

ID: 2013-02-8-A-2339

Оригинальная статья

Апаркина А.В., Акулова А.И., Спицына М.Ю., Гайдукова И.З.

Сбор субъективной информации у пациентов со спондилоартритами: современные реалии и перспективы

ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, кафедра госпитальной терапии лечебного факультета

Научный руководитель: д.м.н., профессор Ребров А.П.

Резюме

В ходе выполненного исследования изучены особенности сбора субъективной информации у пациентов со спондилоартритами в реальной клинической практике путем сравнения информации 56 историй болезней одного из стационаров г. Саратова с результатами анкетирования пациентов с применением разработанной авторами электронной карты опроса пациента с СПА. Установили, что сбор жалоб и анамнеза в произвольном порядке приводит к потере части данных, необходимых для постановки диагноза СПА. Применение электронной карты для опроса пациентов позволяет собрать субъективную информацию о пациенте со спондилоартритом в полном объеме и позволяет сократить время, затрачиваемое на оформление медицинской документации.

Ключевые слова: спондилоартрит, диагностика спондилоартритов

Актуальность

Внедрение в 2009 г. новых классификационных критериев для аксиального (ах-СПА) и периферического спондилоартритов (п-СПА) [M.Rudwalait et al., 2009] требует особо скрупулезного подхода к сбору субъективной информации (жалобы, анамнез жизни и анамнез заболевания) у пациентов с подозрением на СПА. Большинство классификационных критериев СПА является субъективным и может обратимо изменяться во времени. Поэтому отсутствие данных за наличие того или иного признака в момент осмотра не исключает наличие у пациента СПА и требует активного поиска критериев СПА в процессе сбора субъективной информации во время каждого визита пациента к врачу. Особую значимость имеет уточнение субъективной информации для пациентов, наблюдающихся с диагнозом «недифференцированный артрит».

Цель настоящего исследования – изучение особенностей сбора субъективной информации у пациентов со СПА в реальной клинической практике с разработкой мер по его оптимизации путем внедрения *электронной карты опроса пациента с СПА (ЭК)*.

Материалы и методы

В ходе исследования исследователь А изучила 56 истории болезни (ИБ) пациентов со СПА, госпитализированных в ОКБ г. Саратова с 2010 по 2013 гг. Данные историй болезни заносили в карту, включавшую основные классификационные критерии СПА. Исследователь В путем телефонного анкетирования заполнял ЭК, по содержанию полностью аналогичную той, в которую переносились сведения из ИБ, что позволило в дальнейшем производить сравнение полученных данных. На этапе сбора информации каждый из исследователей был лишен доступа к информации о пациенте, собранной другим исследователем. В последующем исследователем С были объединены данные пациентов, полученные из ИБ и путем телефонного анкетирования (ЭК). Исследователь С выполнил опрос 6 врачей отделения ревматологии на предмет средней длительности заполнения ИБ пациента со СПА. Статистический анализ проводился с применением пакета пользовательских программ SPSS17 и Excel. Различия между встречаемостью признака (тест Фишера) считались достоверными при $p < 0.05$.

Результаты

В ходе исследования было проанализировано 56 истории болезни (ИБ) и выполнено телефонное анкетирование 52 пациентов. Данные 4-х историй болезни, для которых не выполнено телефонное анкетирование, исключены из дальнейшего анализа. Среднее время заполнения ЭК составило 8 (6-15) мин., среднее время заполнения ИБ составило 30 (20-40) мин., $p < 0,05$.

Все пациенты, включенные в исследование, имели диагноз СПА: при поступлении в стационар 21 пациент – ах-СПА, 18 – псориатический артрит, 13 – недифференцированный СПА. К моменту выписки из стационара на 8 уменьшилось число пациентов с недифференцированным артритом и на 6 увеличилось число лиц с ах-СПА и на 2 п-СПА: 27 пациентам установлен диагноз ах-СПА, 2 – п-СПА, 18 – псориатический артрит, недифференцированный СПА – 5 пациентам. Данные ИБ и ЭК представлены в таблице 1.

После выявления отсутствующих данных в ИБ мы проанализировали, с какой информацией в ЭК ассоциируется их наличие. Отсутствие информации о наличии энтезитов в ИБ ($n=36$) у 12 пациентов сочеталось с наличием энтезитов, у 24 больных – с отсутствием энтезитов в ЭК. При отсутствии указаний на наличие дактилитов в ИБ ($n=46$) по данным ЭК дактилиты имелись у 10 пациентов и отсутствовали у 36, в 6 случаях данные ИБ и ЭК совпадали. При анкетировании (ЭК) увеиты были выявлены у 2 пациентов с отсутствием данных об увеите в ИБ, в 38 случаях отсутствие увеита по данным ЭК совпадало с отсутствием информации о нем в ИБ, совпадение ИБ и ЭК установлено в 12 случаях. У 4 пациентов с отсутствием информации об отягощенной наследственности по СПА при телефонном анкетировании было установлено ее наличие, в 24 случаях – наследственность не была отягощена, совпадение данных ЭК и ИБ установили в 28 случаях. У 30 пациентов с отсутствием в ИБ данных по предшествующей хламидийной инфекции при заполнении ЭК установлено наличие инфекции в 2 случаях и отсутствие указаний на предшествующую инфекцию в 28 случаях. Из 46 пациентов с отсутствием данных о кишечной инфекции в ИБ у 2-х при электронном анкетировании установлено наличие анамнестических указаний на перенесенную кишечную инфекцию, у 44 подобные данные отсутствовали. У 4-х пациентов при заполнении ЭК установлена отягощенная наследственность по псориазу (при отсутствии данных в ИБ), у 28 пациентов отсутствие данных в ИБ совпадало с отсутствием анамнестических указаний на наличие псориаза в ЭК. Таким образом, в 52 ИБ в 240 случаях отсутствовали данные о наличии или отсутствии тех или иных классификационных критериев СПА, что в 204 (85%) случаях ассоциировалось с отсутствием данного признака и в 36 (15%) случаях сочеталось с наличием признака при телефонном анкетировании.

Таблица 1. Различия в частоте встречаемости классификационных критериев СпА (ASAS, 2009) согласно данным историй болезни и электронных карт опроса пациента

Признак	ИБ (n=52)			ЭК (n=52)		
	+	-	Нет данных	+	-	Нет данных
Воспалительная боль в спине	46*	6	0	32	20	0
Артрит	30	22	0	28	24	0
HLA-B27	10*	2	40 [§]	16	2	34 [§]
Отягощенная наследственность по СпА	4*	26	22**	8	44	0
Псориаз/наследственность по псориазу	18	12	22**	20	32	0
Увеит	4	8	40**	6	46	0
Энтезит	12*	4	36**	22	30	0
Дактилит	8	0	44**	12	40	0
Предшествующая хламидийная инфекция	8	12*	30**	8	44	0
Предшествующая кишечная инфекция	6*	0**	46**	12	40	0

Примечание: ИБ – данные истории болезни; ЭК – данные электронной карты; + наличие признака установлено; - наличие признака не установлено; [§] - не исследовался; * - достоверность различий с соответствующим столбиком ЭК $p < 0,05$; ** - достоверность различий с соответствующим столбиком ЭК $p < 0,01$.

Заключение

Отсутствие в ИБ информации о наличии признака в 15% случаев ассоциируется с его наличием у пациента со СпА. Это свидетельствует, что сбор жалоб и анамнеза в произвольном порядке приводит к потере части данных, необходимых для постановки диагноза СпА. Применение электронной карты для опроса пациентов позволяет собрать субъективную информацию о пациенте со СпА в полном объеме, что может оказаться существенным при постановке диагноза. Применение ЭК при увеличении качества сбора субъективной информации позволяет сократить время, затрачиваемое на оформление медицинской документации.

Литература

1. Rudwaleit M, van der Heijde D, 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.
2. Sieper J, Rudwaleit M, et al. The Assessment of SpondyloArthritis international Society (ASAS) handbook: a guide to assess spondyloarthritis. Ann Rheum Dis. 2009 Jun; 68 Suppl 2:ii1-44;
3. Taylor W, Gladman D, et al. Classification criteria for psoriatic arthritis: development of new criteria from a large international study. Arthritis Rheum. 2006 Aug; 54(8):2665-2673.