

К вопросу о диагностике и кодировании реактивных артропатий

Балабанова Р.М.

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

Согласно статистическим данным Минздрава России, заболеваемость реактивными артропатиями существенно различается по регионам и годам. В МКБ-10 к реактивным артропатиям относятся: реактивный урогенный артрит (M02.3), другие реактивные артропатии (M02.8) и реактивные артропатии неуточненные (M02.9). Вычленив из этих данных сведения о реактивном артрите (ReA) не представляется возможным.

Цель исследования – уточнить количество пациентов с ReA среди стационарного контингента больных реактивными артропатиями.

Пациенты и методы. Проведен ретроспективный анализ 224 историй болезни пациентов, находившихся на лечении в клинике ФГБНУ «Научно-исследовательский институт ревматологии им. В.А. Насоновой» в 2009–2018 гг. и выписанных с кодами M02.3, M02.8 и M02.9.

Результаты и обсуждение. У 19 из 224 пациентов диагностирован реактивный урогенный артрит (M02.3), у 128 – реактивные артропатии (M02.8) и у 77 – реактивные артропатии неуточненные (M02.9). Критериям реактивного урогенного артрита соответствовали все 19 пациентов с данным диагнозом. Из 128 больных с реактивными артропатиями критериям ReA отвечали 77, у 8 из них выявлен реактивный урогенный артрит, так как в клинической картине имела триада – артрит, урогенная или энтероколитическая инфекция и конъюнктивит. 25 из 77 больных, выписанных с кодом M02.9, соответствовали критериям определенного и 6 – возможного ReA. Таким образом, только у половины больных с реактивными артропатиями (56,7%) диагноз подошел под критерии ReA.

Заключение. Проведенное исследование выявило недостаточное внимание клиницистов к оформлению диагноза ReA, а статистиков – к кодированию реактивных артропатий.

Ключевые слова: реактивные артропатии; реактивный артрит; кодирование диагноза.

Контакты: Римма Михайловна Балабанова; balabanova@irramn.ru

Для ссылки: Балабанова РМ. К вопросу о диагностике и кодировании реактивных артропатий. Современная ревматология. 2020;14(2):41–44. DOI: 10.14412/1996-7012-2020-2-41-44

On the diagnosis and coding of reactive arthropathies

Balabanova R.M.

V.A. Nasonova Research Institute of Rheumatology, Moscow
34A, Kashirskoe Shosse, Moscow 115522, Russia

According to statistics from the Ministry of Health of Russia, the incidence of reactive arthropathies varies significantly by region and year. In ICD-10, reactive arthropathies include reactive urogenic arthritis (M02.3), other reactive arthropathies (M02.8), and reactive arthropathies, unspecified (M02.9). Information on reactive arthritis (ReA) cannot be extracted from these data.

Objective: to specify the number of patients with ReA among inpatients with reactive arthropathies.

Patients and methods. A retrospective analysis of 224 case histories was made in the patients treated at the V.A. Nasonova Research Institute of Rheumatology Clinic in 2009–2018 and discharged with Codes M02.3, M02.8, and M02.9.

Results and discussion. Nineteen out of the 224 patients were diagnosed with reactive urogenic arthritis (M02.3), 128 had reactive arthropathies (M02.8), and 77 had reactive arthropathies, unspecified (M02.9). All the 19 patients with this diagnosis met the criteria for reactive urogenic arthritis. Among the 128 patients with reactive arthropathies, 77 met the ReA criteria, 8 of them were found to have reactive urogenic arthritis, since the clinical picture had a triad consisting of arthritis, urogenic or enterocolitic infection, and conjunctivitis. Twenty-five out of the 77 patients discharged with Code M02.9 met the criteria for certain ReA and 6 did those for possible ReA. Thus, the diagnosis fitted the criteria for ReA in only half (56.7%) of the patients with reactive arthropathies.

Conclusion. The performed investigation revealed that clinicians paid insufficient attention to the diagnosis of ReA and that statisticians did this to the coding of reactive arthropathies.

Keywords: reactive arthropathies; reactive arthritis; diagnosis coding.

Contact: Rimma Mikhailovna Balabanova; balabanova@irramn.ru

For reference: Balabanova RM. On the diagnosis and coding of reactive arthropathies. *Sovremennaya Revmatologiya*. 2020;14(2):41–44. DOI: 10.14412/1996-7012-2020-2-41-44

В настоящее время приоритетным направлением в здравоохранении является повышение качества медицинской помощи. Для принятия адекватных решений, направленных на улучшение состояния здоровья населения, большое значение имеет достоверность статистической информации о заболеваемости, в том числе основными социально значимыми болезнями. Дефекты статистического учета касаются и ревматических заболеваний. В статистических отчетах Минздрава России о заболеваемости взрослого населения из всех болезней костно-мышечной системы представлены данные по 6 нозологиям: ревматоидному артриту (серопозитивному и серонегативному), реактивным артропатиям, спондилопатиям, системным поражениям соединительной ткани, остеоартриту и остеопорозу [1]. Эти сведения основаны на данных о числе пациентов, обратившихся в соответствующем году в государственные лечебные учреждения (форма №12). К сожалению, они не позволяют выявить число пациентов с определенной нозологией, в частности вычленив из данных о реактивных артропатиях больных с реактивным артритом (РеА). Недостаточно внимания в лечебных учреждениях уделяется правильному кодированию диагноза в соответствии с МКБ-10, что снижает достоверность статистических данных. Это влияет на принятие соответствующих решений государственными органами здравоохранения, в том числе на разработку стандартов оказания медицинской помощи, инструментов контроля качества медицинской помощи и др. Корректное оформление диагноза имеет важнейшее значение для медицинской практики, так как правильно сформулированный диагноз является основанием для выбора методов лечения больного, адекватность которых сказывается на исходах заболевания и качестве жизни пациента [2].

Одним из наиболее сложных заболеваний для кодирования в ревматологии является РеА. По классификации ревматических заболеваний РеА относится к спондилоартропатиям, а по МКБ-10 – к реактивным артропатиям, которые включают реактивный урогенный артрит (M02.3), другие реактивные артропатии (M02.8) и реактивные артропатии неуточненные (M02.9). Для диагностики РеА используют классификационные критерии, принятые на IV Международном рабочем совещании по диагностике, в состав которых входят большие и малые критерии [3, 4]. Большие критерии: 1 – асимметричный артрит с поражением преимущественно нижних конечностей; 2 – клинически выраженная инфекция (уретрит/цервицит или энтерит), предшествующая артриту в течение 1–6 нед. Малые критерии основаны на лабораторном подтверждении триггерных инфекций. Наиболее частыми инфекциями урогенитального тракта, связанными с РеА, являются *Chlamydia*

trachomatis, *Mycoplasma genitalium*, *Ureaplasma urealyticum*; желудочно-кишечного тракта – *Yersinia enterocolitica*, *Salmonella enteritidis*, *Campylobacter jejuni*, *Shigella flexneri*. Значительно реже встречаются *Chlamydia pneumoniae*, *Chlamydia psittaci*, *Campylobacter lari*, *Clostridium difficile*, *Neisseria gonorrhoeae* [3, 4].

Определенный РеА диагностируется при наличии 2 больших и 1 малого критериев; возможный – при наличии 2 больших критериев или 1 из больших и 1 из малых критериев. При формулировании диагноза рекомендуют выделять форму РеА (урогенный или энтероколитический), характер течения (первичный или возвратный), вариант течения (острый, затяжной или хронический), клинические проявления, степень активности, функциональную способность [3].

При анализе заболеваемости взрослого населения России обращают на себя внимание значительные различия в показателях заболеваемости реактивными артропатиями в регионах [5], что затрудняет оценку истинной заболеваемости РеА.

Цель исследования – уточнение количества пациентов с РеА среди стационарного контингента больных реактивными артропатиями.

Пациенты и методы. Проведен ретроспективный анализ 224 историй болезни пациентов, находившихся на лечении в клинике ФГБНУ «Научно-исследовательский институт ревматологии им. В.А. Насоновой» в 2009–2018 гг. и выписанных с кодами M02.3, M02.8 и M02.9 (см. таблицу).

Результаты. Проведенный анализ показал, что у всех 19 пациентов, выписанных с кодом M02.3, диагноз соответствовал критериям реактивного урогенного артрита. У них имелось поражение урогенитального тракта (уретрит, цистит, аднексит, простатит) или энтероколит различной этиологии, артрит и конъюнктивит. В 13 случаях заболевание было вызвано урогенитальной инфекцией, подтвержденной наличием антител к *Chlamydia trachomatis* (n=9) или клиническими данными (уретрит у мужчин и уретрит/цистит у женщин). У 6 пациентов заболевание было связано с перенесенной кишечной инфекцией, у 11 имелась ассоциация с антигеном HLA-B27. В основном среди пациентов с урогенитальной инфекцией были мужчины 18–33 лет. Мы обратили внимание на наличие у 4 пациентов молодого возраста (20–26 лет) двустороннего сакроилиита II стадии по Kellgren, что не исключает вероятности исхода РеА в спондилоартрит.

Из 128 пациентов, выписанных с кодом M02.8 (другие реактивные артропатии), диагнозу РеА соответствовали 77: у 48 из них отмечалась урогенитальная и у 29 – энтероколитическая этиология болезни. Урогенитальная инфекция бы-

Количество пациентов, выписанных с диагнозами реактивных артропатий (коды M02.3, M02.8 и M02.9) в 2009–2018 гг.
The number of patients discharged with diagnoses of reactive arthropathies (Codes M02.3, M02.8, and M02.9) in 2009–2018

Код	Год										Всего
	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	
M02.3	8	2	1	1	–	1	2	1	1	2	19
M02.8	17	17	5	4	6	9	10	15	15	30	128
M02.9	9	20	9	16	8	7	5	–	2	1	77
Итого	34	39	15	21	14	17	17	16	18	33	224

ла преимущественно представлена хламидийной (n=21) и уреоплазменной (n=10) флорой. У остальных пациентов выявлялись либо единичные случаи другой мочеполовой инфекции, либо смешанная флора (по 2–3 возбудителя). В 5 случаях диагноз основывался на клинических проявлениях. Из 19 пациентов, обследованных на генетические маркеры, у 15 отмечалась позитивность по антигену HLA-B27 (у всех хламидийная инфекция). У 11 из 29 пациентов с энтероколитической формой РеА выявлена иерсиниозная инфекция, еще у 11 заболевание было связано с перенесенной диареей, в единичных случаях определены другие кишечные микроорганизмы. У 5 из 10 пациентов установлена позитивность по HLA-B27.

У 5 пациентов с РеА урогенитальной и у 3 с РеА энтероколитической этиологии, выписанных с кодом M02.8, имелись клинические проявления конъюнктивита, что соответствует диагнозу реактивного урогенного артрита, следовательно эти 8 пациентов должны были иметь код M02.3.

У 3 больных, выписанных с диагнозом РеА урогенитальной (n=2) и энтероколитической (n=1), можно заподозрить развитие спондилоартрита.

Больной Б., 27 лет. Диагноз при выписке: урогенитальный РеА, коксит, активность 3, функциональный класс (ФК) II, HLA-B27-ассоциированный, хронический простатит. Болен 11 лет. При рентгенологическом исследовании выявлен двусторонний сакроилиит III стадии по Kellgren.

Больной К., 25 лет. Диагноз: постэнтероколитический РеА, активность 3, стадия ранняя, ФК III. При рентгенологическом исследовании определен двусторонний сакроилиит II стадии, при магнитно-резонансной томографии крестцово-подвздошных сочленений – двусторонний активный сакроилиит.

Больной М., 43 лет. Диагноз: РеА урогенитальной этиологии. Начало болезни в 17 лет, когда диагностировали реактивный урогенный артрит. В дальнейшем присоединилась боль в грудном и поясничном отделах позвоночника. При рентгенологическом исследовании – двусторонний сакроилиит III стадии по Kellgren.

У остальных больных, имевших код M02.8, картина болезни не соответствовала критериям РеА. У большинства были другие заболевания: болезнь Лайма (n=33), остеоартрит с синовитом коленного сустава (n=2), постстрептокок-

ковый артрит (n=3) и др. Эти данные свидетельствуют о небрежном отношении врачей к кодированию заболеваний.

У 25 из 77 пациентов, выписанных с кодом M02.9 (реактивная артропатия неуточненная), данные анамнеза, клинического и лабораторного исследования позволяли установить диагноз РеА урогенитальной (n=10) или энтероколитической (n=15) этиологии, т. е. у них следовало использовать код M02.8.

У 15 из 23 пациентов, которым проведено генетическое исследование, выявлен антиген HLA-B27.

В 46 случаях был правомочен код M02.9 (неуточненная артропатия), так как имелись только указания в анамнезе на урогенитальную или кишечную инфекцию. У остальных 7 пациентов требовалось более тщательное обследование для уточнения причин имевшейся узловатой эритемы, гиперурикемии, оксалатурии, высоких титров антистрептолизина О, позитивности по квантифероновому тесту.

Таким образом, в 128 (56,7%) из 224 случаев в соответствии с классификационными критериями можно было диагностировать РеА.

Обсуждение. Ранее мы уже обращали внимание на то, что заболеваемость реактивными артропатиями в нашей стране превышает зарубежные показатели. Это может быть связано с гипердиагностикой артропатий в отдельных субъектах Российской Федерации [6]. Проведенное исследование показало, что кодирование реактивных артропатий по МКБ-10 не отражает истинную заболеваемость и распространенность РеА. Можно только предположить, насколько отличаются данные статистики от реальной заболеваемости РеА в регионах России. Проведенный анализ позволяет также говорить о недостаточном внимании к формулированию диагноза у клиницистов и к кодированию диагноза у статистиков. По нашему мнению, в программы обучения ревматологов необходимо включать вопросы кодирования ревматических заболеваний. Правильная диагностика РеА важна в первую очередь для выбора тактики лечения, что определяет исход заболевания. По данным, полученным ранее отечественными исследователями, при РеА только у трети больных наступает выздоровление, в 22% случаев развивается спондилоартрит, у остальных отмечается хронизация артрита [7]. Роль инфекции в развитии HLA-B27-ассоциированных заболеваний обсуждается и зарубежными исследователями [8–10]. По-видимому, может представлять интерес уточнение роли внутриклеточных микроорганизмов в развитии спондилоартритов.

ЛИТЕРАТУРА / REFERENCES

1. Общая заболеваемость взрослого населения России. Статистические материалы. Часть IV. Москва; 2018. [General morbidity of the adult population of Russia. Statistical data. Part IV. Moscow; 2018.]
2. Стародубов ВИ, редактор. Руководство по использованию международной классификации болезней в практике врача. Том 1. С.19–37. Москва; 2013. [Starodubov VI, editor. *Rukovodstvo po ispol'zovaniyu mezhdunarodnoi klassifikatsii boleznei v praktike vracha* [Guidelines for the use of the international classification of diseases in the practice of a doctor]. Vol. 1. P. 19–37. Moscow; 2013.]
3. Бунчук НВ, Бадокин ВВ, Каратаева ТВ. Реактивные артриты. В кн.: Насонов ЕЛ, Насонова ВА, редакторы. Ревматология. Национальное руководство. Москва: ГЭОТАР-Медиа; 2008. С. 348–54. [Bunchuk NV, Badokin VV, Karataeva TV. Reactive arthritis. In: Nasonov EL, Nasonova VA, editors. *Revmatologiya. Natsional'noe rukovodstvo* [Rheumatology. National guidelines]. Moscow: GEOTAR-Media; 2008. P. 348–54.]
4. Selmi C, Gershwin ME. Diagnosis and classification of reactive arthritis. *Autoimmun Rev.* 2014 Apr–May;13(4–5):546–9. doi: 10.1016/j.autrev.2014.01.005. Epub 2014 Jan 10.
5. Балабанова РМ, Дубинина ТВ, Кричевская ОА, Демина АБ. Динамика пятилетней заболеваемости и распространенности болезней костно-мышечной системы взрослого населения России (2013–2017 гг.). Современная ревматология. 2019;13(4):11–7. [Balabanova RM, Dubinina TV, Krichevskaya OA, Demina AB. Five-year (2013–2017) trends in the incidence and prevalence of musculoskeletal system diseases

among the adult population of Russia. *Sovremennaya revmatologiya = Modern Rheumatology Journal*. 2019;13(4):11-7. (In Russ.]. doi:10.14412/1996-7012-2019-4-11-17.

6. Балабанова РМ, Белов БС, Эрдес ШФ. Высокая распространенность реактивного артрита в России: гипердиагностика или реальность? Научно-практическая ревматология. 2015;53(6):577-80. [Balabanova RM, Belov BS, Erdes ShF. High prevalence of reactive arthritis in Russia: overdiagnosis or reality? *Nauchno-prakticheskaya revmatologiya = Rheumatology Science*

and Practice. 2015;53(6):577-80. (In Russ.)]. doi: 10.14412/1995-4484-2015-577-580

7. Сидельникова СМ. Клинико-патогенетические аспекты реактивных артритов при некоторых кишечных и урогенитальных инфекциях: Автореф. дисс. докт. мед. наук. Москва; 1991. [Sidel'nikova SM. Clinical and pathogenetic aspects of reactive arthritis in some intestinal and urogenital infections. Autoref. diss. doct. med. sci. Moscow; 1991.]

8. Gerard HC, Carter JD, Hudson AP. C. trachomatis is present and metabolically active during the remitting phase in synovial

tissues from patients with chronic Chlamidia-induced reactive arthritis. *Am J Med Sci*. 2013 Jul;346(1):22-5. doi: 10.1097/MAJ.0b013e3182648740

9. Zeidler H, Hudson AP. New insight into Chlamydia and arthritis. Promise of a cure? *Ann Rheum Dis*. 2014 Apr;73(4):637-44. doi: 10.1136/annrheumdis-2013-204110. Epub 2013 Dec 2.

10. Carter JD. Bacterial agents in spondyloarthritis: a destiny from diversity? *Best Pract Res Clin Rheumatol*. 2010 Oct;24(5):701-14. doi: 10.1016/j.berh.2010.05.002

Поступила/отрецензирована/принята к печати
Received/Reviewed/Accepted
15.01.2020/20.02.2020/25.02.2020

Заявление о конфликте интересов/Conflict of Interest Statement

Исследование не имело спонсорской поддержки. Конфликт интересов отсутствует. Автор несет полную ответственность за предоставление окончательной версии рукописи в печать. Автор принимал участие в разработке концепции статьи и написании рукописи. Окончательная версия рукописи была одобрена автором.

The investigation has not been sponsored. There are no conflicts of interest.

The author is solely responsible for submitting the final version of the manuscript for publication. The author has participated in developing the concept of the article and in writing the manuscript. The final version of the manuscript has been approved by the author.