

ОШИБКИ В ДИАГНОСТИКЕ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА ПО ДАННЫМ ГОРОДСКОГО РЕВМАТОЛОГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ

*Довгялло Г.В., Ворошилова Т.Н., Соболев С.М., Шевченко Е.М.
УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов
медицинский университет»
ГУЗ ВГЦКБ «2-я городская больница»*

Введение. Ревматоидным артритом (РА) страдает около 1% населения земли. Женщины - в 3 раза чаще. Причины РА окончательно не установлены. Предполагают участие вирусов, бактерий, микоплазмы, токсинов табака и др., а также генетической несостоятельности иммунной системы, выражающейся в

недостатке Т-супрессоров и избытке Т-хелперов. Считается, что плазматические клетки синовию больных РА продуцируют генетически неправильный, агрегированный, дефектный Ig G. В свою очередь, он распознается иммунной системой, сохранившимися в ней нормальными клетками как чужеродный антиген. Плазматические клетки синовию, лимфоузлов, селезенки начинают вырабатывать к нему антитела. В этом случае их называют ревматоидный фактор (РФ). Важнейшим является РФ класса Ig M, который обнаруживается у 80% больных РА. Наблюдается повышение уровня криоглобулинов у трети или половины больных. Повышается уровень циркулирующих иммунных комплексов (ЦИК) также у трети или половины больных. Обнаруживаются LE-клетки в крови трети больных, антинуклеарный фактор (АНФ) у 14% больных, антирибосомальные антитела у трети больных.

Появились сообщения о том, что организм больных РА содержит аминокислоту цитруллин, не присутствующую у здоровых людей. Обнаружение в крови антител к цитруллину с высокой вероятностью свидетельствует о развитии РА даже в том случае, когда отсутствуют классические клинические проявления в дебюте заболевания и отрицательная проба на РФ

Цель. Изучить причины и частоту ошибок в диагностике РА, возможные пути их преодоления на основе анализа работы городского ревматологического отделения.

Результаты и обсуждение. За 2008 год в ревматологическом отделении 2-й городской больницы пролечено 895 человек. Число больных с неправильным диагнозом РА составило 57, или 6,37%. Ошибки были двоякого рода. В 40 случаях диагноз РА направившего учреждения был изменен при обследовании и лечении в условиях стационара. В 20 – диагностирован остеоартроз, в 5 – подагра, в 2 – системная красная волчанка, в 2 – остеохондроз с вертеброгенной люмбоишиалгией, по одному случаю – болезнь Рейно и узловатая эритема 17 больных, которым был диагностирован в стационаре РА, были направлены с другими диагнозами, из них 6 – с остеоартрозом, по 2 – с реактивным артритом и внегоспитальной пневмонией, по одному с анкилозирующим спондиларитом, тромбозом легочной артерии, инфильтратом ягодицы, острым панкреатитом, артериальной гипертензией и вообще без диагноза суставного поражения.

Без дополнительных исследований, применив только критерии Американской ассоциации ревматологов 37 больным удалось поставить правильный диагноз в первые дни стационарного обследования, что подтверждает возможность снижения ошибочных диагнозов на амбулаторном этапе до 2,2 %.

Из этого следует, что наибольшие трудности вызывает дифференциальная диагностика между РА и остеоартрозом разной локализации, подагрой, реактивным артритом. Их можно было бы избежать, если строго руководствоваться критериями Американской ассоциации ревматологов [2,5].

Очень важно выявить семейную предрасположенность к диффузным болезням соединительной ткани (ДБСТ). Можно насчитать около сотни заболеваний, имеющих суставный синдром. Это связано с тем, что синовиальная оболочка высоко реактивна, способна «откликаться» на многие, если не любые изменения в гомеостазе. Своевременной диагностикой РА справедливо считается промежуток времени до 3 месяцев от начала заболевания. Он называется «окно

возможности», и лечение, предпринятое в это время, значительно повышает шансы больного на ремиссию.

Выводы. Частота ошибок в диагностике ревматоидного артрита на догоспитальном этапе превышает 6% от общего числа больных ревматологического профиля и, к сожалению, не может считаться удовлетворительной. Наиболее актуальна дифференциальная диагностика между РА и остеоартрозом различной локализации, подагрой, реактивным артритом. Снижение ошибок в диагностике РА на амбулаторном этапе возможно при использовании диагностических критериев РА, рекомендованных Американской ассоциацией ревматологов.

Литература:

1. Дормидонтов, Е.Н. Ревматоидный артрит / Е.Н. Дормидонтов, Е.И. Коршунов, Б.Н. Фризен. – М. – 1981.
2. Мартусевич, Н. Артрит – «лебединая песня» сустава /Н. Мартусевич – Мед. Вестник – 2008. – № 46.
3. Насонова, В.А. Клиническая ревматология /В.А. Насонова, М.Г. Астапенко. М. – 1989.
4. Насонова, В.А. Ревматоидный артрит / В.А. Насонова, под ред. В. Лайне. – М. – 1983.
5. Огороков, А.Н. Диагностика болезней внутренних органов /А.Н. Огороков. – Витебск. – 1998. – Т. 2.