. Раздел «Форма болезни» в классификации 1980 г. был заметно изменен и стал называться «Клинико-анатомическая характеристика»; раздел «Характер течения» назван «Течение болезни» и в него добавлен подраздел «Без заметного прогрессирования»; раздел «Характер патологического процесса в суставах» - был убран; подразделы раздела «Висцеральные поражения» перевели в раздел «Клинико-анатомическая характеристика»; без изменения остались подразделы раздела «Стадия болезни», который стал называться «Рентгенологическая стадия артрита». В разделе «Степень активности» подраздел «Степень 0 - неактивный инфектарит» заменен на подраздел «Ремиссия», название раздела «Степень функциональной недостаточности» заменен на «Функциональная недостаточность опорно-двигательного аппарата» и добавлен подраздел «Сохранена», добавлен раздел «Иммунологическая характеристика» [1].

«Рабочей» ее назвали потому, что она была «призвана оказывать помощь в широкой врачебной прак-

тике, способствовать правильной формулировке диагноза РА с учетом основной локализации патологического процесса, его клинических проявлений, наличия или отсутствия ревматоидного фактора в сыворотке крови, течения болезни, степени активности процесса, стадии артрита, функциональной недостаточности опорно-двигательного аппарата» [2]. Лечебная тактика врача уже в тот период во многом определялась степенью активности болезни, для большей объективизации которой в Институте ревматизма АМН СССР совместно с Поликлиническим медицинским институтом в Лейпциге была разработана балльная оценка клинико-лабораторных показателей [3]. В течение многих лет коллектив двух институтов, наблюдая 600 больных РА, установил 10 критериев активности, отобрав в дальнейшем 6 наиболее значимых. В частности, было показано, что из клинических симптомов активного РА самым частым является боль, но ее интенсивность зависит от индивидуальной чувствительности (затрудняющей оценку), скорости действия анальгетиков, а недостаточное совпадение с другими признаками воспаления ограничивает ее объективную значимость. Поэтому показатель боли исключили из критериев оценки активности. Использовались следующие три клинических и три биохимических показателя:

Утренняя скованность	0 - нет 1 - до 30 мин 2 - до 12 часов дня 3 - более 12 часов дня
Гипертермия (в суставах)	0 - нет 1 - незначительная 2 - умеренная 3 - выраженная
Экссудативные явления	0 - нет 1 - незначительные 2 - умеренные 3 - выраженные

Повышение уровня $\alpha_2$ -глобулины (в отн.%)	0 - до 10,0 1 - до 12,0 2 - до 15,0 3 - более 15,0
СОЭ (мм/час)	0 - норма (до 12) 1 - до 20 2 - до 40 3 - более 40
C-реактивный белок	0 - нет 1 - + 2 - ++ 3 - +++

Была предложена следующая схема определения активности РА:

- A0 - 0 пунктов (баллов);
- A1 - 1-6 ;
- A2 - 7-12;
- A3 - 13-18.

Степень активности была призвана отражать динамику течения болезни, а балльная оценка позволяла в пределах одной степени различать до шести градаций активности. Было обращено внимание на то, что степень активности можно определить по одним клиническим критериям, тогда это

будет «клиническая активность». Причем авторы отмечали: «Особенно важно точно определить степень активности болезни, которая может оказывать решающее влияние на функциональное состояние суставов. Она является существенным фактором прогрессирования процесса и служит показанием для назначения противовоспалительной терапии. Торможение активности воспалительного процесса, особенно в ранней стадии РА, служит надежной предпосылкой успешной терапии» [3].

За четверть века, прошедшие после принятия до сих пор действующей классификации, опубликованы несколько отечественных руководств для врачей и клинические рекомендации по ревматологии.

Практически без изменений классификация приведена в отечественном руководстве для врачей по клинической ревматологии, опубликованном в 1989 г. (за исключением названия подраздела «Функциональная недостаточность опорно-двигательного аппарата» замененного на «Функциональная способность больного»). Однако ссылки на документы или какие-либо доводы, регламентирующие эти изменения не приводится [4]. Показатели активности РА представлены отдельной таблицей, под которой в примечании специально указано, что степень активности процесса опреде-

Таблица

**РАБОЧАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА**

группа	Клинико-анатомическая характеристика	Иммунологическая характеристика	Течение болезни по клиническим данным	Степень активности	Рентгенологическая стадия артрита	Функциональная недостаточность опорно-двигательного аппарата
I	Ревматоидный артрит: Полиартрит Олигоартрит Моноартрит	Серопозитивный  Серонегативный	Быстро прогрессирующее  Медленно прогрессирующее  Без заметного прогрессирования	I-минимальная  II – средняя III – высокая  Ремиссия	I-околосуставной остеопороз  II-остеопороз+сужение суставной щели (могут быть единичные узур)	Отсутствует  I – профессиональная трудоспособность сохранена  II- профессиональная трудоспособность утрачена  III- утрачена способность к самообслуживанию
II	Ревматоидный артрит с системными проявлениями: поражения ретикуло-эндотелиальной системы, серозных оболочек, легких, сердца, сосудов, глаз, почек, нервной системы, амилоидоз органов, Псевдосептический синдром Фелти Ревматоидный артрит в сочетании: с деформирующим остеоартрозом				III-остеопороз, сужение суставной щели, множественные узур  IV-остеопороз, сужение суставной щели, множественные узур + костные анкилозы	
III	с диффузными болезнями соединительной ткани с ревматизмом Ювенильный ревматоидный артрит (включая болезнь Стилла).					
IV						

ляется числом баллов, но неточно указано число баллов для: 1-й степени – 8 баллов, 2-й степени – 9-16 баллов, 3-й степени – 17-24 балла, в то время как в оригинале, как представлено выше, эта градация была иной. Очевидно, из-за этой неточности балльная оценка активности воспаления не нашла практического применения, хотя некоторые современные исследователи и сегодня пользуются ею, но почему-то именно в измененном (по нашему мнению ошибочном) варианте [5]. Весьма важным является факт публикации в этом руководстве критериев оценки прогрессирования болезни, облегчающих практическому врачу определение вариантов течения болезни: быстро прогрессирующего, медленно прогрессирующего, без заметного прогрессирования.

В следующем руководстве для врачей по ревматическим болезням, относящемуся уже к 1997 г., можно прочесть, что в нашей стране в 1980 г. принята рабочая классификация РА, адаптированная для практического использования, и приводятся как вариант, изложенный в предыдущем руководстве, так и таблица оценки активности РА, но уже без примечания с объяснением, как определять степень активности в баллах, что вообще сделало невозможным проведение такой оценки [6].

В недавно вышедшем руководстве для врачей по клинической ревматологии опубликована только рабочая классификация РА, предложенная (но пока еще не утвержденная) Ассоциацией ревматологов России (АРР) в 2003 г., число подразделов которой сокращено с шести до четырех [7]:

- клинико-иммунологическая характеристика;
- степень активности;
- рентгенологическая стадия;
- функциональный класс.

Кроме этого в предлагаемой классификации :

– вообще нет такой характеристики, как течение болезни (т.е. прогрессирование).

– раздел «клинико-иммунологическая характеристика» - по сути сокращенная на треть классификация РА, представленная в Международной статистической классификации болезней 10-го пересмотра (МКБ-10), из которой по непонятным причинам удалена рубрика «Ревматоидный артрит с вовлечением других органов и систем» (аналог рубрики «Ревматоидный артрит с системными проявлениями» до сих пор существующей рабочей классификации РА). Это - ничем не оправданный шаг, поскольку из поля зрения клиницистов выпадает ряд серьезных проявлений РА, в том числе АА-амилоидоз, – одна из основных причин смерти этих больных. В то же время включена рубрика «Ревматоидная болезнь легких», хотя двумя годами ранее эти же авторы весьма убедительно доказывали (с привлечением многих литературных источников), что термин «ревматоидное легкое» в настоящее время неправомерно и представляет лишь исторический интерес [8],

– отсутствуют рубрики: моноартрит, олигоартрит, что уже ранее обсуждалось [12],

– в разделе «степень активности» для оценки активности определяется боль, хотя еще три десятилетия назад была показана нецелесообразность включения этого показателя. Не указаны методика определения СОЭ, единицы определения С-реактивного белка. Не совсем понятно, как же вообще определять активность? Не зная, как это делать, клиницисты будут просто ориентироваться на СОЭ, что, собственно, и делается на практике,

– раздел «Рентгенологическая стадия (по Штейнброкеру)» - полностью соответствует разделу «Рентгенологическая стадия артрита» ныне действующей классификации. Строго говоря, «по Штейнброкеру» - это не совсем точно. На самом деле, Комитет по терапевтическим критериям Нью-Йоркской ревматической ассоциации, председателем которого был Dr. Otto Steinbrocker, в 1949 г. опубликовал рекомендации по РА, где и описаны эти стадии [9],

– раздел «Функциональный класс» по содержанию является отражением критериев Американской коллегии ревматологов для классификации общего функционального состояния при РА, но по форме значительно усложнен и применение на практике требует специального изучения инструкции, изложенной в дополнительной таблице. В оригинале все гораздо проще [10]:

Класс 1 Возможно осуществление обычной ежедневной деятельности в полном объеме (самообслуживания, профессиональной и непрофессиональной)\*

Класс 2 Возможно осуществление обычных самообслуживания и профессиональной деятельности, но непрофессиональная деятельность – ограничена

Класс 3 Возможно осуществление обычного самообслуживания, но профессиональная и непрофессиональная деятельность – ограничены

Класс 4 Ограничены обычные самообслуживание, профессиональная и не профессиональная деятельность.

В клинических рекомендациях 2005 г., разработанных и рекомендованных Ассоциацией ревматологов России, в главе «Ревматоидный артрит» приведена «Рабочая классификация ревматоидного артрита (1979)», отличающаяся от ныне действующей тем, что состоит уже из пяти подразделов [11]:

• Клинико-анатомические формы: ревматоидный моно-, олиго- и полиартрит, РА с системными (последний термин, по нашему мнению, ошибочен

\* - обычное самообслуживание включает одевание, питание, купание, уход за собой, посещение туалета. Профессиональная деятельность (работа, школа, работа по дому) и непрофессиональная (оздоровление или досуг), желательная больному и соответствующая его полу и возрасту.

по определению [12]) проявлениями, отдельные синдромы.

- Серопозитивный и серонегативный по ревматоидному фактору варианты заболевания.

- Степень активности (от 0 до 3) - без объяснений, как ее определять .

- Функциональные классы (отличающиеся как от предложенных Ассоциацией ревматологов России в 2003 г. [ 7], так и от оригинальных [10]).

- РентгенологическиестадииРА(появилосьделение стадии II на IIa-околосуставной остеопороз+сужение суставных щелей и IIb- стадия IIa + немногочисленные костные эрозии (до 5),чего не было в до сих пор действующей классификации РА).

На все эти отличия нет никаких литературных ссылок.

В 2005 г. опубликован «окончательный вариант» проекта рабочей классификации РА [13], которая почему-то названа «Клиническая классификация ревматоидного артрита» и состоит уже из четырех подразделов:

- Клинико-иммунологическая характеристика
- Степень активности суставного синдрома (для его определения предлагается упрощенный показатель воспалительной активности (ПВА), недавно разработанный на основе индекса активности

болезни - DAS 28. Следует заметить, что уже имеется валидизированный упрощенный индекс активности болезни (SDAI) [14]. Исследования, проведенные в Институте ревматологии РАМН, показали, что индекс SDAI является чувствительным методом оценки активности и коррелирует с индексом DAS и HAQ не только при РА длительного течения [13], но и при раннем артрите [15 ]).

- Стадия (так же, как в ныне действующей классификации их четыре, но в отличие от нее II-я стадия предусматривает – остеопороз+сужение суставной щели, III-я - то же+ как минимум 1 костная эрозия). При этом нет никаких указаний на литературные источники .

- Функциональный класс (описание аналогично представленному Ассоциацией ревматологов России в 2003 г [7] ).

Таким образом, только за 2005 г. опубликованы три варианта рабочей классификации РА, что делает затруднительным ее применение в клинической практике, поскольку действующая с 1980 г. классификация еще не отменена, а предлагаемые - мало понятны из-за ряда неточностей, противоречий и необоснованных изменений, для устранения которых необходимы дальнейшие коллективные усилия ведущих ревматологов России.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Астапенко М.Г., Пихлак Э.Г.Болезни суставов. М., Медицина, 1966, 149-152
2. Президиум Всесоюзного общества ревматологов. Классификация ревматоидного артрита. *Вопр.ревматизма*, 1982, 2, 55-56
3. Отто В., Астапенко М.Г., Трофимова Т.М. и др. Усовершенствование и апробация критериев диагностики активности процесса при ревматоидном артрите. *Вопр. ревматизма*, 1975, 3, 18-22
4. Насонова В.А., Астапенко М.Г. Клиническая ревматология: Руководство для врачей, АМН СССР, М., Медицина, 1989, 282-283.
5. Саркисова И. А., Рамеев В.В., Варшавский В.А. и др. Особенности течения АА-амилоидоза у больных ревматоидным артритом. *Тер.архив.*, 2006, 5, 31-36
6. Ревматические болезни. Рук. для врачей. Под ред. В.А.Насоновой, Н.В.Бунчука, М., Медицина, 1997, 283
7. Клиническая ревматология (рук. для врачей) под ред.чл.-корр. РАМН проф. В.И.Мазурова, 2-е изд., перераб. и доп., СПб: ООО «Издательство Фолиант», 2005, 91-92
8. Мазуров В.И., Богданов А.Н. Диагностика и лечение поражений легких у больных ревматоидным артритом. *Научно-практич.ревматол.*, 2003, 3, 52-56
9. Steinbrocker O., Traeger C.H. Bateria R.C. Therapeutic criteria in rheumatoid arthritis. *JAMA*, 1949, 140, 659-662
10. Hochberg M.C., Chang R.W., Dwoosh I. Et al. The American college of rheumatology 1991 revised criteria for the classification of global functional status in rheumatoid arthritis. *Arthrit. Rheum.*, 1992, 498-502
11. Клинические рекомендации. Ревматология/ Под ред.Е.Л.Насонова., М., ГЭОТАР-Медиа, 2005, 25
12. Муравьев Ю.В. О классификации ревматоидного артрита. *Научно-практич.ревматол.*, 2005, 4, 107-108
13. Балабанова Р.М., Олюнин Ю.А. Клиническая классификация ревматоидного артрита (проект для обсуждения). *Научно-практич. ревматол.*, 2005, 2, 83-84.
14. Smolen J.S., Breedveld F.C., Schiff M.H. et al. A simplified disease activity index for rheumatoid arthritis for use in clinical practice. *Rheumatol.*, 2003, 42, 244-257
15. Чемерис Н.А., Каратеев Д.Е., Насонов Е.Л. Новые подходы к оценке активности ревматоидного артрита: упрощенный индекс активности болезни SDAI ( simplified disease activity index) при раннем артрите. *Научно-практич. ревматол.*, 2005, 2, 7-13

Поступила 10.06.06