

Комментарии к статье «Диагностика спондилоартрита: нужны ли нам новые критерии?»*

Эрдес Ш.Ф.

ФГБНУ Научно-исследовательский институт ревматологии им. В.А. Насоновой, Москва, Россия
115522, Москва, Каширское шоссе, 34А

Обсуждаются дискуссионные вопросы, касающиеся классификации спондилоартрита (SpA). Поводом для дискуссии послужила статья «Диагностика спондилоартрита: нужны ли нам новые критерии?», опубликованная в журнале «Современная ревматология» №1 за 2015 г. Спорными представляются выводы, сделанные в этой статье: «В настоящий момент большинство пациентов со SpA соответствуют ≥2 классификационным критериям, что позволяет у одного и того же пациента констатировать ≥2 нозологических форм. Это указывает на необходимость разработки диагностических критериев, которые бы позволили в условиях клинической практики четко разграничить различные формы SpA».

Автор настоящей публикации останавливается на двух взаимосвязанных дискуссионных аспектах рассматриваемой статьи: 1) особенности критериев, которые привели к данному выводу и 2) классификационные особенности SpA, т. е. является ли SpA одним клинически полиморфным заболеванием или это группа из нескольких заболеваний, объединенных по определенному признаку.

Ключевые слова: спондилоартрит; классификационные критерии; дискуссионные вопросы.

Контакты: Шандор Федорович Эрдес; erdes@irramn.ru

Для ссылки: Эрдес Ш.Ф. Комментарии к статье «Диагностика спондилоартрита: нужны ли нам новые критерии?» Современная ревматология. 2015;9(3):80–82.

Comments to the paper «Diagnosis of spondyloarthritis: Should we need new criteria?»*

Erdes Sh.F.

V.A. Nasonova Research Institute of Rheumatology, Moscow, Russia
34A, Kashirskoe Shosse, Moscow 115552

The paper debates over the classification of spondyloarthritis (SpA). The paper «Diagnosis of spondyloarthritis: Should we need new criteria?» published in the journal «Sovremennaya Revmatologiya=Modern Rheumatology Journal» 2015. No. 1 has given occasion to discussion. Of dispute are the paper's conclusions: «At present most patients with SpA meet ≥2 classification criteria, which gives the chance to state ≥2 nosological entities in the same patient. This demonstrates the need to elaborate diagnostic criteria that can make a clear distinction between different forms of SpA».

The author of this publication touches upon its two interrelated disputable aspects: 1) the specific features of the criteria, which have led to this conclusion and 2) the classification peculiarities, i.e. whether SpA is a single clinical polymorphic disease or a group of a few diseases having a certain common sign.

Keywords: spondyloarthritis; classification criteria; disputable issues.

Contact: Shandor Fedorovich Erdes; erdes@irramn.ru

For reference: Erdes Sh.F. Comments to the paper «Diagnosis of spondyloarthritis: Should we need new criteria?» Sovremennaya Revmatologiya=Modern Rheumatology Journal. 2015;9(3):80–82.

DOI: <http://dx.doi.org/10.14412/1996-7012-2015-3-80-82>

* Sovremennaya Revmatologiya. 2015;(1): 24–30.

Очень интересная и противоречивая статья. Классификация спондилоартрита (спондилоартритов?) — SpA — и их диагностика в настоящее время — это арена ожесточенных дискуссий, что в определенной мере показывают и выводы данной публикации.

Сразу хотел бы остановиться на выводах: «В настоящий момент большинство пациентов со SpA соответствуют ≥2 классификационным критериям, что позволяет у одного и того же пациента констатировать ≥2 нозологических форм. Это указывает на необходимость разработки диагностических критериев, которые бы позволили в условиях клинической практики четко разграничить различные формы SpA». Полу-

чается, что для различных клинических вариантов SpA нужны разные диагностические критерии. Тогда в первую очередь должно быть четко сформулировано: SpA — это одно заболевание с многообразием клинических проявлений или это группа разных заболеваний. Исходя из того, как сформулированы выводы, ясно, что авторы поддерживают вторую точку зрения, так как если это одна клинически полиморфная болезнь, то для каждого ее клинического проявления нет необходимости создавать разнообразные критерии.

Учитывая сказанное, хотелось бы в первую очередь остановиться на двух взаимосвязанных дискуссионных аспектах данной статьи: 1) особенности критериев, которые привели к данному выводу и 2) классификационные особенности SpA, т. е. является ли SpA одним клиниче-

*Современная ревматология. 2015;(1):24–30.

ДИСКУССИЯ

ски полиморфным заболеванием или это группа из нескольких заболеваний, объединенных по определенному признаку.

Во-первых, авторы, по-видимому, все же несколько запутались во взаимоотношениях между классификационными и диагностическими критериями. Почему соответствие нескольким классификационным критериям должно являться поводом для разработки диагностических критериев? Здесь следует определиться с терминологией. В настоящее время эти два «вида» критериев периодически противопоставляются друг другу, хотя по сути они выполняют в клинической практике одну и ту же роль, позволяя неэкспертам в диагностике тех или иных заболеваний устанавливать правильный диагноз с определенной вероятностью. Причем в упрощенном виде вероятность правильного диагноза при использовании классификационных критериев — это их чувствительность (раньше при диагностических критериях этот показатель практически не определяли, поэтому вводили такие понятия, как, например, «вероятный ревматоидный артрит» — РА (Римские критерии РА, 1961). Соответственно, использование классификационных критериев для диагностики заболевания в обычной клинической практике вполне допустимо, да и практически это происходит повсеместно. Ярким примером, демонстрирующим этот факт, являются последние классификационные критерии РА (2010).

В обсуждаемой публикации на одной группе пациентов проверялось 7 критериев, причем 4 из них были направлены на выделение СпА (критерии Amor [1] и ESSG [2], критерии ASAS для аксиального СпА, 2009 [3] и периферического СпА, 2011 [4]), 2 — на выделение анкилозирующего спондилита — АС (модифицированные Нью-Йоркские критерии, 1984 [5] и Российская версия модифицированных критериев [6]) и 1 — на выделение псориатического артрита — ПсА (критерии CASPAR [7]). В результате оказалось, что только 6 из 119 проанализированных пациентов удовлетворяли всего одним критериям, причем среди них 5 имели так называемый недифференцированный СпА. Однако данный диагноз, как известно, можно установить только на основании использования критериев ESSG (2 из 5 больных), а не критериев ASAS для периферического СпА (3 из 5). Остальные же больные соответствовали ≥ 2 критериям. Но это и неудивительно! Ведь все пациенты с АС ($n=63$) должны были соответствовать модифицированным Нью-Йоркским критериям (по определению, как минимум), а также критериям, которые направлены на выявление любых СпА (Amor и ESSG) или аксиального варианта СпА (ASAS, 2009) и большая часть из них — Российской версии модифицированных Нью-Йоркских критериев. Подобное рассуждение относится и к 44 больным ПсА. Они должны были соответствовать критериям CASPAR (по определению), в большей части — критериям ASAS (2011) для периферического СпА, и в немалой части — критериям Amor и ESSG. И такая ситуация естественна! Созданные в 1990 и 1991 гг. критерии Amor и ESSG, хотя и конкурировали, но были направлены на выявление одних и тех же пациентов — страдающих СпА. Затем, на основании полученных знаний и внедрения новых диагностических процедур, были созданы критерии ASAS для аксиального и периферического вариантов болезни (2009 и 2011). Соответственно, все пациенты, которые удовлетворяли

первым критериям, должны были в большей части выявляться и более поздними критериями. В то же время АС по новой концепции СпА — это аксиальный СпА. Исходя из этого, он должен выявляться не только критериями, направленными исключительно на его диагностику, но и групповыми критериями. Сходное рассуждение относится и к ПсА. То, что проанализированные пациенты соответствовали одновременно нескольким критериям, неудивительно. Удивительно было бы, если бы этого не наблюдалось. Поэтому вывод, что «*большинство пациентов со СпА соответствуют ≥ 2 классификационным критериям, что позволяет у одного и того же пациента констатировать ≥ 2 нозологических форм. Это указывает на необходимость разработки диагностических критериев, которые бы позволили в условиях клинической практики четко разграничить различные формы СпА*», хотя в первой части и правильный, но во второй — вызывает недоумение. И в немалой степени это связано со вторым аспектом данной публикации, о котором упоминалось выше.

Так, авторы в самом начале приводят определение, согласно которому СпА это «группа хронических воспалительных заболеваний..., характеризующихся общими клиническими, рентгенологическими и генетическими особенностями». Возникает определенное недоумение: если они «характеризуются» общими, не только клиническими, но и генетическими особенностями, то почему они одновременно и разные нозологические формы? Не проще ли объяснить наблюдаемый у разных больных клинический полиморфизм (клиническое разнообразие) генетической гетерогенностью, что к тому же очень характерно для всех мультифакторных заболеваний, к которым, несомненно, относится (относится) и СпА. То, что некоторые клинические варианты данной патологии (СпА) «требуют лечения, отличающегося от лечения АС», по-моему, не может быть веским аргументом для отрицания «объединения СпА под эгидой одной нозологической формы». В то же время абсолютно правильно и утверждение авторов, что «при многих системных заболеваниях соединительной ткани, эффективны глюкокортикоиды, что не делает разные заболевания одним». И это верно! Пожалуй, здесь даже можно пойти и дальше, перифразировав, сказать, что многие заболевания с болевым синдромом лечатся нестероидными противовоспалительными препаратами, но это не делает их одной нозологической формой. Сходство или различие в терапевтических опциях не может быть признаком, на основании которого строятся взаимоотношения нозологических форм. Они являются функцией патогенеза, общности механизмов возникновения и эволюции процесса. Терапия в данном аспекте вторична или даже третична. Причем как сходство не может быть причиной объединения, так и различия в терапевтической тактике не могут быть причиной разъединения. Хотя на эту возможность ссылаются авторы. Но тогда, даже **настоящий** АС надо разбить на различные нозологические формы, например, при наличии артритов рекомендуется (в первую очередь ASAS) использование базисных препаратов, а при «чистом» аксиальном варианте они не рекомендуются и т. д. Следовательно, если при ПсА хорошо помогает метотрекат (MT), это не делает его отдельной нозологической формой, к тому же нельзя не учитывать, что у него общие генетические механизмы и сходные клинические проявле-

Д И С К У С С И Я

ния с остальными СпА. При этом МТ помогает не при всех клинических вариантах ПсА (мутилирующий артрит, спондилит), а только при его эрозивных вариантах и вариантах с хроническим синовитом, кроме того, он также является «золотым стандартом» лечения РА. Но это, возможно, относится и к АС? Работ, посвященных изучению эффективности МТ при хронических артритах у больных АС, нет. Единственная работа, на которой основываются международные рекомендации, проведена давно, на малом

числе больных и без разбивки в зависимости от синовита. Так что она вызывает определенные сомнения...

Таким образом, прежде чем начать «творчество критериев», следует определиться с основным вопросом: СпА (и все составляющие его клинические варианты) — это одно клинически полиморфное заболевание или группа разных нозологических форм? И для какого из составляющих СпА клинических вариантов надо создавать критерии? Ведь для наиболее частых — АС и ПсА — они уже есть.

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Amor D, Dougados M, Mijiyava M. Criteria of the classification of spondyloarthropathy. *Rev Rhum Mal Osteoartic.* 1990 Feb;57(2):85–9.
2. Dougados M, Van der Linden S, Juhlin R, et al. The European Spondylarthropathy Study Group: preliminary criteria for the classification of spondylarthropathy. *Arthritis Rheum.* 1991 Oct;34(10):1218–27.
3. Rudwaleit M, van der Heijde D, Landewe R, et al. The development of Assessment of SpondyloArthritis international Society classification criteria for axial spondyloarthritis (Part II): validation and final selection. *Ann Rheum Dis.* 2009 Jun;68(6):777–83. doi: 10.1136/ard.2009.108233. Epub 2009 Mar 17.
4. Rudwaleit M, van der Heijde D, Landewe R, et al. The Assessment of SpondyloArthritis international Society classification criteria for peripheral spondyloarthritis and for spondyloarthritis in general. *Ann Rheum Dis.* 2011 Jan;70(1):25–31. doi: 10.1136/ard.2010.133645. Epub 2010 Nov 24.
5. van der Linden S, Valkenburg HA, Cats A. Evaluation of diagnostic criteria for ankylosing spondylitis. A proposal for modification of the New York criteria. *Arthritis Rheum.* 1984 Apr;27(4):361–8.
6. Эрдес ШФ, Бочкова АГ, Дубинина ТВ и др. Ранняя диагностика анкилозирующего спондилита. Научно-практическая ревматология. 2013;51(4):365–7. [Erdes ShF, Bochkova AG, Dubinina TV, et al. Early diagnosis of ankylosing spondylitis. *Nauchno-prakticheskaya revmatologiya = Rheumatology Science and Practice.* 2013;51(4):365–7. (In Russ.)]. DOI: 10.14412/1995-4484-2013-1245
7. Taylor W, Gladman D, Helliwell P, et al. Classification criteria for psoriatic arthritis: development of new criteria from a large international study. *Arthritis Rheum.* 2006 Aug;54(8):2665–73.

Исследование не имело спонсорской поддержки. Автор несет полную ответственность за предоставление окончательной версии рукописи в печать. Окончательная версия рукописи была одобрена автором.