

- мена с целью профилактики и лечения атеросклероза (Российские рекомендации). — М., 2004. — 36 с.
4. Комисаренко И.А., Лазебник Л.Б., Левченко С.В. Показатели суточного мониторирования артериального давления и функция почек у больных старших возрастов с артериальной гипертензией // Клинич. геронтология. — 2004. — № 7. — С.29-35.
 5. Кузьмин О.Б., Пугаева М.О., Чуб С.В. Легкая дисфункция почек у больных эссенциальной гипертензией: клинические проявления и лекарственная терапия // Нефрология. — 2004. — Т. 8, № 3. — С.15-20.
 6. Преображенский Д.В., Маренич А.В., Романова А.В. и др. Микроальбуминурия: диагностическое, клиническое и прогностическое значение (часть первая) // Росс. кардиолог. журнал. — 2000. — № 3. — С.79-86.
 7. Asmar R.G., Benetos A., Topouchian J. et al. Assessment of arterial distensibility by automatic pulse wave velocity measurement // Hypertension. — 1995. — Vol. 26. — P.485-490.
 8. Celermajer D.S., Sorensen K.E., Cooch V.M. et al. Non-invasive detection of endothelial dysfunction in children and adults at risk of atherosclerosis // Lancet. — 1992. — Vol. 340. — P.1111-1115.
 9. Cirillo M., Stellato D., Laurenzi M. et al. Pulse pressure and isolated systolic hypertension: Association with microalbuminuria // Kidney International. — 2000. — Vol. 58. — P.1211-1218.
 10. De Leeuw P.W., Thijs L., Birkenhøder W.H. et al. Prognostic significance of renal function in elderly patients with isolated systolic hypertension: results from the Syst-Eur Trial // J. Am. Soc. Nephrol. — 2002. — Vol. 13. — P.2213-2222.
 11. Flisher D., Ritz E. Relationship between hypertension and renal function and its therapeutic implications in the elderly // Gerontology. — 1998. — Vol. 44. — P.123-131.
 12. K/DOQI Clinical Practice Guidelines for Chronic Kidney Disease: Evaluation Classification Stratification // Am. J. Kidney Dis. — 2002. — Vol. 39, Suppl. 1. — P.1-266.
 13. Perry M.H., Miller P.J., Fornoff J.R. et al. Early predictor of 15-year end-stage renal disease in hypertensive patients // Hypertension. — 1995. — Vol. 25, Part 1. — P.587-594.
 14. Ruilope L.M., Salvetti A., Jamerson K. et al. Renal function and intensive lowering of blood pressure in hypertensive subjects of the Hypertension Optimal Treatment (HOT) Study // J. Am. Soc. Nephrol. — 2001. — Vol. 12. — P.218-225.
 15. USRDS. Annual data report 1994: Incidence and prevalence of ESRD // Am. J. Kidney Dis. — 1996. — Vol. 28, Suppl. 2. — P.34-47.

© МЕНЬШИКОВА Л.В., КАЗАНЦЕВА Н.Ю., ГОРЯЕВ Ю.А. — 2006

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ВОЗМОЖНОСТИ КЛАССИФИКАЦИОННЫХ КРИТЕРИЕВ ПРИ НЕУТОЧНЕННЫХ АРТРИТАХ

Л.В. Меньшикова **, Н.Ю. Казанцева *, Ю.А. Горяев

(Иркутский государственный медицинский университет, ректор — д.м.н., проф. И.В. Малов, кафедра пропедевтики внутренних болезней, зав. — д.м.н., проф. Ю.А. Горяев; Иркутский государственный институт усовершенствования врачей, ректор — д.м.н., проф. А.А. Дзизинский; кафедра семейной медицины, зав. — д.м.н., проф. Л.В. Меньшикова)

Резюме. С целью оценки диагностических возможностей действующих классификационных критериев при диагностике неуточненных артритов и предложить наиболее информативные критерии обследовано 311 больных, направленных в ревматологический центр г. Иркутска с неуточненными артритами. Для выявления наиболее значимых для ранней диагностики критериев, вычислялись чувствительность, специфичность, предсказательная ценность положительного и отрицательного результатов и отношение правдоподобия по методике Р. Флетчер. Сравнение проводилось между выявленными больными с определенным артритом и больными с неуточненным артритом. С помощью соответствующих классификационных критериев можно было поставить диагноз определенного артрита у 40% больных с неуточненным РА, у 67,7% — с неуточненным ПСА, у 66,7% — с неуточненным АС, и у 84% — с неуточненным РеА. Статистическая обработка действующих диагностических критериев позволила выявить наиболее ценные критерии при диагностике неуточненных РА, ПСА, АС, РеА и серонегативного спондилоартрита. Расширены возможности действующих классификационных критериев при диагностике неуточненных артритов.

Ключевые слова: диагностические критерии, неуточненные артриты.

Неуточненные артриты — актуальная проблема современной ревматологии [3,4,9]. По данным Е.Л. Насонова [6] в России в 2005 г. было зарегистрировано 27 тыс. неуточненных артритов. Существующие диагностические критерии во многих случаях не позволяют диагностировать неуточненные артриты на ранних стадиях заболевания [5,8]. Во многом это объясняется тем, что диагностические классификационные критерии рассчитаны на развернутую стадию заболевания. Специальных исследований по этому вопросу нам не встречалось.

Цель исследования: оценить диагностические возможности действующих классификационных критериев при диагностике неуточненных артритов и предложить наиболее информативные критерии.

Материалы и методы

Было обследовано 311 больных, направленных в ревматологический центр г. Иркутска с неуточненными артритами. В дальнейшем эти больные находились под наблюдением центра не менее 2-х лет. Для выявления наиболее значимых для ранней диагностики тестов мы вычислили не только специфичность и чувствительность, но и предсказательную ценность положительного и отрицательного результата и отношение правдоподобия по методике Р. Флетчер [7].

Характеристика диагностического теста зависит от группы сравнения. В свою очередь группа сравнения зависит от поставленной задачи. В связи с поставленной задачей использовать общепринятые классификационные

критерии диагностики, рассчитанные на больных с развернутой картиной заболевания для диагностики неуточненных артритов, группой сравнения были нетяжелые амбулаторные больные с ранней стадией неуточненного артрита и небольшой давностью заболевания. Такой подход увеличивал чувствительность, снижал специфичность критериев и приближал их к скрининговым.

Расчет чувствительности и специфичности диагностических тестов не позволяет выделить наиболее значимые тесты, поскольку тест должен быть одновременно и высокочувствительным и высокоспецифичным, что встречается редко. Как утверждает Р. Флетчер [7], врачам не нужны тесты, чувствительность и специфичность которых ниже 50%. Высокочувствительные тесты рекомендуются на ранних стадиях диагностического поиска для сужения его рамок. Тест особенно информативен в том случае, когда дает отрицательный результат, что подтверждается вычислением предсказуемой ценности отрицательного результата. Чем чувствительнее тест, тем выше прогностическая ценность его отрицательного результата, т.е. возрастает уверенность врача в том, что отрицательный результат теста отвергает наличие искомого заболевания. Высокоспецифичный тест не должен дать положительный результат в отсутствии заболевания. Чем специфичнее тест, тем выше прогностическая ценность его положительного результата, т.е. врач может с большей уверенностью считать, что положительные результаты теста подтверждают предполагаемый диагноз.

Эффективность диагностического теста можно характеризовать через отношения правдоподобия, которые могут использоваться для выявления вероятности болезни на основании положительного или отрицательного результата теста. Отношение правдоподобия показывает во сколько раз выше вероятность данного теста у больных, нежели

у группы сравнения. Считается, что дополнительным способом описания точности диагностического теста служит отношение правдоподобия.

Результаты и обсуждение

Из 120 больных с неуточненным РА с помощью классификационных критериев ACR при первом посещении можно было поставить диагноз раннего РА только у 48 (40%) больных, у 65 (54,2%) больных оставался диагноз неуточненного артрита, у 7 (58%) больных диагноз РА был отвергнут и выставлены диагнозы других артритов.

как предсказательная ценность отрицательного результата почти в 2 раза ниже. Отношение правдоподобия положительного результата (табл. 2) свидетельствует, что поражение кожи и ее придатков у больного в 2,3-3,8 раза повышает вероятность ПсА, в то время как наличие псориаза у родственников не повышает вероятность ПсА. Боль и скованность в позвоночнике на протяжении 3-х месяцев в 1,7 раза повышает вероятность ПсА, но на ранних стадиях заболевания частота этого теста не велика (чувствительность 26,1%). Вероятность

Таблица 1

Характеристика общепринятых диагностических критериев при неуточнённом РА (n=120)

Критерии	Чувствительность, %	Специфичность, %	Предсказательная ценность + результата, %	Предсказательная ценность – результата, %	Отношение правдоподобия
Утренняя скованность > 60 мин.	70,8	58,3	53	75	1,7
Артрит 3-х и более суставов > 6 недель	89,9	2,7	38	28	0,9
Артрит суставов кистей	93,7	9,7	41	70	1,0
Симметричный артрит > 6 нед.	97,9	16,6	43	92	1,1
Наличие ревматоидных узелков	6,25	100	100	61	0,06
Наличие РФ в сыворотке крови	62,5	63,8	53	71	1,67
Рентгенологич. выявление эрозий	4,1	100	10	61	0,04
СОЭ > 30 мм/ч	100	34,7	50	100	0,15
Высокий уровень СРБ	100	31,9	49	100	0,14

Оценка общепринятых диагностических критериев при неуточненном РА (табл. 1) свидетельствует, что специфичность большинства тестов ниже, чем чувствительность. Высокоспецифичными являются такие тесты, как наличие ревматоидных узелков, рентгенологическое выявление эрозий, наличие РФ в сыворотке крови, утренняя скованность.

Из 7 критериев (табл. 1), используемых для диагностики РА (Американская ассоциация ревматологов, 1987 г.), и 2-х показателей активности процесса (СОЭ и СРБ) наиболее ценными при диагностике на ранних стадиях РА на основании показателей отношения правдоподобия положительного результата являются: утренняя скованность (1,7), наличие РФ в крови (1,67), симметричный артрит > 6 недель (1,1), артрит суставов кистей (1,0). Наличие одновременно при этом ускоренного СОЭ (более 30 мм/час) и высокого уровня СРБ повышают достоверность диагноза.

Из 62 больных, направленных в городской ревматологический центр с «неуточненным ПсА», у 42 (67,7%) больных поставлен диагноз определенного ПсА, у 15 (24,2%) больных диагноз оставался неуточненным, а у 5 (8,1%) – был выставлен диагноз другого артрита. Критерии диагностики раннего ПсА [2] характеризуются преобладанием специфичности над чувствительностью, что понятно, поскольку высокую специфичность имеют тесты, связанные с поражением кожи и ее придатков и признаки поражения позвоночника. Предсказательная ценность положительного результата высока и колеблется от 60 до 88%, в то время

ПсА повышается при артрите дистальных межфаланговых суставов (1,32), осевом поражении суставов (1,22), ассиметричном хроническом артрите (1,14), типичном поражении параартикулярных тканей (1,1). Выше перечисленные критерии являются наиболее информативными при диагностике неуточненных ПсА. При обследовании 60 больных с неуточненным АС с помощью классификационных критериев (модифицированные Нью-Йоркские критерии) ранний АС можно было поставить 40 (66,7%) больным, у 3 (5,0%) больных диагноз был отвергнут и у 17 (28,3%) больных диагноз оставался неуточненным.

Критерии диагностики АС [10] характеризуются также преобладанием специфичности. Предсказательная ценность положительного результата таких критериев, как уменьшение дыхательной экскурсии грудной клетки и ограничение движений в поясничном отделе позвоночника в сагитальной и фронтальной плоскости достигают 88 и 80%. Отношение правдоподобия положительного результата показывает, что уменьшение дыхательной экскурсии и ограничение движений в поясничном отделе позвоночника в сагитальной и фронтальной плоскости повышают вероятность АС в 3,7-2 раза.

Рентгенологические признаки двухстороннего сакроилеита (стадия 2-4) повышают диагностику АС в 1,5 раза, хотя чувствительность этого теста не велика (7,5%), поскольку мы имеем дело с ранним АС. Такие симптомы, как боли в нижней части спины воспалительного характера, длительностью не менее 3-х месяцев имели небольшую чувствительность (47,5%) и спе-

Таблица 2

Характеристика общепризнанных критериев при диагностике неуточненного ПсА (n=62)

Критерии	Чувствительность, %	Специфичность, %	Предсказат. ценность + результата, %	Предсказат. ценность – результата, %	Отношение правдоподобия
Поражение ногтевых пластинок	19,0	95	88	35	3,8
Псориазные высыпания на коже	71,4	75	85	55	3,0
Псориаз кожи у родственников	14,3	80	60	30	0,7
Артрит дистальных межфаланговых суставов	33,3	75	73	34	1,3
Осевое поражение	61,9	50	72	38	1,2
Разнонаправленные подвывихи пальцев рук	0	0	-	-	-
Ассиметричный хр. артрит	57,1	50	70	35	1,1
Типичные параартикулярные явления	33,3	70	70	33	1,1
Сосискообразная деформация пальцев стоп	30,9	60	61	29	0,8
Синхронность кожного и суставного синдромов	47,6	80	83	42	2,3
Боль и скованность в любом отделе позвоночника на протяжении 3-х месяцев	26,1	85	78	35	1,7
Серонегативность по РФ	Все больные были серонегативны по РФ				
Акральный остеолиз	Наблюдений - 0				
Анкилоз дист. межфаланговых суставов кистей	Наблюдений - 0				
Рентгенологически подтвержденный сакроилеит	14,3	60	42	25	0,3
Синдесмофит или паравертебральный остеофит	Наблюдений – 0				

цифичность (50%), отношение правдоподобия положительного результата (0,9) не повышает вероятность диагноза АС, что логически вполне понятно, поскольку боли в нижней части спины очень распространенный синдром. По данным Н.А. Шостак он встречается у 34 % взрослых больных [8].

Па ранних стадиях АС, особенно, если на первый план в клинической картине выходит поражение суставов, бывает необходимо проведение дифференциальной диагностики с другими заболеваниями суставов. С этой целью нами были использованы классификационные критерии спондилоартритов, предложенные Евро-

Таблица 3

Характеристика общепризнанных диагностических критериев при недифференцированном АС (n = 60)

Критерии	Чувствительность, %	Специфичность, %	Предсказат. ценность + результата, %	Предсказат. ценность – результата, %	Отношение правдоподобия
Боли в нижней части спины, длящиеся не менее 3-х месяцев, уменьшающиеся после физических упражнений и не стихающие в покое	47,5	50	65	32	0,9
Ограничение движений в поясничном отделе позвоночника в сагитальной и фронтальной плоскости	50	75	80	42	2,0
Уменьшение дыхательной экскурсии грудной клетки в сравнении с нормальными значениями	37,5	90	88	41	3,7
Рентгенологические признаки. Двухсторонний сакроилеит (стадия 2-4)	7,5	95	75	33	1,5
Односторонний сакроилеит (стадия 3-4)	2,5	95	50	32	0,5

Характеристика критериев Европейской группы по изучению спондилоартритов при неуточненных серонегативных спондилоартритах (n = 60)

Критерии	Чувствительность, %	Специфичность, %	Предсказат. ценность + результата, %	Предсказат. ценность - результата, %	Отношение правдоподобия
Большие критерии — боль в позвоночнике воспалительного характера	47,5	50	65	32	0,9
Синозит (наличие в прошлом или в настоящее время несимметричного артрита или артрита преимущественно суставов нижних конечностей)	52,5	50	56	17	1,0
Малые критерии — семейные случаи заболевания (наличие у родственников первой или второй степени родства)	7,5	95	75	33	1,5
Энтезопатии	7,5	95	75	33	1,5
Псориаз в прошлом или настоящем	-	-			
Воспалительное заболевание кишечника (в прошлом или настоящем)	7,5	95	75		1,5
Перебегающая боль в ягодичных областях (в прошлом или настоящем)	30	95	92	40	6,0
Острая диарея (за 1 месяц до заболевания)	-	-			
Уретрит (в течение 1 месяца до развития артрита)	-	-			
Сакроилеит	-				

пейской группой по изучению спондилоартритов [11].

Большие критерии (табл. 4): боль в позвоночнике воспалительного характера и синозит характеризовались невысокой чувствительностью и специфичностью (соответственно 47,5%, 52,5% и 50%). Однако предсказательная ценность положительного результата достаточно высокая (65-56%). Специфичность малых критериев так же была довольно большой и составила 95%. Предсказательная ценность положительного результата была высокой и колебалась от 75% до 92%. Отношение правдоподобия положительного результата показало, что наибольшую ценность имеет такой критерий как перебегающая боль в ягодичных областях (6). Необходимо также обращать внимание на семейные случаи заболевания (1,5).

Наиболее информативными критериями раннего

АС оказались перебегающая боль в ягодичной области в прошлом или настоящем (6); семейные случаи заболевания у родственников 1-ой или 2-ой степени родства (1,5), энтезопатии (1,5); уменьшение дыхательной экскурсии грудной клетки в сравнении с нормальными значениями (3,7); ограничение движений в поясничном отделе позвоночника в сагитальной и фронтальной плоскостях (2).

При обследовании 69 больных с неуточненным РеА с помощью действующих критериев [1] можно было поставить диагноз определенного РеА у 58 (84,0%) больных, у 4 (5,8%) — диагноз РеА был снят и у 7 (10,2%) больных диагноз оставался неуточненным.

Наиболее чувствительными критериями раннего РеА (табл. 5) оказались: артрит асимметричный и поражение ограниченного числа суставов не более 6, пре-

Таблица 5

Характеристика общепризнанных диагностических критериев при раннем РеА (n=69)

Критерии	Чувствительность, %	Специфичность, %	Предсказат. ценность + результата, %	Предсказат. ценность - результата, %	Отношение правдоподобия
Большие критерии — артрит асимметричный	81,0	9,0	82	8,3	9,0
Поражение ограниченного числа суставов (не более 6), преимущественно нижних конечностей	81,0	9,0	82	8,3	9,0
Уретрит/цервицит, предшествующий артриту в течение до 8 недель	70,7	54,5	89	26	1,5
Энтерит, предшествующий артриту в течение до 6 недель	22,4	45,4	68	10	0,4
Малые критерии — Лабораторное подтверждение триггерной инфекции, вызванной одной из двух инфекций <i>Chlamydia trachomatis</i>	53,4	81,8	93	25	2,9
Энтеробактерии	31,0	72,7	85	16	1,1

имущественно нижних конечностей (81%), а наиболее специфичными — лабораторное подтверждение триггерной инфекции, вызванной *chlamydia trachomatis* — 81,8%, энтеробактериями — 72,7%. Предсказательная ценность положительного результата была высокой и составляла от 68% до 93%; предсказательная ценность отрицательных результатов была, наоборот, низкой — от 8,3 до 26, что свидетельствует о том, что отсутствие какого-либо критерия не исключает диагноза РеА. Отношение правдоподобия положительного результата свидетельствует, что лабораторное подтверждение *Chlamidia trachomatis* в 2,9 раз повышает вероятность диагноза РеА.

Наиболее информативными диагностическими критериями раннего РеА могут быть: асимметричный артрит (9), поражение ограниченного числа суставов преимущественно нижних конечностей (9,0); лабораторное подтверждение триггерной инфекции, вызванной *chlamydia trachomatis* (2,9) или энтеробактериями (1,1); уретрит/цервицит, предшествующий артриту в течение до 8 недель (1,5).

Таким образом, использование общепринятых классификационных критериев для дифференциальной диагностики неуточненных артритов дает возможность выставить диагноз определенного артрита у 40-80% больных. Статистическая обработка критериев позволила выявить наиболее информативные диагностические критерии и рекомендовать их для дифференциальной диагностики основных неуточненных артритов.

DIAGNOSTIC OPPORTUNITIES OF CLASSIFICATION CRITERIA IN NOT SPECIFIED ARTHRITISES

L.V. Men'shikova, N.J. Kazantseva, J.A. Gorjaev

(Irkutsk State Medical University, Irkutsk State Institute for Medical Advanced Studies)

With the purpose of an estimation of diagnostic opportunities of working classification criteria at diagnostics of the not specified arthritises and to offer the most informative criteria it is surveyed 311 patients directed to rheumatological centre of Irkutsk. For revealing the most significant criteria for early diagnostics, sensitivity, specificity, predictive value of positive and negative results and the relation of plausibility by R. Fletcher's technique were calculated. Comparison was carried out between the revealed patients with the certain arthritis and patients with not specified arthritis. With the help of the appropriate classification criteria it was possible to diagnose the certain arthritis at 40% of patients with not specified PA, at 67,7% - with not specified the Dog, at 66,7% - with not specified the EXPERT, and at 84% - with not specified PeA. Statistical processing of working diagnostic criteria has allowed to reveal the most valuable criteria at diagnostics not specified PA, the Dog, the EXPERT, PeA and seronegative spondylarthritis. Opportunities of working classification criteria are expanded at diagnostics of the not specified arthritises.

ЛИТЕРАТУРА

1. Агабабова Э.Р., Бунчук Н.В., Шубин С.В. и др. Критерии урогенных и энтерогенных реактивных артритов // Научно-практич. ревматол. — 2003. — №3. — С.82-83.
2. Бадюкин В.В. К вопросу о классификации псориатического артрита // Клинич. ревматология. — 1995. — № 1. — С.53-56.
3. Каратаев Д.Е. Основные тенденции и вариабельность эволюции ревматоидного артрита: результаты многолетнего наблюдения // Научно-практич. ревматол. — 2004. — № 1. — С.7-13.
4. Маколкин В.И., Бажанов Н.Н. Ранняя диагностика заболеваний, проявляющихся недифференцированными моно-олигоартритами // Научно-практич. ревматол. — 2003. — № 2. — С.15-18.
5. Насонов Е.Л. Почему необходима ранняя диагностика и лечение ревматоидного артрита // Рус. мед. журн. — 2002. — Т. 10, № 22. — С.1009.
6. Насонов Е.Л., Насонова В.А., Фоломеева О.М. Ревматические болезни и ревматологическая служба в Центральном федеральном округе России // Научно-практич. ревмат. — 2005. — № 4. — С.5-8.
7. Флетчер Р., Флетчер С., Вагнер Э. Клиническая эпидемиология. Основы доказательной медицины. — М.: Практика, 2004. — 352 с.
8. Шостак Н.А., Логинова Т.К., Муродянц А.А. Клиническая характеристика раннего ревматоидного артрита // Научно-практич. ревмат. — 2001. — № 3. — С.137-145.
9. Эрдес Ш.Ф., Фоломеева О.М. Проблема ревматических заболеваний в России // Рус. мед. журн. — 2004. — № 20. — С.121-122.
10. Van der Linden S., Val Kenburg H.H., Cats A. Evaluation of diagnostic criteria for ankylosing spondylitis // Arthritis Rheum. — 1984. — Vol. 27. — P.361.
11. Gran J.T., Husby G. The epidemiology of ankylosing spondylitis Semin // Arthritis Rheum. — 1993. — Vol. 22. — P.319.

© РАДКЕВИЧ А.А., ГАЛОНСКИЙ В.Г., ГАНТИМУРОВ А.А., ЮШКОВ М.Ю. — 2006

ДИАГНОСТИКА НАРУШЕНИЙ РЕЧИ У БОЛЬНЫХ С РАСЩЕЛИНАМИ ВЕРХНЕЙ ГУБЫ, АЛЬВЕОЛЯРНОГО ОТРОСТКА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ И НЁБА

А.А. Радкевич, В.Г. Галонский, А.А. Гантимуров, М.Ю. Юшков

(Научно-исследовательский институт медицинских проблем Севера СО РАМН, директор — д.м.н., проф. В.Т. Манчук)

Резюме. Представлен разработанный способ диагностики нарушений речевой функции и результаты фонетического обследования 165 человек с расщелинами верхней губы, альвеолярного отростка верхней челюсти и нёба, различной топографии и величины, до и после хирургического устранения изъяна и зубного протезирования. Показаны возможности способа в оценке качества лечения с учётом восстановления речи и зависимости величины нарушения речевой функции у данной категории больных от размера ротоносового соустья и топографии изъяна.

Ключевые слова: нарушения речи, расщелина верхней губы, альвеолярного отростка и нёба.

В реабилитации больных с расщелинами верхней губы, альвеолярного отростка верхней челюсти и нёба одним из ключевых моментов, непосредственно влия-

ющих на результат, является хирургический метод лечения, основная задача которого состоит в восстановлении анатомических особенностей зубочелюстного