

bronchospasmolytic test with salbutamol was performed. When entering the hospital in the I group disturbances of respiration function were registered in 63%, in II group — 48%, $p=0,007$. Mostly in both groups there was restrictive type of ventilation disorder: in 45% - I group, in II — 29%. Obstructive ventilation disorder was registered more often in I group in 6%. In period of recovering were registered normal respiratory functions in 68% - I group, in II — 93%. It is showed, that in group of the patients with ICDS external respiration function were more expressive.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Вершинина М.В.* Особенности внебольничной пневмонии у больных с признаками дисплазии соединительной ткани: Дисс. ... канд. мед. наук. — Омск, 2004. — 160 с.
2. *Домницкая Т.М., Фисенко А.П., Остроумова О.Д., Степура О.Б.* Данные исследования функции внешнего дыхания у взрослых и детей с аномально расположенными хордами сердца // Тер. архив. — 1999. — № 3. — С. 54-57.
3. *Раков А.Л., Сапронов П.М., Антух Э.А. и др.* Диагностика и лечение тяжелой внебольничной пневмонии у военнослужащих // Воен.-мед. журн. — 2001. — № 4. — С. 36-39.
4. *Дубилей Г.С.* Восстановительное лечение больных с клинико-функциональными нарушениями кардио-респираторной системы при дисплазии соединительной ткани: Дис. ... д-ра. мед. наук. — Омск, 1997. — 123 с.
5. *Евсеева М.Е., Бессонова И.А., Гаспарян Н.В.* Бронхообструктивный синдром и соединительнотканная дисплазия // Сб. ст. «Здоровье и болезнь как состояния человека». — Ставрополь, 2000. — С. 711-712.
6. *Земцовский Э.В.* Соединительнотканная дисплазия сердца. — СПб.: «По-литекс-Норд-Вест», 2000. — 115 с.
7. *Нечаева Г.И.* Кардио-гемодинамические синдромы при дисплазиях соединительной ткани: Клиника, диагностика, прогноз: Дис. ... д-ра. мед. наук. — Томск, 1994. — 374 с.
8. *Нечаева Г.И., Вершинина М.В.* Ранняя диагностика obstructивного синдрома у пациентов с признаками дисплазии соединительной ткани. // Новые Санкт-Петербург. врач. ведомости. — 2003. — № 2. — С. 44-46.
9. *Сильвестров В.П.* Острые бактериальные пневмонии. // Рус. мед. журн. — 2001. — № 5. — С. 27-30.
10. *Сильвестров В.П.* Принципы восстановительного лечения больных острой пневмонией // Тер. архив. — 2005. — № 8. — С. 43-48.
11. *Синопальников А.И.* Внебольничная пневмония: современные подходы к диагностике и лечению. «Пневмония у военнослужащих: материалы научно-практической конференции». // Воен.-мед. журн. — Приложение. — 2003. — Т. 324. — С. 15-25.
12. *Степура О.Б., Мартынов А.И., Остроумова О.Д.* Применение компьютерной системы (принцип поток-объем) для выявления трахеобронхиальной дискинезии у больных с синдромом дисплазии соединительной ткани сердца. // Клинич. вестник. — 1996. — январь-март. — С. 24-25.
13. *Чучалин А.Г., Синопальников А.И., Ченеховская Н.Е.* Пневмония. — М.: Экономика и информатика, 2002. — 480 с.
14. *Яковлев В.М., Нечаева Г.И.* Кардио-респираторные синдромы при дисплазии соединительной ткани: Патогенез, клиника, диагностика и лечение. — Омск, 1994. — 217 с.

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

ОЦЕНКА ЗНАЧИМОСТИ ДИАГНОСТИЧЕСКИХ КРИТЕРИЕВ ПРИ НЕКОТОРЫХ НЕУТОЧНЕННЫХ АРТРИТАХ

Н.Ю. Казанцева, Л.В. Меньшикова

(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. *Определена чувствительность и специфичность действующих критериев диагностики при неуточненных ревматоидных и псориатических артритах. Существующие классификационные критерии мало пригодны для диагностики ранних артритов. Необходима разработка критериев ранней диагностики.*

Ключевые слова. *Неуточненные артриты, чувствительность и специфичность критериев, ранняя диагностика.*

Опыт показывает, что практическому врачу в некоторых случаях трудно разобраться во всем многообразии ревматологических заболеваний и поставить правильный диагноз.

Многие спондилоартриты имеют достаточно четко разработанные критерии, которые, однако, не всегда приемлемы для распознавания на самых ранних стадиях заболевания [1,2]. Ошибочные первичные диагнозы при спондилоартропатиях достигают 72% [1,2].

Неуточненные артриты приходится дифференцировать более чем с 20 заболеваниями, при которых ведущим симптомом является артрит. Особенно большое медицинское и социальное значение имеет ревматоидный артрит (РА) [4,5]. У двух третей больных с РА структурные изменения (эрозии) суставов обнаруживаются уже в течение первых 2-х лет с момента заболевания [3]. Типичная клиническая картина РА формируется у большинства больных не ранее 6-12 месяцев от начала болезни и начатая в это время модифицирующая антиревматическая терапия оказывается недостаточно эффективной [8].

Цель работы выявить наиболее значимые диагностические критерии РА и псориатического артрита (ПсА) в дебюте заболевания, определить чувствительность и

специфичность существующих диагностических критериев на ранних стадиях заболевания.

Материалы и методы

Обследовано 182 больных, направленных в Иркутский городской ревматологический центр с диагнозом «неуточненный артрит». При дифференциальной диагностике использовались для верификации РА классификационные критерии Американской коллегии ревматологов (ACR), для верификации ПсА — критерии НИИ Ревматологии РАМН. Из 120 больных, направленных с диагнозом «неуточненный РА», из которых у 48 больных можно было поставить диагноз раннего РА (группа А) и у 72 — диагноз РА оставался неясным или был выставлен диагноз другого артрита (группа Б). Из 62 больных, направленных с «неуточненным ПсА», у 42 больных поставлен диагноз определенного ПсА (группа А), а у 20 — диагноз оставался неуточненным или был выставлен диагноз другого артрита (группа Б). Чувствительность и специфичность критериев определялась по методике Р. Флетчер и соавт. Чувствительность диагностического теста — это вероятность положительного результата диагностического теста при наличии болезни. Специфичность диагностического теста — это вероятность отрицательного результата диагностического теста в отсутствии болезни [7].

Результаты и обсуждение

Диагностика раннего РА ответственна и трудна, в значительной степени она базируется на умело собранном анамнезе.

При обследовании 120 больных с неуточненным РА

с помощью классификационных критериев ACR ранний РА можно было поставить у 40%. Среди больных с «вероятным РА» преобладали лица женского пола (женщин – 70%; мужчин – 30%), средний возраст $49,9 \pm 8,52$ года, среди больных ПсА женщин – 74,8%, мужчин соответственно – 25,19%, средний возраст 39 лет.

Всем больным проводилась рентгенография кистей, стоп и пораженных суставов, больным с вероятным ПсА – рентгенография пораженных суставов, крестцово-подвздошных сочленений и позвоночника.

Своевременная диагностика затруднена, что обусловлено разнообразием клинических форм патологического процесса, отсутствием симптомов, а также, вероятно, несостоятельностью существующих критериев диагностики в течение первого года болезни. В связи с этим одной из актуальных проблем современной ревматологии является поиск ранних критериев РА.

Особое значение придается клиническим и лабораторным тестам как более доступным при ранней диагностике заболевания. Как известно, активность воспалительного процесса является одним из важных факторов, определяющих скорость и характер прогрессирования РА. Чувствительность таких критериев, как высокое СОЭ и высокий уровень СРБ, оказалась равной 100%, а специфичность соответственно 34,7 и 31,9% (табл. 1).

ного фактора (РФ) в сыворотке крови имело высокую чувствительность и специфичность (62,5% и 63,8% соответственно). Однако из 9 анализируемых критериев чувствительность этого критерия была только на 7 месте. Таким образом, при диагностике раннего РА наиболее информативными (имеющими высокую чувствительность и специфичность) являются острофазовые показатели (СОЭ и СРБ), наличие РФ в крови и утренняя скованность более 60 мин. Чувствительность и специфичность критериев ACR, у больных неуточненным РА по нашим данным, составила 60,7% и 47,9% соответственно, т.е. значительно меньше, чем при «достоверном» РА (чувствительность 91-94%, специфичность 89%) [9,10]. Это положение диктует необходимость разработки критериев ранней диагностики РА, что частично уже сделано Р. Emery с соавт. [9,10].

Клинические проявления ПсА и его течение чрезвычайно многообразны: от моно-олигоартрита или изолированного энтезита до генерализованного поражения суставов и позвоночника с яркой внесуставной симптоматикой нередко с самого начала заболевания [6].

Мы оценили чувствительность и специфичность существующих критериев НИИ Ревматологии РАМН у 62 больных с неуточненным ПсА, из них 42 – был поставлен диагноз раннего ПсА. При вычислении специ-

Таблица 1

Чувствительность и специфичность критериев ACR у больных неуточненным РА

Критерии	Частота выявления, %		Чувствительность, %	Специфичность, %
	Группа А (n = 48)	Группа Б (n = 72)		
Утренняя скованность > 60 мин.	34	30	70,8	58,3
Артрит 3-х и более суставов > 6 недель	43	70	89,9	2,7
Артрит суставов кистей	45	65	93,7	9,7
Симметричный артрит > 6 недель	47	60	97,9	16,6
Наличие ревматоидных узелков	3	0	6,25	100
Наличие РФ в сыворотке крови	30	26	62,5	63,8
Рентгенологическое выявление эрозий	2	0	4,1	100
СОЭ > 30 мм/ч.	48	47	100	34,7
Высокий уровень СРБ	48	49	100	31,9

Наиболее частыми ранними симптомами, предшествовавшими появлению типичной картины РА, были симметричный артрит продолжительностью более 6 недель и артрит суставов кистей, соответственно чувствительность 97,9% и 93,75%, хотя специфичность их на ранних стадиях не высокая 16,6% и 9,7% (табл. 1).

Низкая специфичность этих критериев на ранней стадии заболевания, возможно, объясняет позднее установление диагноза РА.

Чувствительность такого критерия, как артрит трёх и более суставов продолжительностью более 6 недель, составила 89,9%, однако специфичность всего 2,7%.

Наиболее характерным признаком РА является утренняя скованность. По нашим данным чувствительность и специфичность этого критерия была высокой (70,8% и 58,3% соответственно). Наличие ревматоид-

фичности все критерии обладают высокой специфичностью от 50 до 100% (табл. 2). Самой высокой специфичностью, кроме серонегативности по РФ, который равен 100%, обладали: поражение ногтевых пластинок – 95%; боль и скованность в любом отделе позвоночника – 85%; псориаз кожи у родственников и синхронность кожного и суставного синдромов – 80%; артрит дистальных межфаланговых суставов – 75%; типичные параартикулярные явления – 70%. Самым низким по специфичности оказались осевое поражение суставов, асимметричный хронический артрит – 50%. Наиболее чувствительными оказались следующие критерии: псориазические высыпания на коже – 71,4%, осевое поражение суставов – 61,9%, асимметричный хронический артрит – 57,1%, синхронность кожного и суставного синдромов – 47,6%.

Чувствительность и специфичность критериев при диагностике неуточненных ПсА

Критерии	Частота выявления, %		Чувствительность, %	Специфичность, %
	Группа А (n = 42)	Группа Б (n = 20)		
Поражение ногтевых пластинок	8	1	19,0	95
Псориазические высыпания на коже	30	5	71,4	75
Псориаз кожи у родственников	6	4	14,3	80
Артрит дистальных межфаланговых суставов	14	5	33,3	75
Осевое поражение	26	10	61,9	50
Разнонаправленные подвывихи пальцев рук	0	0	-	-
Асимметричный хронический артрит	24	10	57,1	50
Типичные параартикулярные явления	14	6	33,3	70
Сосискообразная деформация пальцев стоп	13	8	30,9	60
Синхронность кожного и суставного синдромов	20	4	47,6	80
Боль и скованность в любом отделе позвоночника на протяжении 3-х месяцев	11	3	26,1	85
Серонегативность по РФ	42	20	100	100
Акральный остеолиз	0	0	-	-
Анкилоз дистальных межфаланговых суставов кистей	0	0	-	-
Рентгенологически подтвержденный сакроилеит	6	8	14,3	60
Синдесмофит или паравертебральный остеофит	1	0	2,3	-

Таким образом, если сравнивать чувствительность и специфичность диагностических критериев ПсА, то наиболее информативным будут: псориазические высыпания на коже, осевое поражение суставов, асимметричный хронический артрит, синхронность кожного и суставного синдромов, артрит дистальных межфаланговых суставов и типичные параартикулярные явления.

По нашим данным, чувствительность критериев – 47%, специфичность – 73%. Специфичный тест диагностики наиболее эффективен, когда дает положительный результат. В то же время, на ранних стадиях диаг-

ностического поиска рекомендуются чувствительные тесты для сужения рамок поиска, когда возможных вариантов много и диагностические тесты позволяют исключить некоторые из них.

Таким образом, определение чувствительности и специфичности критериев показало, что для диагностики ранних стадий РА и ПсА существующие классификационные критерии мало пригодны, они позволяют диагностировать ранний артрит только у 40-67% больных. Необходима разработка критериев для ранней диагностики РА и ПсА.

THE APPLICATION OF THE SIGNIFICANCE OF THE DIAGNOSTIC CRITERIA BY SOME PROBABLE DIAGNOSIS OF RHEUMATOID ARTHRITIS

N.U. Kazantseva, L.V. Menshikova

(Irkutsk State Medical University, Irkutsk State Institute of Doctor's Improvement)

It was defined sensibilities and specificity of the criteria of the diagnosis by the probable diagnosis of rheumatoid arthritis and PSA. The classification of the criteria nowadays is not very good for the diagnosis of the early rheumatoid arthritis.

ЛИТЕРАТУРА

1. Агабабова Э.Р. Спондилоартриты как объект перспективных научных исследований в ревматологии // Российская ревматология. – 1999. – № 1. – С.2-7.
2. Агабабова Э.Р. Некоторые неясные и нерешенные вопросы серонегативных спондилоартропатий // Научно-практическая ревматология. – 2001. – № 4. – С.10-17.
3. Бадюкин В.В. Медикаментозная терапия псориазического артрита // Русский медицинский журнал. – 2004. – № 6. – С.426-431.
4. Беневоленская Л.И., Бржезовский М.М. Эпидемиология ревматических болезней. – М.: Медицина, 1988. – С.27-45.
5. Ревматические болезни / Под ред. В.А. Насонова, Н.В. Бунчук. – М.: Медицина, 1997. – С.257-304.
6. Насонов Е.Л. Почему необходима ранняя диагностика и лечение ревматоидного артрита // Русский медицинский журнал. – 2002. – № 22. – С.1009-1012.
7. Флетчер Р., Флетчер С., Вагнер Э. Клиническая эпидемиология. Основы доказательной медицины. – М.: Медицина, 2004. – 306 с.
8. Kim Y.M., Weisman V.N. When does rheumatoid arthritis begin and why do need to know // Arhr. Rheum. – 2000. – Vol. 43, № 3. – P.473-484.
9. Emery P., Breedzold F.C., et al. Early referral recommendation for newly diagnosed rheumatoid arthritis: evidence based development of a clinical guide // Ann. Rheum Dis. – 2002. – Vol. 61. – P.290-927.
10. Harrison B.U. et al. The performance of the 1987 ARA classification erti for the rheumatoid arthritis in a population based cohort of patient with ear inflammatory polyarthritis // J. Rheumatol. – 1998. – Vol. 26. – P.2324-2330.