

ОРИГИНАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

© КАЗАНЦЕВА Н.Ю. – 2007

ПРОБЛЕМЫ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ АРТРИТОВ

Н.Ю.Казанцева

(Иркутский государственный медицинский университет, ректор – д.м.н., проф. И.В.Малов, кафедра пропедевтики внутренних болезней, зав. – д.м.н., проф. Ю.А.Горяев)

Резюме. На основании обследования 311 больных, направленных в Ревматологический центр г. Иркутска с неуточненными артритами, выявлены основные ошибки, затруднения и недостатки в диагностике ранних артритов. Впервые определена диагностическая ценность действующих классификационных критериев при диагностике четырех наиболее часто встречающихся ранних артритов. Статистическая обработка позволила выявить наиболее информативные критерии при диагностике ранних форм артритов. Выявлены факторы, затрудняющие раннюю диагностику, факторы риска прогрессирования ранних артритов. Предложен алгоритм диагностики неуточненных артритов.

Ключевые слова: Неуточненные артриты, ранняя диагностика, диагностические критерии.

Ревматические болезни, составляющие основу болезни костно-мышечной системы (БКМС), вследствие хронизации и прогрессирования поражения, в первую очередь опорно-двигательного аппарата, являются постоянным источником инвалидизации жителей страны [7].

При проведении более 30 лет назад многоцентровых исследований по программе EULAR было введено понятие «вероятный» артрит. В МКБ-10 «вероятные» РЗ идут под рубрикой «неуточненный» артрит.

По данным эпидемиологических исследований «неуточненные артриты» занимают от 10 до 30% от всех артритов данной нозологии [2].

Ранняя диагностика артритов в настоящее время особенно актуальна, поскольку современные методы лечения позволяют предотвратить или замедлить прогрессирование артритов [5].

Проблема точной и ранней диагностики ревматоидного артрита, как самого тяжелого заболевания из БКМС в настоящее время особенно актуальна. Эта проблема вызывает интерес во всем мире, что нашло отражение в создании специализированных клиник раннего артрита. Российская программа в рамках декады болезней костно-мышечной системы «РАДИКАЛ – ранний артрит, диагностика, исход, критерии, активность, лечение» – создана для объединения усилий врачей разных специальностей в области изучения раннего артрита.

С неуточненными артритами встречаются, прежде всего, врачи общей практики, работающие в поликлиниках [4,6].

От того как осведомлены врачи общей практики о ранних симптомах артритов, насколько правильно они могут провести дифференциальную диагностику и направить больного к узкому специалисту зависит исход заболевания [1,4].

Материалы и методы

На основании обследования 311 больных, направленных в Ревматологический центр г. Иркутска с неуточненными артритами (НА), нами выявлены основные ошибки при диагностике артритов, затрудняющие раннюю диагностику РА, псориатического артрита (ПсА), реактивного артрита (РеА), анкилозирующего спондилоартрита (АС), нами составлен алгоритм дифференциальной диагностики НА. При дифференциальной диагностике использовались для диагностики РА классификационные критерии Американской коллегии ревматологов, для диагностики серонегативных спондилоартритов – модифицированные Нью-Йоркские критерии, предложенные Европейской группой по изучению спондилоартритов, для диагностики реактивных артритов – критерии НИИ Ревматологии РАМН.

Статистическая обработка критериев позволяет выявить наиболее информативные диагностические критерии

и рекомендовать их для дифференциальной диагностики основных неуточненных артритов.

Для выявления наиболее значимых для ранней диагностики тестов мы вычисляли не только специфичность (с) и чувствительность (ч), но и предсказательную ценность положительного и отрицательного результата (Пр +, и Пр –) и отношение правдоподобия (Опр) по методике Р. Флетчер и соавт. [8].

Эффективность диагностического теста можно характеризовать через отношение правдоподобия. Отношение правдоподобия показывает во сколько раз выше вероятность данного теста у больных нежели в группе сравнения. Считается, что дополнительным способом описания точности диагностического теста служит отношение правдоподобия [8].

Определялись факторы риска (ФР) прогрессирования некоторых НА при этом высчитывались относительный риск (RR) и атрибутивный риск (AR) [8].

Результаты и обсуждение

Диагностика, по нашему мнению, НА происходит в 3 этапа:

I этап – врач общей практики или участковый терапевт должен поставить диагноз НА согласно шифра МКБ-10 и направить больного к ревматологу поликлиники.

II этап – врач-ревматолог поликлиники на основании лабораторного, рентгенологического обследования по диагностическим критериям выделяет 3 подгруппы:

- 1) Ранний артрит соответствующей нозологии;
- 2) Неуточненный артрит;
- 3) Артрита нет.

Ревматолог поликлиники направляет больного либо в ревмоцентр (2-ая подгруппа), либо в специализированный стационар для проведения базисной терапии (1-ая подгруппа).

III этап – городской ревматологический центр (консультант-ревматолог, отделение ревматологии).

Ранней диагностика считается, если от момента первых симптомов прошло 3-6 месяцев [5]. Таким образом, ранняя диагностика артрита идет через дифференциальную диагностику НА врачами первичного звена здравоохранения, которые обычно бывают недостаточно подготовлены в этом направлении. Именно на этом этапе происходит основная потеря времени при диагностике ранних артритов. Это первая проблема.

Вторая проблема – диагностические возможности действующих классификационных критериев при диагностике ранних артритов. Нами оценены диагностические возможности действующих классификационных критериев при диагностике неуточненных артритов и предложены наиболее информативные критерии. Из литературных [3] и наших данных известно, что с помощью существующих диагностических критериев ранний РА можно диагнос-

тировать только у 40-48% больных, приблизительно тоже положение с диагностикой других ранних артритов.

Наиболее информативными критериями ранней диагностики РА по нашим данным основанными на обследовании 120 больных явились следующие:

Утренняя скованность > 60 минут ($\chi=70,8\%$; $C=58,3\%$; $Pr+=53\%$; $Pr-=75\%$; $Op=1,7$); – наличие ревматоидного фактора в сыворотке крови ($\chi=62,5\%$; $C=63,8\%$; $Pr+=53\%$; $Pr-=71\%$; $Op=1,67$); – симметричный артрит > 6 недель ($\chi=97,9\%$; $C=16,6\%$; $Pr+=43\%$; $Pr-=92\%$; $Op=1,1$); – артрит суставов кистей ($\chi=93,7\%$; $C=9,7\%$; $Pr+=41\%$; $Pr-=70\%$; $Op=1$); артрит 3-х и более суставов > 6 недель ($\chi=89,9\%$; $C=2,7\%$; $Pr+=38\%$; $Pr-=28\%$; $Op=0,9$).

Наиболее информативными критериями ранней диагностики ПсА по нашим данным, основанным на обследовании 62 больных были: поражение ногтевых пластинок ($\chi=19,0\%$; $C=95\%$; $Pr+=88\%$; $Pr-=35\%$; $Op=3,8$); псориазические высыпания на коже ($\chi=71,4\%$; $C=75\%$; $Pr+=85\%$; $Pr-=55\%$; $Op=3,0$); синхронность кожного и суставного синдромов ($\chi=47,6\%$; $C=80\%$; $Pr+=83\%$; $Pr-=42\%$; $Op=2,3$); артрит дистальных межфаланговых суставов ($\chi=33\%$; $C=75\%$; $Pr+=73\%$; $Pr-=34\%$; $Op=1,32$); осевое поражение ($\chi=61,9\%$; $C=56\%$; $Pr+=72\%$; $Pr-=38\%$; $Op=1,22$); асимметричный хронический артрит ($\chi=57,1\%$; $C=50\%$; $Pr+=70\%$; $Pr-=35\%$; $Op=1,14$).

Наиболее информативными критериями ранней диагностики АС при обследовании 60 больных оказались: уменьшение дыхательной экскурсии грудной клетки в сравнении с нормальными значениями ($\chi=75,8\%$; $C=90\%$; $Pr+=88\%$; $Pr-=41\%$; $Op=3,7$); ограничение движений в поясничном отделе позвоночника в сагиттальной и фронтальной плоскости ($\chi=50\%$; $C=75\%$; $Pr+=86\%$; $Pr-=42\%$; $Op=2$); боли в нижней части спины, длящиеся не менее 3-х месяцев, уменьшающиеся после физических упражнений и не стихающие в покое ($\chi=47,5\%$; $C=50\%$; $Pr+=65\%$; $Pr-=32\%$; $Op=0,9$).

Наиболее информативными критериями ранней диагностики РеА при обследовании 69 больных были: – асимметричное поражение ограниченного числа суставов, преимущественно нижних конечностей ($\chi=81\%$; $C=9\%$; $Pr+=82\%$; $Pr-=8,3\%$; $Op=9$); – лабораторное подтверждение триггерной инфекции, вызванной *Chlamydia trachomatis* ($\chi=53\%$; $C=81,8\%$; $Pr+=93\%$; $Pr-=25\%$; $Op=2,9$).

Использование наиболее информативных критериев для дифференциальной диагностики НА позволило повысить своевременную диагностику ранних артритов на 15-20%. Несомненно, необходимо разрабатывать критерии ранней диагностики артритов, подобно тому, как это сделано для диагностики раннего РА [6,10]. Безусловно, разработка таких критериев дело сложное, трудоемкое, многоцентровое.

Прогнозирование характера течения раннего РА также составляет проблему диагностики. Проспективное наблюдение в течение 3-5 лет за 120 больными с неуточненным РА позволило выявить наиболее значимые факторы риска прогрессирования раннего РА. Многие авторитетные специалисты к плохим прогностическим факторам относят женский пол [9]. По нашим данным этот факт также имеет значение в прогрессировании РА ($RR=4,25$; $AR=30,9$).

Наиболее значимыми критериями в прогрессировании РА были: ускоренная СОЭ ($RR=13,2$; $AR=52,1$); высокий уровень СРБ ($RR=7,1$; $AR=44,9$). Положительная статистически значимая связь прогрессирования РА имела со следующими диагностическими критериями: симмет-

ричный артрит 3-х и более суставов более 6 недель ($RR=6,0$; $AR=44$); начало заболевания с болей и припухлости суставов стоп ($RR=5,1$; $AR=19,7$). Наличие инфекций верхних дыхательных путей в самом начале заболевания также прогностически неблагоприятный признак ($RR=6,8$; $AR=31,6$).

Выявлены факторы, затрудняющие диагностику РА. Наиболее значимыми факторами, затрудняющими своевременную диагностику раннего РА являются: позднее обращение больного к врачу ревматологу ($AR=50,6\%$), мужской пол больного ($AR=34,9\%$), начало заболевания с моно-олиго-артрита крупных суставов ($AR=34,3\%$), постепенное начало заболевания, не характерное для РА ($AR=27,1\%$). Отсутствие РФ в крови в диагностически значимых цифрах также затрудняет своевременную диагностику раннего РА ($AR=25,9\%$). По нашим данным ранний РА в большинстве случаев характеризуется не только местным воспалением суставов, но и общими признаками воспаления (увеличение СОЭ и СРБ). Отсутствие увеличения СОЭ и СРБ значительно затруднило раннюю диагностику РА. Атрибутивный риск этих факторов составил соответственно – 34,7 и 31,9%.

Зная вышеуказанные особенности течения раннего РА врач может улучшить своевременную диагностику. Незнание этих факторов также составляет проблему ранней диагностики РА.

Таким образом, проблемы ранней диагностики артритов заключаются:

- в недостаточном знании и соблюдении врачами первичного звена алгоритма диагностики неуточненных артритов;
- в преждевременном (до установления диагноза) назначении внутрисуставно глюкокортикостероидов или больших доз НПВП, что смазывает клиническую картину артритов;
- в ограничении возможностей классификационных критериев для диагностики ранних форм артритов, что не учитывают участки терапии, поскольку они недостаточно осведомлены;
- в незнании факторов, затрудняющих раннюю диагностику артритов;
- в отсутствии должного внимания к ФР прогрессирования раннего артрита;
- в отсутствии активного целенаправленного выявления пациентов с малосимптомными ранними артритами и в отсутствии активного наблюдения за больными НА.

ЛИТЕРАТУРА

1. Агабаева Э.Р. Некоторые неясные и нерешенные вопросы серонегативных спондилоартропатий // Научно-практическая ревматология. – 2001. – № 4. – С.10-17.
2. Беневоленская Л.И., Бржезовский М.М. Эпидемиология ревматических болезней. – М.: Медицина, 1988. – С.27-45.
3. Карагав Д.Е. Основные тенденции и вариативность эволюции ревматоидного артрита: результаты многолетнего наблюдения // Научно-практическая ревматология. – 2003. – № 2. – С.15-18.
4. Насонова В.А., Бунчук Н.В. Ревматологические болезни. – М.: Медицина, 1997. – С.257-304.
5. Насонов Е.Л. Почему необходима ранняя диагностика и лечение ревматоидного артрита? // Русский мед. журнал. – 2002. – № 22. – С.1009-1012.
6. Насонов Е.Л. Клинические рекомендации и алгоритмы для практических врачей. – М., 2004. – С.3-5.
7. Насонов Е.Л. Международная декада, посвященная костно-суставным нарушениям. // Русский мед. журнал. – 2002. – № 22. – С. 3.
8. Флетчер Р., Флетчер С., Вагнер Э. Клиническая эпидемиология. Основы доказательной медицины. – М., 2004. – 352 с.
9. Шостак Н.А., Логинова Т.К., Муромец А.А. Клиническая характеристика раннего ревматоидного артрита // Научно-практическая ревматология. – 2001. – № 3. – С.137-145.
10. Emely P., Breedyold F.S. et al. Early referral recommendation for newly diagnosed new (naïve) arthritis // An.Rheum. Dis. – 2002. – V. 61. – P. 290-927.

THE PROBLEMS OF EARLY DIAGNOSTICS OF ARTHRITES

N. U. Kazantseva
(Irkutsk State Medical University, Russia)

On the base of the examination of 311 patients, sent to Irkutsk Rheumatic Center with nonspecified arthritis, there were revealed the basic mistakes, difficulties and shortcomings in diagnostics of early arthritis. For the first time there has been defined the diagnostic value of active classification criteria in diagnostics of the four the most widespread early arthritis. The statistical processing allowed to reveal the most informative criteria in the diagnostics of the risk factors of progressing early arthritis. The algorithm of diagnostics of nonspecified arthritis has been presented.