

ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІКИ ТА
ДІАГНОСТИКИ РЕВМАТОЇДНОГО
АРТРИТУ НА РАННІХ СТАДІЯХ

Ключові слова: ревматоїдний артрит, дебют, серологічний варіант.

Резюме. Проаналізовано особливості дебюту ревматоїдного артриту: провокуючі фактори, «доклінічний» період — характерний симптомокомплекс у проміжку часу до розвитку стійкого суглобового синдрому; особливості залучення різних груп суглобів та розвиток характерних позасуглобових проявів при різних серологічних варіантах ревматоїдного артриту. Проаналізовано своєчасність встановлення правильно-го діагнозу та найбільш характерні помилки у діагностиці.

ВСТУП

Ревматоїдний артрит (РА) — аутоімунне ревматичне захворювання невідомої етіології, що характеризується хронічним ерозивним артритом (синовітом) та системним запальним ураженням внутрішніх органів (Harris E.D. Jr, 1990). РА — основна проблема сучасної ревматології у зв'язку із значним поширенням серед дорослого населення (близько 0,5–2,0%, що становить 50–100 нових випадків захворювання на 100 000 населення на рік). Співвідношення між жінками та чоловіками, які хворіють на РА, становить 2–3:1, при цьому уражаються представники всіх вікових груп, включаючи дітей та осіб похилого віку, однак пік захворюваності припадає на 30–55 років (Gabriel S.E., 2001). Ураження осіб працездатного віку з швидкою інвалідизацією, зменшенням тривалості життя пацієнтів призводить до великої кількості соціальних проблем. Економічні втрати через РА можуть бути зрівняні з витратами на лікування при ішемічній хворобі серця (Callahan L.F., 1998) та пухлинних захворюваннях (Badley E.M., 1995).

РА характеризується непередбачуваним перебігом та різноманітним клінічним проявом. Встановлено, що найбільш висока швидкість наростання рентгенологічних змін у суглобах виявляється протягом перших 2 років захворювання (Combe B. et al., 2001), а в 70% випадків ерозивно-деструктивні зміни виникають у суглобах протягом перших 3–6 міс від дебюту захворювання (Борткевич О.П., 2003), що корелює з несприятливим перебігом процесу.

Різнманіття варіантів дебюту РА (Grassi W. et al., 1998) значно ускладнює точне встановлення діагнозу в перші місяці після появи ознак захворювання. РА, особливо у дебюті, — гетерогенне захворювання, в основі патогенезу якого — складне поєднання вроджених та набутих дефектів імунорегуляторних механізмів. Симптоми раннього РА досить неспецифічні та можуть виникати при різноманітних захворюваннях (Hulselman J.L., Zeidler H., 1999), в тому числі неревматичних. Основним проявом РА є суглобовий синдром, що, як відомо, носить стійкий характер. Проте ураження суглобів на ранній стадії РА може бути нестійким і спонтанно зникати на декілька місяців на фоні безперервного прогресування процесу (Quinn M.A. et al., 2001; van Riel P.L.C.M., Shumacher H.R., 2001).

Мета проведеного нами дослідження — вивчення ранніх проявів РА, а також встановлення і аналіз

особливостей дебюту РА залежно від серологічного варіанта захворювання у пацієнтів з тривалістю процесу до 1 року.

ОБ'ЄКТ І МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

Проведено клініко-лабораторне обстеження 84 пацієнтів з РА, які зверталися за медичною допомогою у Республіканський ревматологічний центр (Київ) протягом 2005–2007 років. Серед обстежених було 65 (77%) жінок та 19 (23%) чоловіків віком від 21 до 69 років (середній вік — 52,18±10,6 року). Групу раннього РА (1-ша група) становили 60 хворих з тривалістю процесу до 1 року (середня тривалість захворювання — 6,4±2,9 міс). У 2-гу групу були включені 24 хворих із тривалістю процесу понад 1 року (середня тривалість — 5,3±3,18 року). Проводили детальний збір анамнезу у всіх пацієнтів, ретроспективний аналіз медичної документації з метою виявлення попередніх провокуючих факторів та динаміки процесу. Огляд пацієнтів відбувався за загальноприйнятою методикою з урахуванням всіх існуючих рекомендацій. Всі пацієнти підлягали комплексному обстеженню, що включало загальний аналіз крові та сечі, біохімічне обстеження (з визначенням загального рівня білка та фракцій, АлАТ, АсАТ, білірубину, лужної фосфатази, сечовини, креатиніну, кількісне визначення С-реактивного протеїну). Залежно від наявності ревматоїдного фактора (РФ) пацієнтів розподілили на дві групи (серопозитивний або серонегативний варіанти РА). Визначення ІgM РФ проводили методом імуоферментного аналізу (ІФА) («Векторбест», Росія) у сироватці крові пацієнтів згідно з інструкцією виробника. Рентгенологічну стадію визначали за класифікацією Steinbroker при стандартній рентгенографії кистей та дистальних відділів стоп у прямій проекції.

З метою виявлення вісцеральних проявів РА пацієнтам проводили рентгенографію органів грудної клітки, ЕКГ, а при необхідності ехоКГ або ультрасонографію органів черевної порожнини.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

З метою уточнення часу встановлення діагнозу у кожного пацієнта на основі даних анамнезу та ретроспективного вивчення документації визначали проміжок від моменту виникнення стійкого суглобового синдрому до моменту звернення за медичною допомогою та часу встановлення діагнозу лікарем з моменту

звернення пацієнта. Нами виявлено, що протягом 1–3 міс захворювання частота встановлення правильного діагнозу становила 17 (20,2%), 4–6 міс — 43 (51,2%), 7–9 міс — 14 (16,7%), 10–12 міс — 10 (11,9%). Таким чином, в середньому час звернення пацієнта за медичною допомогою становив $3,4 \pm 1,3$ міс, а час встановлення діагнозу з моменту звернення — $4,5 \pm 1,4$ міс.

За даними аналізу анамнезу захворювання у 49 (58,3%) виявлено провокуючі фактори, основне місце серед яких посідали респіраторні вірусні інфекції (22,3%).

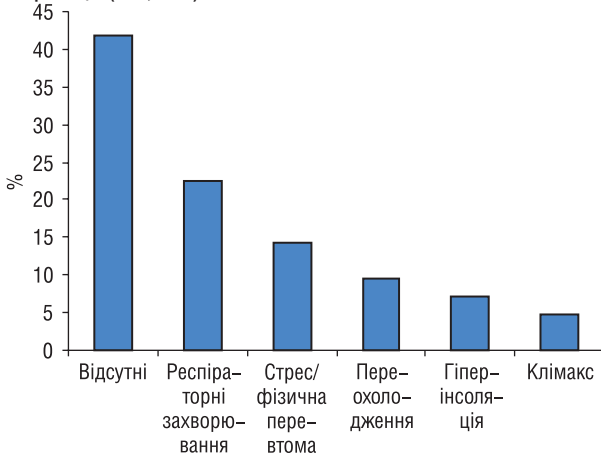


Рис. 1. Частота виявлення провокуючих факторів у дебюті РА

Ретроспективно було проведено аналіз ранніх клінічних проявів (в так званий доклінічний період), що передували розвитку стійкого суглобового синдрому. Серед ранніх проявів (рис. 1 та 2) найчастіше виявляли поліартралгію, підвищену втомлюваність/слабкість, оніміння кистей/стоп.

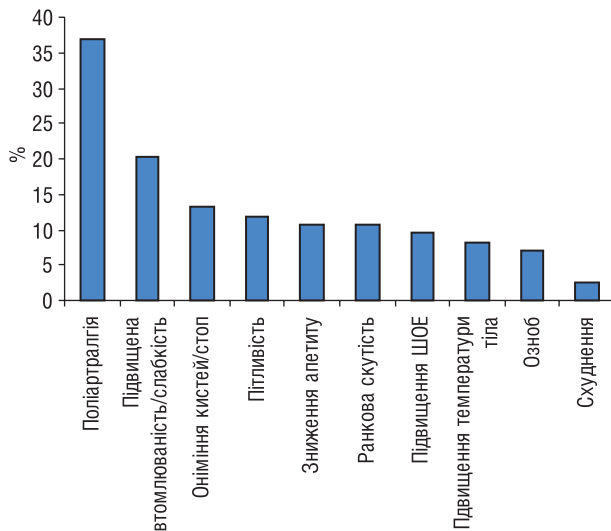


Рис. 2. Частота ранніх клінічних проявів у дебюті РА

Слід відзначити, що у 26 (30,9%) пацієнтів у дебюті РА було декілька із зазначених вище симптомів. При цьому сукупність двох ознак виявлено у 16 (19%), трьох — у 8 (9,5%), чотирьох — у 2 (2,4%). Наявність таких симптомів, як зниження апетиту, підвищена втомлюваність, біль у м'язах, розцінена як неспецифічна і могла свідчити про системний характер початку захворювання.

За даними аналізу анамнезу захворювання виявлено наявність у 50 (59,5%) пацієнтів так званих масок РА (рис. 3), а отже неправильними діагнозами на ранній стадії захворювання були остеоартроз, реактивний артрит, подагра. Наявність «масок» свідчить про складність встановлення діагнозу РА на ранньому етапі і в більшості випадків призводить до його пізнього визначення.

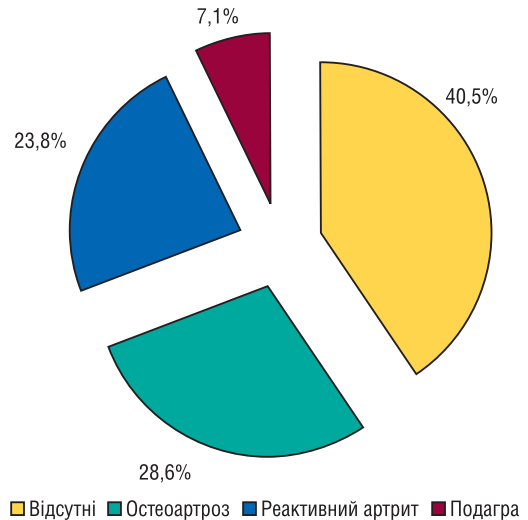


Рис. 3. Частота та структура «масок» РА

«Маску» остеоартрозу виявлено у 24 (28,6%) пацієнтів, переважно осіб старшого віку, яка характеризувалася попередніми артралгіями, початком з моноолігоартриту, з переважним ураженням великих суглобів, з рідким залученням дрібних суглобів кистей, як правило, після фізичного навантаження, з досить частим регресом клінічних проявів на фоні невисокої лабораторної активності.

«Маска» реактивного артрити більше була характерна для осіб молодого віку, частіше чоловічої статі. Відзначали характерний розвиток захворювання зі стійкого чи мігруючого суглобового синдрому з поступовим початком з моноартриту дрібних суглобів стоп чи гомілковостопних суглобів.

Особливістю подагричної «маски» РА був характерний гострий початок переважно після переохолодження з розвитком моноартриту гомілковостопного суглоба чи плюснефалангових суглобів з інтенсивним больовим синдромом та субфебрильною температурою.

Залежно від результату визначення IgM РФ методом ІФА пацієнтів розподілили на дві групи: серопозитивного — 51 (60,7%) та серонегативного варіанта РА — 33 (39,3%) пацієнти. Нами встановлено різницю у особливостях дебюту РА залежно від серологічного варіанта захворювання (таблиця).

За даними аналізу нами виявлено, що серонегативний варіант РА частіше дебютує з монолігартриту, з більш частим ураженням гомілковостопних та ліктьових суглобів, з меншою тривалістю ранкової скутості, більшою частотою провокуючих факторів в анамнезі та з перевагою в клініці таких вісцеральних проявів, як зменшення маси тіла, лихоманка та лімфаденопатія.

В свою чергу серопозитивний варіант має поступовий початок, наявність так званого доклінічного

Таблиця

Особливості дебюту серопозитивного та серонегативного РА

Ознака	Серопозитивний варіант		Серонегативний варіант	
	%	Абс. число	%	Абс. число
Поступовий початок	84,3	43	48,5	16
Наявність провокуючих факторів	52,9	27	66,7	22
«Доклінічний» період	80,4	41	51,5	17
- Монолігоартрит	62,7	32	81,8	27
- Поліартрит	37,3	19	18,2	6
Ураження суглобів у дебюті				
- плечові	29,4	15	9,1	3
- ліктьові	3,9	2	18,1	6
- променевозап'ясткові	17,6	9	15,1	5
- кистей	47	24	12,1	4
- колінні	37,3	19	39,4	13
- гомілковостопні	11,8	6	36,3	12
- стоп	7,8	4	21,2	7
- скроневонижньощелепні	2,0	1	3,0	1
Ранкова скутість				
- відсутня	11,8	6	27,2	9
- >1 години	52,9	27	33,3	11
Позасуглобові прояви				
- аміотрофії	43,1	22	21,2	7
- анемія	19,6	10	15,1	5
- лихоманка	13,7	7	18,1	6
- зниження маси тіла	19,6	10	27,2	9
- ревматоїдні вузлики	11,8	6	6,1	2
- лімфаденопатія	3,9	2	9,1	3

періоду, більш частий розвиток поліартрити, з ураженням плечових суглобів та дрібних суглобів кистей, більшу тривалість ранкової скутості, більшу частоту розвитку таких вісцеральних проявів, як аміотрофія та ревматоїдні вузлики.

ВИСНОВКИ

1. Найбільш частими провокуючими факторами розвитку РА, на думку пацієнтів, були респіраторні захворювання, стрес або фізична перевтома. Частота їх виявлення не залежала від серологічного варіанта РА.

2. «Доклінічний» період більш характерний для розвитку серопозитивного варіанта РА, найбільш частими ознаками якого були поліартралгія, підвищена втомлюваність/слабкість, оніміння кистей і стоп.

3. «Масками» РА, а отже й неправильними діагнозами є остеоартроз, реактивний артрит, рідше подагра, при цьому вони відрізняються в різних вікових групах і потребують врахування на етапі проведення диференційної діагностики суглобового синдрому.

4. Нами виявлено різницю у особливостях дебюту серопозитивного та серонегативного РА (суглобах ураження, тривалості ранкової скутості, позасуглобових проявах), незважаючи на це обидва варіанти належать до одного захворювання, крім того є спостереження щодо можливості переходу однієї форми у іншу. Проблема потребує подальшого вивчення.

5. РА не має патогномонічних клінічних ознак і потребує комплексного лабораторного та інструментального обстеження пацієнтів з раннім артритом з метою своєчасної діагностики та призначення патогенетично обґрунтованого лікування.

ЛІТЕРАТУРА

Бортеквич О.П. (2003) Прогрессирование локальных изменений костной ткани суставов у больных ранним ревматоидным артритом и прогнозирование его течения. Укр. ревматол. журн, 3(13): 62–68.

Badley E.M. (1995) The economic burden of musculoskeletal disorders in Canada is similar to that for cancer, and may be higher. J. Rheumatol., 22: 202–206.

Callahan L.F. (1998) The burden of rheumatoid arthritis: facts and figures. J. Rheumatol., 25(53): 8–12.

Combe B., Dougados M., Goupille P. et al. (2001) Prognostic factors for radiographic damage in early rheumatoid arthritis: multi-parameter prospective study. Arthr. Rheum., 44(8): 1736–1743.

Harris E.D. Jr. (1990) Rheumatoid Arthritis: pathophysiology and implications for therapy. N.Eng. J. Med., 322: 1277–1289.

Hulsemann J.L., Zeidler H. (1999) Diagnostic evaluation of classification criteria for rheumatoid nodules and reactive arthritis in an early synovitis outpatient clinic. Ann. Rheum. Dis., 58(5): 278–280.

Gabriel S.E. (2001) The epidemiology of rheumatoid arthritis. Rheum. Dis. Clin. North. Amer., 27: 269–281.

Grassi W., De Angelis R., Lammanna G., Cervini C. (1998) The clinical features of rheumatoid arthritis. Eur. J. Radiol., May 27 (Suppl 1): S.18–24.

Quinn M.A., Green M.J., Conaghan P.G., Emery P. (2001) How do you diagnose rheumatoid arthritis early? Best Pract. Clin. Rheum., 15(1): 49–66.

van Riel P.L.C.M., Schumacher H.R. (2001) How does one assess early rheumatoid arthritis in daily clinical practice? Best Pract. Clin. Rheum., 15(1): 67–76.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКИ И ДИАГНОСТИКИ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА НА РАННИХ СТАДИЯХ

Ю.В. Белявская

Резюме. Проанализированы особенности дебюта ревматоидного артрита: провоцирующие факторы, «доклинический» период — характерный симптомокомплекс в промежутке времени до развития стойкого суставного синдрома; особенности вовлечения различных групп суставов и развитие характерных внесуставных проявлений при разных серологических вариантах ревматоидного артрита. Проанализированы своевременность установления правильного диагноза и наиболее характерные ошибки диагностики.

Ключові слова: ревматоидный артрит, дебют, серологический вариант.

THE FEATURES OF CLINICS AND DIAGNOSTICS OF RHEUMATOID ARTHRITIS ON EARLY STAGES

Y.V. Biliavska

Summary. The main features of rheumatoid arthritis debut: provocative factors, «pre-clinical» period — specific complex of symptoms during time interval before stable joint syndrome development, and development of extraarticular manifestations in different serological variants of rheumatoid arthritis are analyzed in the article. The timeliness of right diagnosis and frequent diagnostic mistakes are described also.

Key words: rheumatoid arthritis, debut, serological variant.

Адреса для листування:

Білявська Юлія Вікторівна
03680, Київ, МСП, вул. Народного ополчення, 5
Національний науковий центр
«Інститут кардіології ім. М.Д. Стражеска»