

Оценка статуса больных ревматоидным артритом. Современные тенденции

Ли́ла А.М.^{1,2}, Олю́нин Ю.А.¹, Гордеев А.В.²

¹ФГБНУ «Научно-исследовательский институт ревматологии им. В.А. Насоновой», Москва, Россия; ²кафедра ревматологии ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Минздрава России, Москва, Россия

¹Россия, 115522, Москва, Каширское шоссе, 34А; ²Россия, 125993, Москва, ул. Баррикадная, 2/1, стр. 1

Оценка статуса больного ревматоидным артритом позволяет получить информацию, необходимую для выбора адекватной тактики ведения пациента. Использование в рутинной практике количественных методов определения воспалительной активности является основой для разработки стандартизированных рекомендаций по ведению больных и обеспечивает существенное повышение качества медицинской помощи. Вместе с тем накопленный опыт свидетельствует о том, что имеющиеся суммарные индексы не всегда позволяют корректно определить активность заболевания. В статье обсуждаются факторы, способные исказить результат оценки воспалительной активности, а также подходы к устранению возможных ошибок.

Ключевые слова: ревматоидный артрит; оценка активности; суммарные индексы активности; невропатическая боль; коморбидные заболевания.

Контакты: Александр Михайлович Ли́ла; amlila@mail.ru

Для ссылки: Ли́ла АМ, Олю́нин ЮА, Гордеев АВ. Оценка статуса больных ревматоидным артритом. Современные тенденции. Современная ревматология. 2020;14(2):7–13. DOI: 10.14412/1996-7012-2020-2-7-13

Assessing the status of patients with rheumatoid arthritis: modern tendencies

Lila A.M.^{1,2}, Olyunin Yu.A.¹, Gordeev A.V.²

¹V.A. Nasonova Research Institute of Rheumatology, Moscow, Russia; ²Department of Rheumatology, Russian Medical Academy of Continuing Professional Education, Ministry of Health of Russia, Moscow, Russia

¹34A, Kashirskoe Shosse, Moscow 115522, Russia; ²2/1, BARRIKADNAYA ST., BUILD. 1, MOSCOW 125993, RUSSIA

Assessing the status of a patient with rheumatoid arthritis allows one to obtain information necessary to choose appropriate management tactics for the patient. The use of quantitative methods in routine practice to determine inflammatory activity is the basis for the development of standardized patient management recommendations and provides a substantial improvement in the quality of health care. At the same time, the accumulated experience suggests that the existing summary indices do not always allow one to correctly determine disease activity. The paper discusses factors that can corrupt the result of assessment of inflammatory activity, as well as approaches to eliminating possible errors.

Keywords: rheumatoid arthritis; activity assessment; total activity indices; neuropathic pain; comorbid diseases.

Contact: Aleksandr Mikhailovich Lila; amlila@mail.ru

For reference: Lila AM, Olyunin YuA, Gordeev AV. Assessing the status of patients with rheumatoid arthritis: modern tendencies. *Sovremennaya Revmatologiya=Modern Rheumatology Journal*. 2020;14(2):7–13. DOI: 10.14412/1996-7012-2020-2-7-13

В настоящее время проблема ревматоидного артрита (РА) является одной из наиболее значимых для ревматологии. РА – тяжелое инвалидизирующее заболевание, которое способно резко ограничивать возможности пациента, нарушать его социальную адаптацию, снижать качество жизни и сокращать ее продолжительность [1]. Имеющиеся в нашем распоряжении противоревматические препараты не позволяют излечивать РА, но дают возможность эффективно сдерживать его прогрессирование, предотвращая развитие необратимых изменений суставов и функциональной недостаточности [2].

Вместе с тем в условиях реальной клинической практики врачу приходится сталкиваться с рядом проблем, которые зачастую не позволяют в полной мере реализовать терапевтический потенциал лекарственных средств. К числу таких проблем следует отнести индивидуальные различия в эффективности препаратов; снижение эффективности по мере

увеличения длительности терапии; возникновение неблагоприятных реакций в ходе лечения; наличие коморбидных заболеваний, препятствующих проведению адекватной терапии и способных исказить результат определения ее эффективности [3]. Одним из наиболее значимых факторов, существенно затрудняющих ведение пациента, является отсутствие общепринятого инструмента, с помощью которого можно достаточно надежно определять уровень воспалительной активности и контролировать результаты лечения [4].

В настоящее время для оценки активности РА обычно используются суммарные индексы DAS28, SDAI (Simplified Disease Activity Index) и CDAI (Clinical Disease Activity Index). Все они имеют свои достоинства и недостатки, и ни один из них не считается лучшим. В последних рекомендациях EULAR (European League Against Rheumatism) по лечению РА они даже не перечисляются. Авторы предлагают использовать на выбор любой валидированный индекс, но

особо оговаривают, что обязательным компонентом такого индекса должен быть суставной счет [5]. Это требование принципиально отличает европейскую школу ревматологов от американской. Эксперты ACR (American College of Rheumatology) гораздо менее консервативны, чем их европейские коллеги. Они также рекомендуют DAS28, SDAI и CDAI в качестве инструментов для определения воспалительной активности, но считают, что ее можно оценивать и без суставного счета.

Сформированная ACR рабочая группа на основании анализа данных литературы предлагает использовать в клинической практике любой из пяти методов количественной оценки: DAS28, SDAI, CDAI, RAPID3 (Routine Assessment of Patient Index Data 3) и PASII (Patient Activity Scale-II) [6]. Два последних индекса содержат только те параметры, которые оценивает сам больной. Так, RAPID3 включает три компонента – общую оценку больного (ООБ), оценку боли и оценку функционального статуса по модифицированному опроснику HAQ (Health Assessment Questionnaire). Как и европейские индексы, RAPID3 дает возможность определить высокую, умеренную, низкую активность РА и ремиссию. Данный метод позволяет получить количественную характеристику воспалительной активности без врачебного осмотра и лабораторного контроля.

Обусловленный хроническим воспалением болевой синдром и функциональная недостаточность занимают центральное место в клинической картине РА. Лечение, которое назначается больному, направлено в первую очередь на устранение именно этих нарушений. В то же время суставной счет и лабораторные изменения, хотя и считаются наиболее объективными признаками воспаления, сами по себе не позволяют составить полное представление об имеющихся нарушениях.

Зачастую параметры, которые оценивает сам пациент (patient reported outcomes, PRO), оказываются более информативными, чем объективные признаки воспаления. Так, T. Olofsson и соавт. [7], проанализировав результаты мониторинга 941 больного, установили, что продолжительность периодов утраты трудоспособности была тесно связана с интенсивностью боли и ООБ, тогда как число припухших суставов (ЧПС), СОЭ и уровень СРБ оказывали на нее гораздо меньшее влияние.

M. Rydholm и соавт. [8], наблюдавшие 200 больных РА в течение 5 лет, определяли динамику функционального статуса по силе сжатия кисти. Авторы отмечают, что на момент включения больных в исследования предикторами ее последующего снижения были высокие значения индекса HAQ, боли и ООБ, тогда как DAS28, суставной счет, наличие ревматоидного фактора (РФ) и антител к циклическому цитруллинированному пептиду (АЦЦП) существенно не влияли на этот показатель. Описана также связь ООБ с кардиореспираторным фитнесом, который определяется как максимальное поглощение кислорода и обратно коррелирует с риском развития сердечно-сосудистых заболеваний [9]. Следует также отметить, что оценка функционального статуса связана с потребностью в эндопротезировании суставов и преждевременной смертностью в большей степени, чем результат любого из лабораторных тестов [10].

Параметры, которые оцениваются с участием пациента, имеют большой удельный вес во всех существующих на сегодняшний день методах определения воспалительной ак-

тивности. Все три европейских индекса включают ООБ. Общая оценка врача (ООВ), которая входит в состав SDAI и CDAI, также формируется с учетом жалоб больного. Включенное во все три индекса число болезненных суставов (ЧБС) наряду с ЧПС обычно относят к объективным признакам, однако на его значении может существенно сказываться восприятие самого пациента. Поэтому при использовании любого метода оценки воспалительной активности результат ее определения в значительной мере зависит от мнения пациента.

Однако имеющиеся у больного нарушения самочувствия связаны не только с активностью хронического воспалительного процесса. Существенное влияние на ООБ оказывают боль, депрессия, тревога, снижение способности к участию в социальной жизни, фибромиалгия, пожилой возраст, наличие сопутствующего остеоартрита (ОА) [11]. Для пациента наибольшее значение обычно имеет болевой синдром.

Усиление боли – типичный признак обострения болезни. Такие обострения периодически возникают даже в тех случаях, когда проводимая терапия позволяет поддерживать ремиссию или низкую активность РА. В рутинной практике примерно у половины пациентов, находящихся в ремиссии, приходится сталкиваться с обострениями болезни, которые могут варьироваться по продолжительности, тяжести и частоте [12]. В подобных случаях корректная оценка статуса играет важную роль, поскольку обострения на фоне низкой активности болезни ассоциируются с прогрессированием структурных изменений и функциональной недостаточности, развитием сердечно-сосудистых заболеваний [13]. Поэтому наличие таких нарушений может стать основанием для обсуждения вопроса об усилении противоревматической терапии.

Страх перед обострением может серьезно затруднять социальную адаптацию и ограничивать физическую активность пациента в течение продолжительного времени. Для подавления обострения широко используются глюкокортикоиды (ГК) и нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП), корректируется терапия базисными противовоспалительными препаратами (БПВП) и генно-инженерными биологическими препаратами (ГИБП). Вместе с тем усиление боли не всегда бывает признаком повышения активности хронического воспаления.

K. Vechman и соавт. [14] в течение 12 мес наблюдали 152 больных с ремиссией или низкой активностью РА, у 46 из которых было зафиксировано 70 эпизодов обострения болезни; 12 из них сопровождалось увеличением только ООБ и ЧБС. Динамика этих параметров обуславливала существенное увеличение DAS28 при отсутствии повышения ЧПС и СОЭ.

D.F. McWilliams и соавт. [15] проанализировали данные 719 больных, включенных в когорту раннего РА с 2002 по 2013 г. в 22 центрах Великобритании и Ирландии. Медиана длительности наблюдения этой группы составила 5 лет. Авторы выделяют два типа обострений: DAS28-обострения и болевые обострения. DAS28-обострения регистрировались в тех случаях, когда индекс DAS28 по сравнению с предыдущим визитом увеличивался не менее чем на 1,2 или не менее чем на 0,6 при условии, что в момент предыдущего визита его значение не превышало 3,2. Болевые обострения фиксировались при увеличении оценки боли

по SF-36 (Short Form-36) не менее чем на 4,8. Это значение было получено при анализе данных обследования пациентов на момент включения. Различие исходных значений DAS28 на 1,2 сочеталось с различием оценки боли по SF-36 в среднем на 4,8.

Анализировалось первое обострение, зафиксированное в ходе мониторинга больных. DAS28-обострения наблюдались у 45%, болевые обострения – у 52% больных. При этом в 60% случаев пациенты, соответствовавшие критериям DAS28-обострения, не подходили под критерии болевого обострения, и в 64% случаев при наличии критериев болевого обострения отсутствовали критерии DAS28-обострения. У 34 (14%) пациентов DAS28-обострение было обусловлено преимущественно увеличением ЧПС и ЧБС (объективное обострение), у 31 (13%) – в основном повышением ООБ и ЧБС (субъективное обострение). В остальных случаях наблюдалось менее выраженное нарастание признаков воспаления, чем в первых двух группах (умеренное обострение).

Критериям болевого обострения отвечали 36% больных в группе умеренного и 27% в группе объективного обострения. В то же время в группе субъективного обострения им соответствовали 79% больных. Авторы также выделяют две подгруппы среди пациентов с болевым обострением. В 11% случаев оно классифицировалось как первичное и проявлялось выраженным усилением боли после периода низкой воспалительной активности. В 89% случаев оно возникало на фоне сохранявшейся активности болезни и хронической боли и классифицировалось как добавочное. Критериям DAS28-обострения соответствовали 77% больных с первичным и лишь 30% пациентов с добавочным болевым обострением.

При последующем наблюдении DAS28 и оценка боли по SF-36 снижались, но не всегда до того уровня, который предшествовал обострению. В группе с субъективным DAS28-обострением большинство показателей при следующем осмотре были выше, чем до обострения. У пациентов с объективным DAS28-обострением они возвращались к тому уровню, который был до обострения. Ни в группе DAS28-обострения, ни в группе болевого обострения средние значения боли по SF-36 не достигали уровня, зафиксированного до обострения. В группе с первичным болевым обострением индекс DAS28 не снижался до уровня, имевшегося до обострения. После всех видов обострения сохранялось ухудшение функционального статуса по HAQ. Это наглядно демонстрирует гетерогенный характер обострений, с которыми приходится сталкиваться врачу в условиях рутинной клинической практики. Можно видеть, что формальная оценка уровня воспалительной активности не всегда позволяет обнаружить имеющееся у больного обострение и определить его характер. Между тем разные типы обострений, включая те, которые не сопровождаются существенным повышением объективных показателей воспаления, оказывают сходное негативное воздействие на пациента, вызывая стойкое ухудшение функционального статуса.

Снижение физической нагрузки, связанное с отказом от активного отдыха, домашней работы, профессиональной деятельности, может значительно увеличить функциональную недостаточность. При этом имеющиеся в каждом конкретном случае клинические особенности могут быть обусловлены различиями патогенетических механизмов, что

указывает на необходимость точной диагностики и дифференцированного подхода к терапии. Обычно в таких случаях больному назначают препараты, подавляющие воспалительные изменения. Однако усиление боли далеко не всегда бывает вызвано повышением воспалительной активности. Наличие хронического артрита, сопровождающегося стойким болевым синдромом, со временем приводит к развитию центральной сенситизации, которая сама по себе может быть источником хронической боли, сохраняющейся даже после подавления активного воспаления [16].

Еще одной причиной появления невоспалительной боли при РА являются неврологические нарушения [17]. Неврологическая патология нередко встречается у больных РА, но зачастую не распознается, поскольку связанная с ней боль обычно трактуется как проявление воспалительных изменений суставов и околосуставных мягких тканей. Существующие методы диагностики центральной сенситизации и неврологических изменений довольно сложны и трудоемки. Они не могут использоваться для обследования всех больных РА.

Однако болевой синдром, связанный с такой патологией, имеет довольно специфическую окраску. Как центральная сенситизация, так и поражение периферической нервной системы приводит к возникновению невропатической боли, которая существенно отличается по характеру от боли, вызванной воспалением, и может быть идентифицирована с помощью специальных опросников – rainDETECT и DN4.

К. Noda и соавт. [18] обследовали 145 больных РА с помощью rainDETECT и обнаружили признаки невропатической боли у 30 (20%) из них. Пациенты с невропатической болью имели более высокие значения ООБ, ООВ, боли, ЧБС, DAS28, CDAI, SDAI, mHAQ, а также снижение психического компонента здоровья и социального функционирования по SF-36 по сравнению с больными без невропатической боли. В то же время значения ЧПС, СОЭ и СРБ в этих группах существенно не различались. Следует также отметить, что в группе без невропатической боли показатели ООБ и ООВ были очень близки, а пациенты с невропатической болью оценивали активность РА гораздо более высоко, чем врачи.

Серьезное влияние на статус пациента и результат оценки воспалительной активности оказывают коморбидные заболевания. С одной стороны, они могут затруднять проведение адекватной противоревматической терапии, с другой – нередко вызывают существенный дискомфорт, способствуя завышению показателей активности, которые оценивает сам пациент. A.L. Ramos и соавт. [19] использовали для изучения роли коморбидной патологии при РА базу данных Государственного фонда здравоохранения Германии, которая включает 6,5 млн человек. Проанализированы данные 96 921 пациента с РА и 484 605 лиц без РА соответствующего пола и возраста. Наиболее часто при РА наблюдались артериальная гипертензия (62,5%), ОА (44%), гиперлипидемия (39,9%), депрессия (31,8%) и остеопороз (25,9%). Все эти нозологии, за исключением остеопороза, были наиболее частыми и в контрольной группе, но при РА их встречаемость была существенно выше, чем в контроле. Наиболее выраженными эти различия оказались для остеопороза (25,9 и 9,4% соответственно), воспалительных заболеваний кишечника (2,3 и 0,8%), ОА (44,0 и 21,4%), инфаркта мио-

карда (1,4 и 0,8%), застойной сердечной недостаточности (10,3 и 6,0%), почечной недостаточности (10,2 и 5,4%) и депрессии (31,8 и 20,1%). При этом 43,4% больных РА с депрессией получали антидепрессанты. Авторы провели анкетирование случайной выборки больных РА и показали, что увеличение числа коморбидных заболеваний ассоциируется с нарастанием функциональной недостаточности, ЧБС, ЧПС и снижением качества жизни.

Развитие сопутствующих заболеваний на фоне РА является самостоятельной проблемой, которая существенно затрудняет ведение больных в условиях реальной клинической практики. Имеющиеся у пациентов коморбидные нарушения далеко не равнозначны и могут по-разному влиять на возможности проведения адекватной фармакотерапии, прогноз и оценку воспалительной активности. Особое место среди них занимает кардиоваскулярная патология, которая может стать причиной сокращения продолжительности жизни. Характерные для больных РА расстройства тревожно-депрессивного спектра ассоциируются с повышением активности болезни. Инфекции, онкологические и некоторые другие заболевания могут усложнять проведение противоревматической терапии.

На сегодняшний день в рутинной практике не используются количественные методы, которые позволяли бы оценить значимость имеющихся у пациента коморбидных заболеваний и степень их влияния на результат оценки воспалительной активности. Существует несколько суммарных индексов, которые, с одной стороны, фокусируют внимание на наиболее серьезных сопутствующих заболеваниях, а с другой стороны, дают количественную характеристику имеющейся в каждом конкретном случае коморбидной патологии в целом [20]. С помощью этих методов можно оценить прогностическое значение имеющихся нарушений, а также их влияние на функциональный статус пациента.

Кроме того, в научных исследованиях нередко применяются специальные инструменты количественной оценки ассоциированных с РА тревоги и депрессии. Такие нарушения выявляются у многих больных. Их оценка позволяет получить значимую дополнительную информацию для характеристики статуса пациента и потребности в проведении соответствующей терапии, которая может благоприятно отразиться на результате лечения в целом [21]. Обычно с этой целью применяется Госпитальная шкала тревоги и депрессии – HADS (Hospital Anxiety and Depression scale), являющаяся достаточно простым инструментом. Однако конкретные рекомендации по ее использованию в широкой практике пока не разработаны. Нет и рекомендаций по суммарной оценке в рутинной практике имеющихся у больного коморбидных нарушений.

Тем не менее рабочей группе EULAR удалось сформулировать *основные положения, которые следует принимать во внимание при ведении пациентов с ревматическими заболеваниями, имеющих хроническую сопутствующую патологию* [22]. Эксперты выделяют три основные причины, обуславливающие актуальность данной проблемы. Во-первых, у пациентов с воспалительными ревматическими заболеваниями (ВРЗ), включая РА, спондилоартриты, диффузные заболевания соединительной ткани и микрокристаллические артриты, некоторые сопутствующие болезни встречаются чаще, чем в популяции. Такое повышение их частоты может быть связано как с активностью основ-

ного заболевания, так и с проводимой терапией, особенно с применением ГК.

Во-вторых, у пациентов с ВРЗ профилактические мероприятия зачастую проводятся в меньшем объеме, чем в общей популяции, поскольку внимание врачей сосредоточено в первую очередь на ревматической патологии. Например, женщины реже подвергаются скринингу для выявления рака молочной железы, хотя это заболевание при ВРЗ встречается с той же частотой, что и в общей популяции.

В-третьих, коморбидные заболевания могут повлиять на исход РА. Так, у больных РА с ожирением активность болезни контролируется хуже, чем у пациентов с нормальной массой тела, независимо от проводимой терапии.

Эксперты выделяют *шесть основных видов сопутствующей патологии*, на которые следует обращать особое внимание при ведении больных с ВРЗ. Это кардиоваскулярные заболевания, злокачественные новообразования, инфекции, болезни желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), остеопороз и депрессия. Ревматологу, который курирует пациента, необходимо своевременно выявлять и регистрировать информацию, связанную с коморбидными нарушениями. Обычно сам ревматолог не занимается лечением сопутствующих заболеваний, но он должен поддерживать связь с врачами соответствующих специальностей, чтобы обеспечить оказание адекватной медицинской помощи. В скрининге коморбидных заболеваний участвуют врачи, медицинские сестры, а также сами пациенты, которые могут заполнять соответствующие опросники и включаться в программы самопомощи.

Не реже 1 раза в 5 лет должно проводиться стандартное обследование пациента для выявления и регистрации сопутствующей патологии. Эксперты определили следующий объем информации, которая должна быть отражена в медицинской документации для каждого больного по каждому из шести основных классов коморбидных заболеваний.

Сердечно-сосудистые заболевания. 1. Наличие в анамнезе инфаркта миокарда, стенокардии, стентирования, инсульта, преходящего нарушения мозгового кровообращения, сердечной недостаточности, патологии артерий нижних конечностей. 2. Кардиоваскулярные факторы риска, включая курение, индекс массы тела, артериальную гипертензию, гиперхолестеринемию, почечную недостаточность, оценку кардиоваскулярного риска по шкале SCORE (Systematic COronary Risk Evaluation). 3. Лечение, которое проводится по поводу кардиоваскулярных нарушений, включая антигипертензивную терапию, дезагреганты, лечение по поводу сахарного диабета, липидснижающие препараты и антикоагулянты.

Злокачественные новообразования. 4. Наличие злокачественных новообразований в анамнезе. 5. Результаты скрининговых исследований для выявления онкологической патологии, включая маммографию, консультацию дерматолога, анализ кала на скрытую кровь, колоноскопию, мазок из цервикального канала и факторы риска онкологических заболеваний (семейный анамнез рака молочной железы или толстой кишки, наличие в анамнезе воспалительных заболеваний кишечника).

Инфекции. 6. Наличие туберкулеза в анамнезе, наличие вакцинации против туберкулеза, результаты пробы Манту и квантиферонового теста. 7. Наличие в анамнезе серьезных инфекций, оппортунистических инфекций, хронических

вирусных инфекций. 8. Вакцинации, в том числе против гриппа, стрептококковой пневмонии, *herpes zoster*, вируса папилломы человека, дифтерии, столбняка, гепатита В.

Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки.

9. Указания в анамнезе на язвенную болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, подтвержденную при гастроскопии. 10. Факторы риска язвенной болезни, включая возраст старше 65 лет, прием ингибиторов протонной помпы, наличие в анамнезе осложненной язвы, инфекции *Helicobacter pylori*, лечение аспирином, НПВП, ГК, антикоагулянтами.

Остеопороз. 11. Наличие остеопоротических переломов в анамнезе. 12. Факторы риска остеопороза, включая индекс массы тела <19, недостаточную физическую активность, лечение ГК, употребление алкоголя, семейный анамнез перелома шейки бедра, наличие вторичного остеопороза, данные денситометрии и результаты оценки риска перелома по FRAX. 13. Проводимое или предшествующее лечение по поводу остеопороза, включая препараты кальция, витамина D, бисфосфонаты, стронция ранелат, ралоксифен, терипаратид и деносумаб.

Депрессия. 14. Наличие депрессии в анамнезе и в настоящее время, результаты скрининга для выявления депрессии. 15. Лечение, которое проводится по поводу депрессии.

Для регистрации указанной информации эксперты предлагают использовать стандартизированную форму, заполнение которой обеспечивает получение соответствующих данных. Наличие указанной информации по каждому пациенту и регулярное ее обновление может способствовать существенному повышению качества медицинской помощи этой категории больных.

Развитие ревматологии на протяжении первых двух десятилетий нынешнего века наглядно демонстрирует, что рутинная клиническая практика не должна ограничиваться оказанием квалифицированной медицинской помощи больным. Она также может служить очень ценным источником информации для научных исследований, позволяющих совершенствовать методы диагностики и лечения ВРЗ. Реализация принципов доказательной медицины требует проведения анализа очень больших выборок, которые могут быть сформированы только объединенными усилиями многих медицинских центров. Такое масштабное объединение возможно лишь при использовании стандартизированного подхода к обследованию больных и унифицированной процедуры регистрации данных.

Основой для создания таких объединенных баз данных может послужить *базовый набор, разработанный EULAR для поддержки наблюдательных исследований и клинической практики* [23]. В него были включены наиболее значимые параметры, определяющие статус больного РА, и центральное место среди них занимают общепринятые показатели воспалительной активности, вошедшие в базовый набор, сформированный в начале 90-х годов экспертами ACR (ООБ, ООВ, боль, ЧБС, ЧПС, оценка функционального статуса, острофазовые показатели). В дальнейшем эти признаки очень активно использовались как в клинических исследованиях, так и в рутинной практике. Однако некоторые из них до настоящего времени не имеют единых общепринятых дефиниций, поэтому могут трактоваться весьма произвольно. В связи с этим в рамках нового базового набора было предложено конкретизировать определения ООБ, оценки боли и ООВ. Эксперты считают, что каждый из этих по-

казателей может оцениваться либо по визуальной аналоговой шкале, либо по числовой рейтинговой шкале.

Ранее широко использовались термины «общая оценка состояния здоровья больным» и «общая оценка активности болезни больным». Они являются синонимами, и в настоящее время данный показатель принято обозначать как *ООБ*, он отражает *общую активность болезни, связанную с артритом, на день обследования*. При определении ООБ врач задает следующий вопрос: «Если учесть все неблагоприятные воздействия, которые оказывает на вас артрит, как вы оцениваете его на сегодняшний день?» (от «прекрасно» до «очень плохо»).

Оценка боли должна отражать боль, связанную с артритом, за последнюю неделю. Формулировка вопроса: «Насколько сильную боль, связанную с артритом, вы испытывали за последнюю неделю?» (от «боли не было» до «самая сильная, какую только можно вообразить»).

ООВ (ранее «общая оценка активности болезни врачом») определяет общую активность заболевания, связанную с артритом, на день обследования. Врачу следует ответить на вопрос: «Какова ваша общая оценка активности РА у данного больного на сегодня?». Ответ должен находиться в диапазоне от «прекрасно» до «очень плохо».

Помимо показателей, рекомендованных ранее ACR, в базовый набор EULAR включен ряд других факторов, которые могут повлиять на воспалительную активность, эффективность медикаментозной терапии и прогноз заболевания. Значимость этих факторов была доказана в ряде исследований, а информация о них может иметь как научный, так и практический интерес. К числу таких значимых факторов авторы отнесли возраст, пол, длительность болезни, наличие диагноза РА, подтвержденного ревматологом, индекс массы тела, статус курения, оценку качества жизни по EQ-5D (EuroQoL Five-Dimension Questionnaire WiseSnake), наличие РФ и АЦЦП, наличие эрозий по данным рентгенографии. Рекомендуется также регистрировать проводившуюся ранее терапию БПВП (включая ГИБП, синтетические таргетные и традиционные БПВП), терапию БПВП и ГК на момент обследования, а также наличие или отсутствие основных шести классов коморбидных заболеваний, выделенных рабочей группой EULAR (сердечно-сосудистых заболеваний, злокачественных новообразований, инфекций, язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, остеопороза и депрессии).

Авторы позиционируют базовый набор EULAR как минимальный перечень обязательных параметров, которые должны регистрироваться в рамках постмаркетинговых исследований, регистров и в рутинной клинической практике. Широкое использование представленных рекомендаций может способствовать созданию объединенных баз данных, содержащих стандартизированный материал, пригодный для проведения масштабных научных исследований. В то же время повседневные потребности рутинной клинической практики требуют гораздо более детальной оценки и регулярной регистрации большого числа обсуждавшихся выше показателей, характеризующих статус больного РА.

Широкое назначение при РА дорогостоящих лекарственных препаратов, способных вызывать серьезные неблагоприятные реакции, диктует необходимость применения надежных методов, позволяющих оценивать эффективность проводимой терапии. Внедрение в рутинную практи-

ку количественных методов определения воспалительной активности позволило четко сформулировать цель противоревматической терапии и конкретные рекомендации по ведению больных РА. Однако существующие суммарные индексы не всегда позволяют достоверно оценить уровень активности заболевания, поскольку они могут существенно повышаться под влиянием нарушений, не имеющих непосредственной связи с хроническим воспалением. К их числу следует отнести в первую очередь наличие невропатической боли и коморбидных заболеваний. Эти факторы необходимо учитывать как при определении уровня воспалительной активности, так и при выборе тактики лечения. Поэтому план обследования больного РА обязательно должен включать регулярный скрининг коморбидных заболеваний и невропатической боли. Современные рекомендации также предусматривают необходимость стандартизированной

регистрации результатов такого скрининга, своевременного обновления этой информации и адекватной коррекции выявленных изменений с привлечением соответствующих специалистов.

Следует отметить, что традиционный порядок ведения медицинской документации на бумажных носителях уже не соответствует сегодняшним требованиям. Сбор и регистрация указанных материалов в рутинной практике без применения компьютерных технологий – трудоемкая процедура. В то же время разработка и внедрение соответствующего программного обеспечения может во многом автоматизировать этот процесс. Такой подход позволяет не только решить задачу комплексной оценки статуса больного в реальной клинической практике, но и создать современные базы данных для крупных научных исследований, не повышая нагрузку на практических врачей.

Л И Т Е Р А Т У Р А / R E F E R E N C E S

1. Зинчук ИЮ, Амيرджанова ВН. Социальное бремя ревматоидного артрита. Научно-практическая ревматология. 2014;52(3):331-5. [Zinchuk IYu, Amirdzhanova VN. Social burden of rheumatoid arthritis. *Nauchno-prakticheskaya revmatologiya = Rheumatology Science and Practice*. 2014;52(3):331-5. (In Russ.)]. doi: 10.14412/1995-4484-2014-331-335
2. Насонов ЕЛ, Ли́ла АМ. Ингибиторы Янус-киназы при иммуновоспалительных ревматических заболеваниях: новые возможности и перспективы. Научно-практическая ревматология. 2019;57(1):8-16. [Nasonov EL, Lila AM. Janus kinase inhibitors in immuno-inflammatory rheumatic diseases: new opportunities and prospects. *Nauchno-prakticheskaya revmatologiya = Rheumatology Science and Practice*. 2019;57(1):8-16 (In Russ.)]. doi: 10.14412/1995-4484-2019-8-16
3. Насонов ЕЛ, Олюнин ЮА, Ли́ла АМ. Ревматоидный артрит: проблемы ремиссии и резистентности к терапии. Научно-практическая ревматология. 2018;56(3):263-71. [Nasonov EL, Olyunin YuA, Lila AM. Rheumatoid arthritis: the problems of remission and therapy resistance. *Nauchno-prakticheskaya revmatologiya = Rheumatology Science and Practice*. 2018;56(3):263-71. (In Russ.)]. doi: 10.14412/1995-4484-2018-263-271
4. Олюнин ЮА. Оценка боли при ревматоидном артрите. Практическая значимость. Современная ревматология. 2019;13(1):121-8. [Olyunin YuA. Assessment of pain in rheumatoid arthritis. Practical significance. *Sovremennaya revmatologiya = Modern Rheumatology Journal*. 2019;13(1):121-8. (In Russ.)]. doi: 10.14412/1996-7012-2019-1-121-128
5. Smolen JS, Landewe RBM, Bijlsma JWJ, et al. EULAR recommendations for the management of rheumatoid arthritis with synthetic and biological disease-modifying antirheumatic drugs: 2019 update. *Ann Rheum Dis*. 2020 Jan 22. pii: annrheumdis-2019-216655. doi: 10.1136/annrheumdis-2019-216655 [Epub ahead of print].
6. England BR, Tiong BK, Bergman MJ, et al. 2019 Update of the American College of Rheumatology Recommended Rheumatoid Arthritis Disease Activity Measures. *Arthritis Care Res (Hoboken)*. 2019 Dec;71(12):1540-55. doi: 10.1002/acr.24042
7. Olofsson T, Söderling JK, Gülfé A, et al. Patient-Reported Outcomes Are More Important Than Objective Inflammatory Markers for Sick Leave in Biologics-Treated Patients With Rheumatoid Arthritis. *Arthritis Care Res (Hoboken)*. 2018 Nov;70(11):1712-6. doi: 10.1002/acr.23619
8. Rydholm M, Wikström I, Hagel S, et al. The Relation Between Disease Activity, Patient-Reported Outcomes, and Grip Force Over Time in Early Rheumatoid Arthritis. *ACR Open Rheumatol*. 2019 Aug 19;1(8):507-15. doi: 10.1002/acr.2.11062.
9. Liff MH, Hoff M, Fremo T, et al. Cardiorespiratory fitness in patients with rheumatoid arthritis is associated with the patient global assessment but not with objective measurements of disease activity. *RMD Open*. 2019 Apr 20;5(1):e000912. doi: 10.1136/rmdopen-2019-000912
10. Sokka T, Abelson B, Pincus T. Mortality in rheumatoid arthritis: 2008 update. *Clin Exp Rheumatol*. 2008 Sep-Oct;26(5 Suppl 51):S35-61.
11. Challa DNV, Crowson CS, Davis JM 3rd. The Patient Global Assessment of Disease Activity in Rheumatoid Arthritis: Identification of Underlying Latent Factors. *Rheumatol Ther*. 2017 Jun;4(1):201-8. doi: 10.1007/s40744-017-0063-5
12. Molenaar ET, Voskuyl AE, Dinant HJ, et al. Progression of radiologic damage in patients with rheumatoid arthritis in clinical remission. *Arthritis Rheum*. 2004 Jan;50(1):36-42.
13. Markuse IM, Dirven L, Gerards AH, et al. Disease flares in rheumatoid arthritis are associated with joint damage progression and disability: 10-year results from the BeSt study. *Arthritis Res Ther*. 2015 Aug 31;17:232. doi: 10.1186/s13075-015-0730-2
14. Bechman K, Tweehuysen L, Garrood T, et al. Flares in Rheumatoid Arthritis Patients with Low Disease Activity: Predictability and Association with Worse Clinical Outcomes. *J Rheumatol*. 2018 Nov;45(11):1515-21. doi: 10.3899/jrheum.171375
15. McWilliams DF, Rahman S, James RJE, et al. Disease activity flares and pain flares in an early rheumatoid arthritis inception cohort: characteristics, antecedents and sequelae. *BMC Rheumatol*. 2019 Nov 18;3:49. doi: 10.1186/s41927-019-0100-9
16. Каратеев АЕ, Насонов ЕЛ. Хроническая боль и центральная сенситизация при иммуновоспалительных ревматических заболеваниях: патогенез, клинические проявления, возможность применения таргетных базисных противовоспалительных препаратов. Научно-практическая ревматология. 2019;57(2):197-209. [Karateev AE, Nasonov EL. Chronic pain and central sensitization in immuno-inflammatory rheumatic diseases: pathogenesis, clinical manifestations, the possibility of using targeted disease modifying antirheumatic drugs. *Nauchno-prakticheskaya revmatologiya = Rheumatology Science and Practice*. 2019;57(2):197-209. (In Russ.)]. doi: 10.14412/1995-4484-2019-197-209
17. Филатова ЕС, Туровская ЕФ, Алексеева ЛИ и др. Анализ патогенетических механизмов хронической суставной боли у больных ревматоидным артритом и остеоартрозом коленных суставов. Научно-практическая ревматология. 2014;52(6):631-5. [Filatova ES, Turovskaya EF, Alekseeva LI, et al. Analysis of the pathogenetic mechanisms of chronic joint pain in patients with rheumatoid arthritis and knee osteoarthritis.

Nauchno-prakticheskaya revmatologiya = Rheumatology Science and Practice.

2014;52(6):631-5. (In Russ.). doi: 10.14412/1995-4484-2014-631-635

18. Noda K, Tajima M, Oto Y, et al. How do neuropathic pain-like symptoms affect health-related quality of life among patients with rheumatoid arthritis?: A comparison of multiple pain-related parameters. *Mod Rheumatol.* 2019 Aug 9;1-7. doi: 10.1080/14397595.2019.1650462 [Epub ahead of print].

19. Luque Ramos A, Redeker I, Hoffmann F, et al. Comorbidities in Patients with Rheumatoid Arthritis and Their Association with Patient-reported Outcomes: Results of Claims Data Linked to Questionnaire Survey. *J Rheumatol.* 2019 Jun;46(6):564-71. doi: 10.3899/jrheum.180668

20. Лила АМ, Гордеев АВ, Олюнин ЮА,

Галушко ЕА. Мультиморбидность в ревматологии. От комплексной оценки болезни — к оценке комплекса болезней. *Современная ревматология.* 2019;13(3):4-9. [Lila AM, Gordeev AV, Olyunin YuA, Galushko EA. Multimorbidity in rheumatology. From comprehensive assessment of disease to evaluation of a set of diseases. *Sovremennaya revmatologiya = Modern Rheumatology Journal.* 2019;13(3):4-9. (In Russ.)]. doi: 10.14412/1996-7012-2019-3-4-9

21. Абрамкин АА, Лисицына ТА, Вельтишев ДЮ и др. Факторы, влияющие на эффективность терапии у больных ревматоидным артритом: роль коморбидной психической и соматической патологии. *Научно-практическая ревматология.* 2018;56(4):439-48.

[Abramkin AA, Lisitsyna TA, Vel'tishchev DYU, et al. Factors influencing the efficiency of

therapy in patients with rheumatoid arthritis: the role of comorbid mental and somatic diseases. *Nauchno-prakticheskaya revmatologiya = Rheumatology Science and Practice.* 2018; 56(4):439-48. (In Russ.). doi: 10.14412/1995-4484-2018-439-48

22. Baillet A, Gossec L, Carmona L, et al. Points to consider for reporting, screening for and preventing selected comorbidities in chronic inflammatory rheumatic diseases in daily practice: a EULAR initiative. *Ann Rheum Dis.* 2016 Jun;75(6):965-73. doi: 10.1136/annrheumdis-2016-209233

23. Radner H, Chatzidionysiou K, Nikiphorou E, et al. 2017 EULAR recommendations for a core data set to support observational research and clinical care in rheumatoid arthritis. *Ann Rheum Dis.* 2018 Apr;77(4):476-9. doi: 10.1136/annrheumdis-2017-212256

Поступила/отрецензирована/принята к печати

Received/Reviewed/Accepted

20.03.2020/26.04.2020/29.04.2020

Заявление о конфликте интересов/Conflict of Interest Statement

Исследование не имело спонсорской поддержки. Конфликт интересов отсутствует. Авторы несут полную ответственность за предоставление окончательной версии рукописи в печать. Все авторы принимали участие в разработке концепции статьи и написании рукописи. Окончательная версия рукописи была одобрена всеми авторами.

The investigation has not been sponsored. There are no conflicts of interest. The authors are solely responsible for submitting the final version of the manuscript for publication. All the authors have participated in developing the concept of the article and in writing the manuscript. The final version of the manuscript has been approved by all the authors.

Лила А.М. <https://orcid.org/0000-0002-6068-3080>

Олюнин Ю.А. <https://orcid.org/0000-0002-8665-7980>

Гордеев А.В. <https://orcid.org/0000-0001-9820-8851>