

Д.Е. Каратеев, Ю.А. Олюнин, Е.Л. Лучихина

Учреждение Российской академии медицинских наук Научно-исследовательский институт ревматологии РАМН, Москва

НОВЫЕ КЛАССИФИКАЦИОННЫЕ КРИТЕРИИ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА ACR/EULAR 2010 — ШАГ ВПЕРЕД К РАННЕЙ ДИАГНОСТИКЕ

Контакты: Дмитрий Евгеньевич Каратеев karateev@iramn.ru

Contact: Dmitry Evgenyevich Karateyev karateev@iramn.ru

Ревматоидный артрит (РА) — хроническое системное заболевание соединительной ткани с прогрессирующим поражением преимущественно периферических (синовиальных) суставов по типу эрозивно-деструктивного полиартрита, возможным развитием полиорганного поражения и тяжелых осложнений, таких как вторичный амилоидоз. РА представляет собой наиболее распространенное аутоиммунное заболевание человека, регистрируется во всех странах мира и во всех климатогеографических зонах, во всех возрастных, расовых и этнических группах, поражая 0,5–2% взрослого населения в наиболее работоспособном возрасте — 35–55 лет. РА имеет большое общемедицинское и социальное значение, приводя к колоссальным экономическим потерям [1–4].

За последние годы было убедительно показано, что единственным реальным способом остановить неуклонное прогрессирование заболевания являются максимально ранняя диагностика и раннее начало активной терапии, которая затем должна проводиться длительно и непрерывно под тщательным контролем эффективности и переносимости [4–9]. Поэтому важность ранней диагностики РА не вызывает сомнений.

При наличии классической клинической картины, особенно при типичном поражении кисти [10–12], диагноз РА не представляет затруднений для опытного ревматолога. Проблемы диагностики РА состоят в следующем:

- классическая клиническая картина наблюдается, как правило, у пациентов с длительно текущим РА, а в начале болезни целый ряд типичных клинических (например, ульнарная девиация пальцев кисти и ревматоидные узелки), иммунологических (ревматоидный фактор — РФ) и рентгенологических (костные эрозии) симптомов могут отсутствовать;

- для дебюта РА характерна выраженная гетерогенность симптоматики;

- при РА нет по-настоящему патогномоничных симптомов;

- во всем мире, и особенно в Российской Федерации, наблюдается дефицит специалистов-ревматологов, поэтому с диагностикой РА сталкиваются врачи общей практики, не обладающие достаточными знаниями и клиническим опытом.

В концентрированном виде диагностические проблемы возникают именно на ранней стадии болезни [13]. В мире принята концепция раннего артрита (как собирательное понятие, включающее состояния, подозрительные в отношении развития хронического воспалительного ревматического заболевания, в первую очередь РА) как важнейшего периода заболевания, в значительной степени определяющего дальнейшую судьбу больного. Существует несколько моделей развития РА [14], которые во многом помогают по-

нять закономерности развития этого заболевания, объяснить сложности диагностики и обосновать возможности их преодоления. Они подразумевают, что иммунопатологические механизмы РА могут включаться стадийно [15], а болезнь, развивающаяся у данного индивида под воздействием генетических (например, наличие shared epitope), внешних (курение и др.), иммунологических факторов (таких как появление цитруллинированных пептидов и белков), проходит потенциально обратимый этап «неспецифической» симптоматики, так называемого недифференцированного артрита (НДА) [16, 17], когда еще не сформировалась картина хронического деструктивного (ревматоидного?) полиартрита. Это объясняет возможность как типичного, так и атипичного (в виде НДА) дебюта болезни, а также формирование клинической гетерогенности. По мнению А.Н. van der Helm-van Mil и соавт. [18], большинство пациентов в дебюте болезни проходят стадию НДА. Поэтому ранний диагноз РА является трудным по объективным причинам.

Еще много десятилетий назад встал вопрос о развитии критериальной диагностики РА.

В 1956 г. [19] были подготовлены критерии American College of Rheumatology (ACR) — тогда American Rheumatism Association (ARA), — которые в пересмотре 1958 г. [20] длительно использовались во всем мире (известны, в несколько модифицированном виде, как Римские критерии). Эти критерии разрабатывались как диагностические и создавались путем экспертной оценки, анализа популяционных исследований и клинических случаев. Они подразумевали 4 категории достоверности диагноза (табл. 1). Классический (classical) РА требовал 7 критериев из 11, определенный (definite) — 5 критериев, вероятный (probable) — 3 критериев. Категория возможного (possible) РА определялась на основании отдельного набора из 5 критериев, шестым критерием был ирит, в настоящее время считающийся нехарактерным для РА; интересно, что сюда были включены повышенные значения СОЭ и С-реактивного белка (СРБ), которые затем были использованы в последнем варианте критериев 2010 г. (см. ниже). Для диагноза требовалось не менее 2 критериев; в целом «возможный» РА допустимо отождествить с современным понятием НДА. Кроме того, перечислялись 20 критериев исключения, наличие любого из которых ставило под сомнение диагноз РА.

Критерии 1958 г., несмотря на заметную архаичность, являются в полной мере диагностическими, поскольку:

- 1) отражают гетерогенность клинической картины и возможность разной степени достоверности диагноза;

- 2) включают достаточно полный (для своего времени, конечно) спектр диагностических процедур — от врачебного осмотра до анализа синовиальной жидкости и морфологического анализа синовиальной оболочки;

Таблица 1

Диагностические критерии РА (ARA, 1958, по [19], с сокращениями)

Критерии РА*	Критерии исключения
1. Утренняя скованность 2. Боль при движении или болезненность при надавливании по крайней мере в одном суставе (выявляемая врачом) 3. Припухлость (отек мягких тканей или выпот) по крайней мере в одном суставе (выявляемая врачом) 4. Припухлость еще одного сустава (период отсутствия суставной симптоматики между вовлечением суставов ≤ 3 мес) 5. Симметричная припухлость суставов (выявляемая врачом); для проксимальных межфаланговых, пястно-фаланговых, плюснефаланговых суставов может быть не абсолютной; дистальные межфаланговые суставы не учитываются 6. Подкожные узелки над костными выступами на разгибательных поверхностях, в околосуставных областях (выявляемые врачом) 7. Типичная для РА рентгенологическая картина (как минимум декальцификация костей в области пораженных суставов, но не только дегенеративные изменения); дегенеративные изменения не исключают РА 8. Положительный тест на ревматоидный фактор (любой метод, дающий положительный результат не более чем у 5% здоровых людей) 9. Рыхлый муциновый сгусток при исследовании синовиальной жидкости 10. Типичные морфологические признаки ревматоидного синовита 11. Типичные морфологические признаки ревматоидного подкожного узелка	1. Сыпь, типичная для СКВ («бабочка» и др.) 2. Высокая концентрация LE-клеток 3. Гистологические признаки узелкового полиартериита 4. Мышечная слабость и другие симптомы дерматомиозита 5. Достоверная склеродермия (не ограниченная склеродактилией) 6. Клиническая картина, характерная для ревматической лихорадки, с мигрирующим артритом, эндокардитом и т. д. 7. Клиническая картина, характерная для подагры, с острыми атаками артрита и т. д. 8. Тофусы 9. Клиническая картина, характерная для инфекционного артрита 10. Выделение туберкулезной палочки из сустава или гистологические признаки туберкулеза сустава 11. Клиническая картина, характерная для синдрома Рейтера 12. Клиническая картина, характерная для синдрома плечо—кисть 13. Клиническая картина, характерная для гипертрофической остеохондропатии при заболеваниях легких 14. Клиническая картина, характерная для нейроартропатии при неврологическом заболевании 15. Высокий уровень гомогентизиновой кислоты в моче 16. Гистологические признаки саркоидоза 17. Симптоматика миеломной болезни 18. Характерные проявления узловатой эритемы 19. Лейкоз или лимфома 20. Агаммаглобулинемия
Критерии возможного РА** 1. Утренняя скованность 2. Болезненность или боль при движениях в суставах (выявляемая врачом) при наличии анамнеза сохранения или рецидивирования в течение как минимум 3 нед 3. Припухлость суставов при осмотре или в анамнезе 4. Подкожные узелки (выявляемые врачом) 5. Повышение СОЭ или уровня СРБ	

Примечание. * Критерии 1—5 должны присутствовать ≥ 6 нед.

** Длительность суставных симптомов ≥ 3 нед.

3) включают конкретные рекомендации по дифференциальной диагностике (критерии исключения).

Критерии ARA 1958 г. применялись повсеместно около 30 лет (пересмотр 1966 г., так называемые Нью-Йоркские критерии, никогда не использовались широко [21]). В то же время за указанный период произошло много важных изменений, включая идентификацию новых заболеваний (таких как ревматическая полимиалгия) и групп болезней (таких как спондилоартропатии), которые ранее могли включаться в категорию диагноза РА. Развитие клинической ревматологии шло по пути когортных исследований, что требовало более жестких рамок диагноза.

Следующий общепринятый вариант критериев РА был разработан ACR (ARA) в 1987 г. [21] путем сравнительного анализа двух когорт больных по 262 пациента каждая: с РА и с другими ревматическими заболеваниями — остеоартрозом (ОА), системной красной волчанкой (СКВ), псориазическим артритом и др. Результатом стал общеизвестный сейчас набор из 7 критериев (табл. 2), при наличии 4 из которых пациент может быть классифицирован как имеющий РА. Эти критерии были названы классификационными, они были призваны, помимо работы с конкретными больными, четко определять группы пациентов в клинических исследованиях и публикациях [21], и в этой роли они прекрасно себя зарекомендовали.

Фактически набор критериев представляет собой описание картины классического РА. Это привело к достаточно высокой специфичности каждого из критериев, но снизило их ценность для ранней диагностики. В настоящее

время считается хорошо доказанным, что классификационные критерии ACR (ARA) 1987 г. являются недостаточно эффективными для диагностики РА в первые месяцы после появления симптоматики [22]. В частности, эти критерии совершенно не учитывают гетерогенность клинической картины и непригодны для применения у пациентов с НДА [6, 18]. В критериях ACR (ARA) 1987 г. значительный удельный вес (2 критерия из 7) имеют редко встречающиеся на ранней стадии болезни симптомы — ревматоидные узелки и типичные рентгенологические изменения суставов.

Кроме этого, в условиях вариабельности клинических проявлений НДА и раннего РА при обследовании больных с ранним артритом особую роль играет иммунологическая диагностика. Именно наличие аутоантител, таких как РФ, демонстрирует принадлежность РА к аутоиммунным болезням. Внедрение в клиническую практику определения антител к цитруллинированным пептидам, в частности антител к циклическому цитруллинированному пептиду (АЦЦП), стало существенным шагом вперед в ранней диагностике РА. Наличие АЦЦП имеет важнейшее значение в плане прогноза развития РА у больных НДА. Так, по данным НИИР РАМН [14], среди позитивных по РФ больных через 12 мес РА развился у 56%, среди серонегативных пациентов — у 44%, различия недостоверны ($p=0,105$), в то время как среди позитивных по АЦЦП больных через 12 мес РА развился у 70%, а среди негативных по АЦЦП — у 30%, различия высоко достоверны ($p<0,001$). Наши наблюдения подчеркивают важнейшее значение АЦЦП в диагностике РА, особенно на ранней стадии болезни.

Таблица 2

Классификационные критерии РА (ARA, 1987, по [21])

Критерий	Описание
1. Утренняя скованность	Утренняя скованность в суставах или околосуставных областях длительностью ≥ 1 ч до максимального улучшения
2. Артрит 3 суставных областей и более	Припухлость мягких тканей или выпот (но не костные разрастания), определяемые врачом, в области проксимальных межфаланговых, пястно-фаланговых, лучезапястных, локтевых, коленных, голеностопных, плюснефаланговых суставов
3. Артрит суставов кистей	Припухлость в области проксимальных межфаланговых, пястно-фаланговых или лучезапястных суставов
4. Симметричный артрит	Одновременное вовлечение одноименных суставных областей с обеих сторон из перечисленных в п. 2
5. Ревматоидные узелки	Подкожные узелки, располагающиеся над костными выступами, разгибательными поверхностями конечностей или околосуставными областями, определяемые врачом
6. Ревматоидный фактор	Положительный тест на ревматоидный фактор в сыворотке крови (методика должна давать положительный результат не более чем у 5% здоровых людей)
7. Рентгенологические изменения	Костные эрозии, значительный околосуставной остеопороз в пораженных суставах

Примечание. Критерии 1—4 должны сохраняться на протяжении ≥ 6 нед.

Наблюдения когорт пациентов с ранним артритом [16, 23, 24] показали, что для значительной части больных с подозрением на РА диагностика представляет собой процесс, в котором раннее установление диагноза в значительной степени совпадает с определением прогноза. В целом существующие сейчас представления о развитии РА могут быть сведены к нескольким основным принципам [14]:

1. У всех пациентов существует в начале заболевания период (ранняя стадия), когда клиническая картина сформирована не полностью и нозологическая принадлежность сомнительна, т. е. все либо подавляющее большинство больных проходят стадию НДА.

2. Нозологическая принадлежность и тяжесть течения заболевания определяются в течение ранней стадии болезни под воздействием генетических, иммунологических и внешнесредовых факторов, поэтому данный период характеризуется потенциальной обратимостью (склонностью к спонтанной ремиссии) и возможностью наиболее эффективного воздействия патогенетической терапии на отдаленный исход.

3. По истечении ранней стадии формируется типичная картина быстро или медленно прогрессирующего хронического воспалительного заболевания (обычно РА), которое в дальнейшем развивается по известным закономерностям, характерным для данной патологии.

4. РА — чрезвычайно гетерогенное по клинической картине и скорости прогрессирования заболевание, поэтому целесообразно выделение следующих важнейших его признаков:

- персистирующий артрит;
- ассоциация с РФ и АЦЦП;
- тенденция к деструкции суставов (сужение суставной щели, эрозии).

5. Практический смысл ранней диагностики РА состоит в обосновании раннего назначения базисных противовоспалительных препаратов (БПВП).

Эти принципы были положены в основу новых (2010) классификационных критериев РА [25]. Новые критерии существенно отличаются от предыдущих (1987) по целому ряду принципиальных моментов:

— впервые критерии РА создавались путем тесного сотрудничества двух крупнейших ревматологических ассоциаций мира — Американской коллегии ревматологов (American College of Rheumatology — ACR) и Европейской антиревматической лиги (European League Against Rheumatism — EULAR), что нашло отражение в названии: «2010 American College of Rheumatology/European League Against Rheumatism Rheumatoid arthritis classification criteria»;

— критерии создавались не путем сравнительного анализа клинических характеристик больных с достоверным диагнозом РА и больных, достоверно не имеющих данной патологии, а путем сочетания экспертной оценки и статистического анализа;

— новые критерии специально разрабатывались с прицелом на раннюю диагностику.

Первоначальной целью группы экспертов было определить правила, по которым среди пациентов с недифференцированным синовитом можно:

- 1) идентифицировать группу с высоким риском хронизации и развития эрозивного процесса;
- 2) обосновать начало базисной терапии;
- 3) не исключать возможность применения у пациентов с длительно текущим заболеванием.

В результате работа над критериями заняла период с 2007 по 2009 г. и разделилась на три фазы:

Фаза 1 — выделение клинико-лабораторных параметров, наиболее ценных в плане прогноза назначения БПВП больным ранним НДА.

Фаза 2 — основанная на консенсусе и клиническом подходе оценка значимости выделенных параметров.

Фаза 3 — интеграция результатов первых двух фаз, определение системы подсчета и границы значений (cut-off points), позволяющих говорить об определенном (definite) РА.

Новые критерии ориентированы в первую очередь на раннюю диагностику РА. Приоритетной задачей для авторов стало выявление больных, нуждающихся в назначении БПВП. Поэтому в качестве признаков для обоснования диагноза выбирались, прежде всего, показатели, позволяющие зафиксировать наличие активного воспаления (припухлость и болезненность суставов, повышение СОЭ и уровня СРБ), а также неблагоприятные прогностические

факторы (РФ, АЦЦП). Однако активность РА со временем меняется, и признаки, необходимые для подтверждения диагноза, в ходе лечения могут исчезать. Для того чтобы обеспечить преэминентность диагностического процесса, авторы сформулировали дополнительные рекомендации, позволяющие верифицировать диагноз и на более поздних стадиях болезни. В результате система диагностики РА, разработанная совместно экспертами ACR и EULAR, включает, с одной стороны, набор классификационных диагностических критериев, а с другой — описание трех категорий больных, которые на момент осмотра не соответствуют диагностическим критериям, но у которых, тем не менее, может быть установлен достоверный диагноз РА.

Пожалуй, основной отличительной чертой новых критериев является отсутствие ограничений по длительности симптоматики. Теоретически при наличии соответствующих изменений диагноз может быть установлен уже в первые часы от начала болезни, что в принципе дает возможность лечить артрит как неотложное состояние.

Для того чтобы поставить диагноз РА по новым критериям, врач должен выполнить три условия.

Во-первых, необходимо найти у больного хотя бы один припухший сустав.

Во-вторых, следует исключить другие заболевания, которые могут сопровождаться воспалительными изменениями суставов. Требуется дифференциальная диагностика с различными заболеваниями, такими как СКВ, псориатический артрит, подагра, в случае неясности рекомендуется консультация ревматолога-эксперта.

В-третьих, нужно набрать как минимум 6 баллов из 10 возможных по 4 позициям, описывающим особенности картины болезни у данного пациента (табл. 3).

Основное место среди них занимает характеристика суставного статуса. Она основана на определении числа воспаленных суставов. При этом, в отличие от классификационных критериев ACR 1987 г., в качестве признаков, позволяющих зафиксировать наличие синовита, учитывается не только припухлость сустава, но и его болезненность при объективном исследовании. Оценка статуса больного в рамках новых критериев основана на выделении 4 категорий суставов (табл. 4).

Прежде всего это суставы исключения (дистальные межфаланговые суставы, I запястно-пястные суставы и I плюснефаланговые суставы). Их изменения не принимаются во внимание, поскольку они характерны для остеоартроза. Вторая категория — крупные суставы (плечевые, локтевые, тазобедренные, коленные, голеностопные), тре-

Таблица 3

Классификационные критерии РА ACR/EULAR 2010 г. (по [25])

Критерии	Баллы
A. Клинические признаки поражения суставов (припухлость и/или болезненность при объективном исследовании) (0—5 баллов)	
1 крупный сустав	0
2—10 крупных суставов	1
1—3 мелких сустава (крупные суставы не учитываются)	2
4—10 мелких суставов (крупные суставы не учитываются)	3
>10 суставов (как минимум 1 мелкий сустав)	5
B. Тесты на РФ и АЦЦП (0—3 балла, требуется как минимум 1 тест)	
Отрицательны	0
Слабо позитивны для РФ или АЦЦП (превышают верхнюю границу нормы, но не более чем в 3 раза)	2
Высоко позитивны для РФ или АЦЦП (более чем в 3 раза превышают верхнюю границу нормы)	3
C. Острофазовые показатели (0—1 балл, требуется как минимум 1 тест)	
Нормальные значения СОЭ и СРБ	0
Повышение СОЭ или уровня СРБ	1
D. Длительность синовита (0—1 балл)	
< 6 нед	0
≥6 нед	1

Таблица 4

Категории суставов в критериях РА ACR/EULAR 2010 г. (по [25])

Суставы исключения:

— не учитываются изменения дистальных межфаланговых суставов, I запястно-пястных суставов и I плюснефаланговых суставов

Крупные суставы:

— плечевые, локтевые, тазобедренные, коленные, голеностопные

Мелкие суставы:

— пястно-фаланговые, проксимальные межфаланговые, II—V плюснефаланговые, межфаланговые суставы больших пальцев кистей, лучезапястное суставы

Другие суставы:

— суставы, которые могут быть поражены при РА, но не включены ни в одну из перечисленных выше групп (например, височно-нижнечелюстной, акромиально-ключичный, грудино-ключичный и др.)

тв — мелкие суставы (пястно-фаланговые, проксимальные межфаланговые, II—V плюснефаланговые, межфаланговые суставы больших пальцев кистей, лучезапястные суставы). Наконец, четвертая категория — другие суставы. Это суставы, которые могут быть поражены при РА, но не включены ни в одну из перечисленных выше групп (например, височно-нижнечелюстной, акромиально-ключичный, грудино-ключичный и др.).

Если у больного не более 10 воспаленных суставов и нет изменений мелких суставов, то учитываются только изменения крупных суставов. Если обнаружено не более 10 воспаленных суставов и есть изменения мелких суставов, то учитываются только изменения мелких суставов. Если поражены более 10 суставов и есть изменения хотя бы одного мелкого сустава, то учитывается поражение и крупных, и мелких, и других суставов.

Второе место по значимости занимают результаты тестов на РФ и АЦЦП. Учитываются наибольшие значения одного из этих показателей. Тест считается негативным, если его результат не превышает верхнюю границу нормы. Если результат превышает верхнюю границу нормы не более чем в 3 раза, он считается низко позитивным и оцени-

вается 2 баллами. Если результат превышает верхнюю границу нормы более чем в 3 раза, он считается высоко позитивным и оценивается 3 баллами. В случаях, если РФ оценивается не количественным тестом (только позитивный либо негативный), положительный результат считается низко позитивным и оценивается 2 баллами.

Если у больного повышена СОЭ или уровень СРБ (или оба эти показателя), то к общей сумме может быть добавлен 1 балл. Определение длительности симптоматики проводится со слов больного. При этом учитывается продолжительность болей, припухлости и болезненности суставов, изменения которых обнаружены при объективном исследовании. Если симптоматика сохраняется не менее 6 нед, сумма баллов увеличивается на 1.

Особо выделяются три категории больных, которые не соответствуют критериям на момент осмотра, но которым, тем не менее, может быть установлен достоверный диагноз РА.

1. Больные, у которых имеются типичные для РА эрозии на рентгенограммах. Характерное для РА эрозивное поражение хорошо описано во множестве монографий, атласов и руководств, тем не менее однозначное определение «типичной для РА эрозии» до сих пор отсутствует. Поэтому для достоверной диагностики может потребоваться значительный личный опыт ревматолога и рентгенолога.

2. Больные со значительной давностью РА, которые ранее соответствовали диагностическим критериям этого заболевания.

3. Больные с ранней стадией РА, которые не соответствуют критериям на момент исходного осмотра, но начинают соответствовать им по мере развития заболевания в ходе последующего наблюдения. При недостаточном количестве баллов для диагноза РА оценка может проводиться повторно и кумулятивно (т. е. с учетом всех изменений, выявленных за период наблюдения).

Новые критерии 2010 г. представляют собой значительный шаг вперед, поскольку разработаны специально для ранней диагностики, основаны на сочетании статистических расчетов и экспертной оценки, используют такой важнейший показатель, как АЦЦП, включают взвешенную (по диагностической ценности) оценку характера поражения суставов (не только числа суставов, но и локализации) и в связи с этим позволяют диагностировать РА у ряда больных, нуждающихся в БПВП, которых ранее необходимо было относить к НДА. С другой стороны, имеется ряд моментов, вызывающих вопросы, в частности в отношении возможной гипердиагностики. Сюда можно отнести возможность установления диагноза по одному клиническому параметру (число припухших суставов) и длительности симптоматики (которая определяется по оценке больного), а также возможность установления диагноза

«по анамнезу»; необходимость проведения расширенной дифференциальной диагностики, которая на ранней стадии может быть затруднена. Данные вопросы должны быть разрешены при оценке результатов широкого практического применения новых критериев РА в практике.

Эксперты рабочей группы, создававшие новые критерии РА, специально отметили, что позиционируют их как «классификационные», а не «диагностические» критерии. Основной целью их создания было выделить из популяции пациентов с недифференцированным артритом подгруппу с наиболее высоким риском развития стойкого или эрозивного РА, которые могут быть включены в клинические исследования [25]. Эти же пациенты могут получить наибольшую пользу от раннего назначения БПВП. Тем не менее новые критерии могут использоваться с диагностической целью и быть востребованы для обоснования тех или иных назначений. Однако принятие данных критериев, как и любых других классификационных критериев, не ограничивает возможностей врача устанавливать диагноз, особенно в случаях необычных проявлений болезни, у пациентов, формально не соответствующих критериям, либо с помощью методик, не включенных в критерии.

С другой стороны, на сегодняшний день классификационные критерии ACR/EULAR являются единственным способом, позволяющим установить достоверный диагноз РА, поэтому их использование необходимо как для научных исследований, так и для повседневной клинической практики. Конечно, стандартизованная методика диагностики не позволяет идентифицировать все возможные варианты РА, которые встречаются в практической работе [26]. Эксперты EULAR считают, что БПВП могут быть назначены и без формального подтверждения диагноза [27]. Достаточным основанием для применения таких медикаментов является угроза развития стойкого и/или эрозивного артрита. Признаками такой угрозы являются наличие припухших и болезненных суставов, повышение СОЭ, уровня СРБ, РФ, АЦЦП. Если картина заболевания не соответствует критериям, но имеются признаки, позволяющие говорить об угрозе развития стойкого и/или эрозивного артрита, то, согласно отечественной классификации РА, больному может быть установлен диагноз вероятного РА [28]. В тех случаях, когда больной соответствует классификационным критериям ACR/EULAR, устанавливается диагноз РА серопозитивного или РА серонегативного.

Следует особо подчеркнуть, что введение новой системы диагностики РА не требует пересмотра диагноза у тех больных, которым диагноз РА уже был установлен в соответствии с критериями ACR 1987 г. Классификационные критерии ACR/EULAR 2010 г. должны использоваться только для диагностики новых случаев заболевания.

ЛИТЕРАТУРА

1. Клинические рекомендации. Ревматология. Под ред. Е.Л. Насонова. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006.
 2. Ревматология: национальное руководство. Под ред. Е.Л. Насонова. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008;720 с.
 3. Насонов Е.Л. Ревматоидный артрит как общемедицинская проблема. Тер арх 2004;5:5—7.
 4. Насонов Е.Л. Почему необходима ран-

няя диагностика и лечение ревматоидного артрита? Рус мед журн 2002;10(22):1009—14.
 5. Emery P. Therapeutic approaches for early rheumatoid arthritis. How early? How aggressive? Br J Rheumatol 1995;34:87—90.
 6. Emery P., Breedveld F.C., Dougados M. et al. Early referral recommendation for newly diagnosed rheumatoid arthritis: evidence-based development of a clinical guide.

Ann Rheum Dis 2002;61:290—7.
 7. Каратеев Д.Е. Ретроспективная оценка многолетней базисной терапии у больных ревматоидным артритом. Науч-практич ревматол 2003;3:32—6.
 8. Насонов Е.Л. Фармакотерапия ревматоидного артрита с позиций доказательной медицины: новые рекомендации. Рус мед журн 2002;10(6):294—302.
 9. Насонов Е.Л., Каратеев Д.Е., Чича-

- сова Н.В., Чемерис Н.А. Современные стандарты фармакотерапии ревматоидного артрита. Клин фарм тер 2005;1:72—5.
10. Астапенко М.Г. Ревматоидный артрит. В кн.: Насонова В.А., Астапенко М.Г. Клиническая ревматология. Руководство для врачей. М.: Медицина, 1989.
11. Сигидин Я.А., Лукина Г.В. Ревматоидный артрит. В кн.: Сигидин Я.А., Гусева Н.Г., Иванова М.М. Диффузные болезни соединительной ткани (Системные ревматические заболевания). Руководство для врачей. М.: Медицина, 2004.
12. Каратеев Д.Е. Ревматоидная кисть. Consilium medicum 2005;7(2):83—7.
13. Каратеев Д.Е., Лучихина Е.Л. Ранняя диагностика ревматоидного артрита: проблемы и решения. Рос мед вести 2007;4:24—7.
14. Каратеев Д.Е., Лучихина Е.Л. Современное состояние проблемы раннего артрита. Науч-практич ревматол 2010;4(Прил. 2):27—31.
15. Firestein G.S. Evolving concepts of rheumatoid arthritis. Nature 2003;423(6937):356—61.
16. Van Aken J., van Bilsen J.H., Allaart C.F. et al. The Leiden Early Arthritis Clinic. Clin Exp Rheumatol 2003;2(Suppl. 31):100—5.
17. Dixon W.G., Symmons D.P. Does early rheumatoid arthritis exist? Best Pract Res Clin Rheumatol 2005;19:37—53.
18. Van der Helm-van Mil A.H., le Cessie S., van Dongen H. et al. A prediction rule for disease outcome in patients with recent-onset undifferentiated arthritis: how to guide individual treatment decisions. Arthr Rheum 2007;56:433—40.
19. Ropes M.W., Bennett G.A., Cobb S. et al. Proposed diagnostic criteria for rheumatoid arthritis. Bull Rheum Dis 1956;7:121—4.
20. Ropes M.W., Bennett G.A., Cobb S. et al. 1958 Revision of diagnostic criteria for rheumatoid arthritis. Bull Rheum Dis 1958;9(4):175—6.
21. Arnett F.C., Edworthy S.M., Bloch D.A. et al. American Rheumatism Association 1987 revised criteria for the classification of rheumatoid arthritis. Arthr Rheum 1988;31:315—24.
22. Harrison B.J., Symmons D., Barrett E., Silman A.J. The performance of the 1987 ARA classification criteria for the rheumatoid arthritis in a population-based cohort of patients with early inflammatory polyarthritis. J Rheumatol 1998;26:2324—30.
23. Van Aken J., van Dongen H., le Cessie S. et al. Comparison of long term outcome of patients with rheumatoid arthritis presenting with undifferentiated arthritis or with rheumatoid arthritis: an observational cohort study. Ann Rheum Dis 2006;65:20—5.
24. Каратеев Д.Е., Лучихина Е.Л., Тюрина Л.Н. и др. Возможности ранней диагностики ревматоидного артрита в клинической практике на современном этапе (результаты наблюдений за московской когортой больных ранним артритом в рамках программы РАДИКАЛ). Тер арх 2008;80(5):8—13.
25. Aletaha D., Neogi T., Silman A.J. et al. 2010 Rheumatoid arthritis classification criteria: an American College of Rheumatology/European League Against Rheumatism collaborative initiative. Ann Rheum Dis 2010;69:1580—8.
26. Britsemmer K., Ursum J., van Schaardenburg D. Similar performance of new and old criteria for the diagnosis of RA in an early arthritis cohort in Amsterdam. Ann Rheum Dis 2010;69(Suppl. 3):469.
27. Combe B., Landewe R., Lukas C. et al. EULAR recommendations for the management of early arthritis: report of a task force of the European Standing Committee for International Clinical Studies Including Therapeutics (ESCSIT). Ann Rheum Dis 2007;66:34—45.
28. Каратеев Д.Е., Олюнин Ю.А. О классификации ревматоидного артрита. Науч-практич ревматол 2008;1:5—16.

Поступила 18.01.11