

Д. О. Хомец

SCORE NIJMEGEN В ДИАГНОСТИКЕ ПОДАГРЫ

Научный руководитель канд. мед. наук, доц. Э. А. Михневич

1-ая кафедра внутренних болезней,

Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск

D. O. Homets

NIJMEGEN SCORE IN THE DIAGNOSIS OF GOUT

Tutor docent E. A. Mikhnevich

1st Department of internal diseases,

Belarusian State Medical University, Minsk

Резюме. Золотым стандартом в верификации диагноза подагрического артрита (ПА) является выявление кристаллов моноурата натрия (МУН) в синовиальной жидкости или содержимом тофусов, однако осуществить это не всегда представляется возможным, особенно на амбулаторном этапе. Именно для таких ситуаций были предложены диагностические критерии счета Неймеген (NijmegenScore).

Ключевые слова: дебютирующий подагрический артрит, сложности диагностики, NijmegenScore.

Resume. The gold standard in verifying the diagnosis of gouty arthritis (GA) is the detection of crystals of sodium monourate (SMU) in the synovial fluid or tofus contents, however, it's not always possible, especially at the outpatient stage. Exactly for such situations, Nijmegen Score diagnostic criteria have been proposed.

Keywords: debuting gouty arthritis, difficult diagnosis, Nijmegen Score.

Актуальность. Подагра – это системное метаболическое заболевание, характеризующееся гиперурикемией (ГУЕ) и последующим отложением кристаллов моноуратанатрия (МУН) в различных тканях организма с преимущественной локализацией в суставах. Золотым стандартом в верификации диагноза подагрического артрита (ПА) является выявление кристаллов МУН в синовиальной жидкости или содержимом тофусов, но осуществить это не всегда возможно, особенно на амбулаторном этапе. Именно для таких ситуаций были предложены диагностические критерии счета Неймеген (NijmegenScore), которые были разработаны и предложены Н. J. Janssens и коллегами в 2010 году, а усовершенствованы в 2014 году (Рэдбондский Университет, г. Неймеген, Нидерланды).[1]

Цель: изучить эффективность счета Неймеген для диагностики впервые возникшего подагрического артрита (ПА) и сравнить с другими формами артритов.

Задачи:

1. Рассчитать и проанализировать значение счёта Неймеген для трёх отобранных групп пациентов;
2. Провести статистическое сравнение средних значений показателей счёта Неймеген для данных групп пациентов.

Материал и методы. В ретроспективном исследовании было проанализировано и отобрано 234 пациента, госпитализированных в отделение ревматологии 11 ГКБ за период 2014-2018г., с впервые развившимся артритом или впервые в своей жизни обратившимся к врачу по поводу артрита.

Данных пациентов разделили на 3 группы:

1-ая группа (n=66) –пациенты, у которых стационарный диагноз ревматолога «ПА» не совпадал с диагнозом врача амбулаторного звена;

2-ая группа (n=103)–пациенты, амбулаторный диагноз «ПА» которых совпадал с диагнозом ревматолога в стационаре;

3-ья группа (n=65)–пациенты с диагнозами других артритов, которые соответствовали диагнозам 1-ой группы до госпитализации.

Пациенты всех трех групп были сравнимы по возрасту (56 (29-75), 53 (28-67) и 54 (27-75); $p > 0,05$) и полу (муж. 83,3%(n=55), 86,4%(n=89) и 69,2% (n=45); $p > 0,05$).

Каждому пациенту, включенному в исследование, рассчитывалась сумма баллов согласно счету Неймеген, вычислялось среднее значение Me (25%-75%) для каждой группы и проводилось сравнение.

Счёт Неймеген (табл.1) состоит из 7 признаков, каждый из которых оценивается определенным количеством баллов. Сумма баллов (максимально 13 баллов) позволяет сделать заключение о вероятности диагноза ПА у данного пациента: при сумме баллов ≤ 4 (низкий риск ПА)диагноз подагры может быть исключён в 95,0% случаев; если же сумма баллов ≥ 8 (высокий риск ПА)подагра подтверждается в 87,0% случаев, и пациентов рекомендуется вести, как имеющих ПА; в случае суммы баллов между 4 и 8(умеренный риск ПА) диагноз артрита остаётся неясным, и проведение пункции сустава для поиска МУН рассматривается как обязательный компонент диагностического поиска.

Табл. 1. Счёт Неймеген

Параметры	Количество баллов
Мужской пол	2
Атаки в анамнезе	2
Начало атаки в течение 24 часов	0,5
Гиперемия кожи над пораженным суставом	1
Поражение 1 плф сустава	2,5
АГ или ≥ 1 ССЗ	1,5
Урикемия $> 58,8$ мг/л	3,5
Вероятность ПА в зависимости от суммы баллов:	
≤ 4 баллов – Нет подагры	
5-7 баллов – Сомнительная	
≥ 8 баллов – Есть подагра	
Аббревиатуры: плф – плюснефаланговый; АГ – артериальная гипертензия; ССЗ – сердечно-сосудистые заболевания.	

Результаты и их обсуждение. Висследуемую группу вошло 66 пациентов, которые поступили в ревматологический стационар со следующими диагнозами: реактивный артрит – 40,9% (n=27), гонартроз с синовитом – 19,7% (n=13), недифференцированный артрит – 16,7% (n=11), ревматоидный артрит – 13,6% (n=9), бактериальный артрит – 4,5% (n=3), псориатический артрит – 3,0 % (n=2) и острый бурсит – 1 случай.

Проводя анализ параметров счёта Неймеген, количество лиц мужского пола в 1-ой группе было сравнимо с их количеством в группах сравнения 2 и 3 (1 гр. - 83,3%, 2 гр. - 86,4% и 3 гр. - 69,2%, $p > 0,05$). При тщательном сборе анамнеза у пациентов основной группы удалось выявить наличие 1-2-х острых и кратковременных приступов артрита в прошлом (табл. 2), что значительно реже фигурировало в анамнезе пациентов в группе с другими артритами ($\chi^2=76,0$; $p < 0,001$). Что касается вопроса об остроте развития артрита в течение первых суток, как правило, этот вопрос не вызывает затруднений, и в изучаемой группе количество таких случаев также превалировало по сравнению с группой 3 ($\chi^2=75,1$; $p < 0,001$). Поражение первого плюснефалангового сустава в изучаемой группе по своей частоте не отличалось от двух групп сравнения ($p > 0,05$). Гиперемия кожи над поражённым суставом обнаруживалась в одинаковой степени в группах пациентов с ПА, в то время как в 3-ей группе встречалась значительно реже, чем в 1-ой группе ($\chi^2=50,2$; $p < 0,001$). Гиперурикемия (МК > 360 мкмоль/л) среди пациентов исследуемой группы присутствовала у большинства пациентов и не отличалась от группы 2 ($p > 0,05$). В тоже время, гиперурикемия была редко констатирована среди пациентов с другими артритами ($F=0,5$; $p < 0,001$). При анализе коморбидности, включающем наличие АГ либо других сердечно-сосудистых заболеваний, среди пациентов изучаемой группы общее число случаев такой патологии было чаще, чем при других артритах ($\chi^2=12,7$; $p < 0,001$).

Табл. 2. Распределение пациентов исследуемых групп по признакам счёта Неймеген, %(абс.)

Параметры счёта Неймеген	Группа 1 (n=66)	Группа 2 (n=103)	Группа 3 (n=65)
Мужской пол	83,3 (55)	86,4 (89)	69,2 (45)
Атаки в анамнезе	81,8 (54)	81,5 (84)	6,15 (4)*
Развитие атаки в течение 24 часов	84,8 (56)	93,2 (96)	9,2 (6)*
Гиперемия кожи над суставом	83,3 (55)	93,2 (96)	21,5 (14)*
Поражение 1 плф	24,2 (16)	38,8 (40)	12,3 (8)
АГ или ≥ 1 ССЗ	80,3 (53)	76,7 (79)	50,8 (33)*
Урикемия $> 58,8$ мг/л	95,4 (63)	89,3 (92)	23 (15)*

Аббревиатуры: плф – плюснефаланговый; АГ – артериальная гипертензия; ССЗ – сердечно-сосудистые заболевания; * - наличие статистически значимой разницы между 1 и 3 группами ($p < 0,05$).

При подсчёте суммы баллов шкалы Неймеген медиана у пациентов 1-ой группы составила 10,5 (8,5-10,5), 2-ой группы – 10,5 (8,5-11,5), 3-ей группы – 3,5 (1,5-5); ($N = 117,4$; $p < 0,001$). Различий значений показателей исследуемой группы и группы 2 не было выявлено ($p > 0,05$).

Количество случаев с баллами счёта Неймеген ≥ 8 доминировало в 1-ой ($\chi^2=83,39$; $p < 0,001$) и во 2-ой ($\chi^2=114,6$; $p < 0,001$) группах по сравнению с 3-ей группой (табл.3). Счёт Неймеген позволил предсказать диагноз подагры в 86,4% случаях в группе 2, в 81,8% случае в основной, и только в 7,7% случаях среди пациентов группы 3.

Табл. 3. Распределение пациентов исследуемых групп по итоговой сумме баллов согласно счёту Неймеген, %(абс.)

Итоговая сумма баллов	1 группа (n=66)	2 группа (n=103)	3 группа (n=65)
≤ 4 баллов	1,5% (1)	0,97% (1)	69,2% (45)
5-7 баллов	16,7%(11)	12,6%(13)	23,1%(15)
≥8 баллов	81,8%(54)	86,4%(89)	7,7%(5)

Выводы:

1 Счёт Неймеген позволяет даже в случаях впервые развившегося ПА с нехарактерным для него течением предсказать диагноз в 81,8%случаях.

2 При ПА с классическим течением этот показатель составил 86,4% случаев и не отличался статистически; при других формах артритов -7,7%случаев.

3 Счёт Неймеген может быть полезен для широкого использования врачами, особенно первичного звена, для возможности быстро сориентироваться в диагнозе при впервые возникшем артрите, когда не представляется возможным идентифицировать кристаллы МУН, подтверждающие диагноз, а противовоспалительное лечение должно быть незамедлительно назначено с учётом острых болей.

Литература

1. Janssens H. J. M. et al. A diagnostic rule for acute gouty arthritis in primary care without joint fluid analysis. Arch Intern Med. 2010;12(170): 1120-26.