



# Как избежать врачебных ошибок

## I Школа клинициста I

И.И. Князькова, д.м.н., доцент кафедры внутренней медицины № 1 и клинической фармакологии Харьковского национального медицинского университета, Л.В. Шаповалова, заведующая ревматологическим отделением Харьковской городской больницы № 28

## Суставной синдром: диагностика ревматоидного артрита

**Ревматоидный артрит (РА) – наиболее частое воспалительное заболевание суставов, распространенность которого в популяции составляет около 1%. Характерная черта РА – прогрессирующее поражение суставов (постоянные боли, деформация, нарушение функции) и внутренних органов, приводящее к инвалидизации: за 20 лет болезни до 90% пациентов в большей или меньшей степени утрачивают трудоспособность, треть больных становятся инвалидами [1, 2].**

К основным причинам формирования инвалидизирующих суставных деформаций у больных ювенильным идиопатическим артритом относят неадекватность медикаментозной терапии и отсутствие функционального лечения на ранних этапах заболевания. В представляемом клиническом случае диагноз своевременно был распознан, однако отсутствие комплаенса со стороны пациентки привело к серьезным последствиям.

### Клинический случай

**Больная К. 23 лет** поступила в ревматологическое отделение больницы № 28 г. Харькова с жалобами на боли в суставах кистей, лучезапястных, коленных, стоп, левом голеностопном суставе; воспалительный ритм болей, утреннюю скованность в суставах, деформации; отечность и ограничение движений в суставах, общую слабость. Болеет с 16 лет, когда появились боли в суставах кистей и лучезапястных; внутрисуставно вводился триамцинолон, что обеспечило временное улучшение. Был установлен диагноз ювенильного ревматоидного артрита. Из рекомендованной терапии до момента поступления в стационар пациентка постоянно принимала только нестероидные противовоспалительные препараты. Постепенно присоединились боли в локтевых, коленных, левом голеностопном суставе, стопах; 3 года назад появилась контрактура правого локтевого сустава, пациентка стала прихрамывать при ходьбе.

**Объективно при поступлении.** Состояние средней тяжести, обусловленное суставным синдромом. Рост 165 см, вес 46 кг. Кожные покровы и видимые слизистые бледные. Аускультативно в легких везикулярное дыхание. Границы относительной сердечной тупости не расширены. Деятельность сердца ритмичная, тоны звучные. АД 110/70 мм рт. ст., ЧСС 68/мин. Живот мягкий, безболезненный. Печень у края реберной дуги по правой среднеключичной линии. Селезенка не увеличена. Стул и диурез в норме. Отечность и деформация проксимальных межфаланговых суставов кистей, пястнофаланговых, лучезапястных,

коленных, голеностопных, стоп; болезненность при пальпации в указанных и локтевых суставах. Гипотрофия мышц конечностей, сила мышц снижена до 3 баллов. Сгибательная контрактура правого локтевого сустава, сжатие кистей в кулак: левой – 70%, правой – 95%; анкилоз левого лучезапястного сустава, сгибание в правом – <10°, разгибание – <10°. Кисты Беккера с обеих сторон. При ходьбе прихрамывает.

**Данные дополнительных методов исследования.** В крови при поступлении: гипохромная анемия (эритроциты  $4,0 \times 10^{12}/л$ , гемоглобин 111 г/л, ЦП 0,87), СОЭ 40 мм/ч, С-реактивный белок <6 ед/мл (отрицательный), ревматоидный фактор <12 МЕ/мл (отрицательный), церулоплазмин 0,58, антистрептолизин-О <250 ед/мл (отрицательный), фосфор неорганический 1,56, кальций 2,38 ммоль/л. Обнаружены LE-клетки – единичные в препаратах. Гематоксилиновые тела и розетки не обнаружены. Исследования на хламидиоз, микоплазмоз, уреплазмоз методом ПЦР и ИФА – отрицательный результат. Антитела к нативной и денатурированной ДНК, антиядерные антитела – отрицательный результат. Антитела к модифицированному цитруллинированному виментину (анти-МЦВ) 17,37 ед/мл (норма – до 50,0 ед/мл). HLA-B-27 не обнаружен.

Рентгенограмма кистей в прямой проекции: остеопороз эпиметафизов костей кистей, предплечий. Узурация замыкательных пластин лучезапястных суставов, головки II пястной кости правой кисти. Суставные щели лучезапястных суставов сужены. Заключение: ревматоидный артрит II-III ст.

Компьютерная томография лучезапястных суставов: смежные замыкательные пластинки суставообразующих костей лучезапястных и межзапястных суставов склерозированы, узурированы; в субхондральных отделах отмечаются умеренно выраженные явления кистовидной перестройки. Суставные щели лучезапястных и межзапястных суставов деформированы, неравномерно сужены. Суставные капсулы

не утолщены, полости суставов без патологического содержимого. Небольшие краевые костные разрастания суставообразующих костей. Параартикулярные мягкие ткани структурны, без патологических изменений, в объеме не увеличены.

Рентгенограмма локтевых суставов в 2 проекциях: резкое сужение правой суставной щели, субхондральный склероз, краевые костные разрастания. Мягкие ткани повышенной интенсивности. Левый локтевой сустав без особенностей.

С учетом перечисленных данных был установлен **клинический диагноз**: ревматоидный артрит, серонегативный, с наличием LE-клеток, активная фаза, активность I ст. с поражением суставов кистей (НФС I ст.), лучезапястных (НФС II ст.), локтевых суставов с наличием сгибательных контрактур, голеностопных и мелких суставов стоп (НФС I ст.), Ro-изменения III ст.

В стационаре назначено: метотрексат 10 мг в/м 1 р/нед, фолиевая кислота 5 мг 1 р/нед через день после введения метотрексата, дексаметазон 20 мг/сут, рабепразол 20 мг 1 р/сут, кальцеин по 1 таблетке 2 р/сут, реосорбид, актовегин, физиотерапия, лечебная физкультура. На фоне терапии уменьшились боли и отечность в суставах, увеличился объем движений в них, снизилась активность процесса со II ст. до I ст. Пациентка выписана из стационара под наблюдение ревматолога по месту жительства.

### Обсуждение

Данный клинический случай демонстрирует быстро развивающиеся деструктивные изменения в суставах и важность своевременной диагностики и направления пациента к ревматологу при подозрении на РА, поскольку лечение таких больных проводит врач именно этой специальности.

В последние годы доказано, что изменить отдаленные исходы РА реально возможно только на самых ранних этапах заболевания [3], поэтому крайне важным является активное выявление этого заболевания



Л.В. Шаповалова

на поликлиническом этапе врачами общей практики и направление на консультацию к ревматологу. С этой целью экспертами Европейской лиги по борьбе с ревматизмом (EULAR) [4] и Американской коллегии ревматологов (ACR) разработан алгоритм выявления пациентов с ранним РА на поликлиническом этапе:

- наличие 3 и более припухших суставов;
- вовлечение пястно- и плюснефаланговых суставов (положительные симптомы «сжатия»);
- утренняя скованность ≥30 мин.

Однако подозревать РА следует даже у больных с 1-2 припухшими суставами, поскольку начало болезни возможно с моно- и олигоартрита [5].

В качестве диагностического признака раннего РА, а также показателя активности болезни предлагается учитывать длительность утренней скованности более 30 мин. При этом длительность утренней скованности более 60 мин на протяжении 6 нед является диагностическим критерием достоверного РА. При невоспалительных заболеваниях суставов данный показатель не должен превышать 30 мин [6].

При осмотре пациентов следует оценить тест «сжатия» пястно- и плюснефаланговых суставов, положительные результаты которого (сгибательная контрактура пальцев; невозможность сжатия кисти в кулак) отражают наличие воспаления суставов.

Следует отметить, что быстрое прогрессирование поражения суставов более вероятно при наличии высоких титров ревматоидного фактора (РФ), увеличении СОЭ и содержания С-реактивного белка. Однако, поскольку эти показатели на очень ранней стадии болезни часто находятся в пределах нормы, отрицательные результаты лабораторных тестов не исключают диагноз РА, как и необходимость направления пациента на консультацию к ревматологу [7].

Для ранней диагностики воспалительных заболеваний суставов применяются [6]:

- классификационные критерии, основанные на тщательном клиническом исследовании;
- иммунологические тесты – определение РФ, антицитруллиновых антител, в частности антител к циклическому цитруллинированному пептиду (АЦЦП) и др.;
- инструментальные методы (рентгенография, магнитно-резонансная

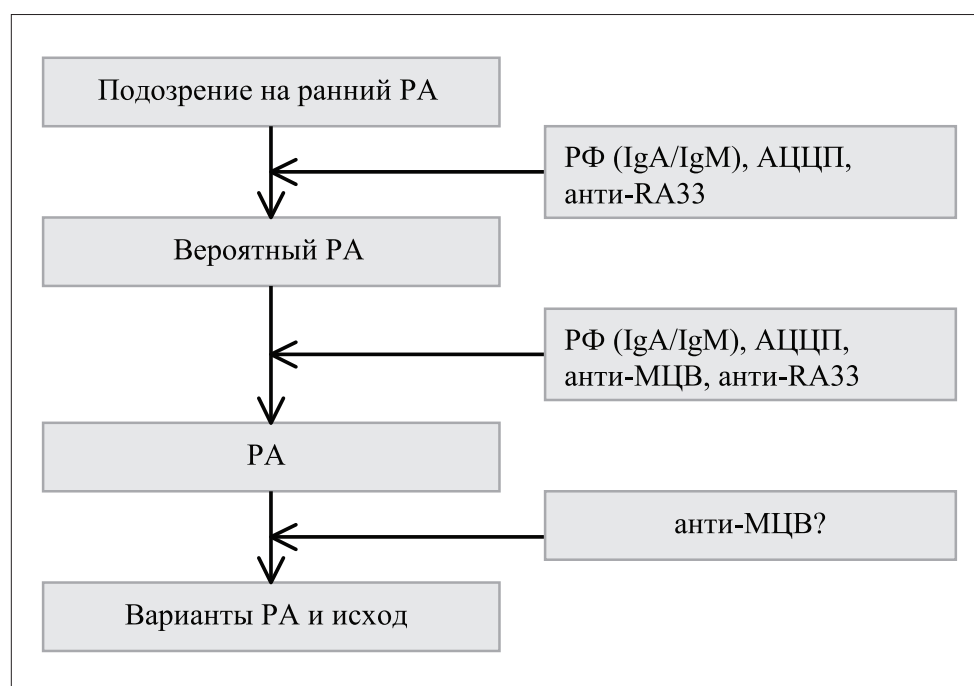


Рис. Алгоритм иммунологической диагностики РА, основанный на повторном определении РФ, АЦЦП, анти-MCV, анти-RA33 в динамике (E. Feist et al., 2007)

томография, ультразвуковое исследование суставов кистей);

- иммуногенетические исследования (типирование определенных человеческих лейкоцитарных антигенов — HLA);

- в ряде случаев с целью дифференциальной диагностики, особенно при олигоартрите крупных суставов, важнейшее значение могут иметь артроскопия и биопсия синовиальной оболочки.

Среди иммунологических методов наиболее важным является определение АЦЦП. Этот метод в настоящее время практически стал вторым стандартным иммунологическим тестом (первый — определение РФ) для диагностики РА [2]. Специфичность АЦЦП для РА составляет 75-90%, чувствительность на ранней стадии болезни — 75% [8]. Особенно важно определение АЦЦП у серонегативных по РФ больных.

Из современных методик иммунологической диагностики РА следует отметить определение:

- антицитруллиновых антител (АЦЦП-2, АЦЦП-3; анти-МЦВ; антител к цитруллинированной  $\alpha$ -энолазе, антител к цитруллинированному коллагену II типа; антител к цитруллинированному фибриногену);

- антител к RA33 — гетерогенному ядерному нуклеопротейну A2 (hnRNP-A2).

Предложен алгоритм иммунологической диагностики РА [9], основанный на повторном определении РФ, АЦЦП, анти-МЦВ, анти-RA33 (рис.).

Рекомендации EULAR (2007) [10] по диагностике и ведению пациентов с ранним артритом кратко можно суммировать следующим образом.

1. Артрит характеризуется припухлостью сустава, сопровождающейся болью и скованностью. Пациент с артритом более чем одного сустава должен быть осмотрен ревматологом в течение 6 нед с момента появления симптоматики.

2. Основным методом выявления синовиита является клиническое исследование. В сложных случаях полезно использование ультразвукового и лазер-доплеровского исследований, магнитно-резонансной томографии.

3. Исключение других заболеваний (не РА) требует тщательного опроса и клинического осмотра больного, а также проведения как минимум следующих тестов: развернутого общего анализа крови, общего анализа мочи, определения содержания трансаминазы, антинуклеарных антител.

4. У каждого пациента с ранним артритом, направленного к ревматологу, должны быть определены следующие факторы развития персистирующего эрозивного артрита:

- число припухших и болезненных суставов;
- СОЭ или С-реактивный белок;
- РФ и АЦЦП;
- эрозии на рентгенограммах.

5. Больному с риском развития персистирующего эрозивного артрита даже в случае несоответствия классификационным критериям РА как можно раньше должна быть назначена базисная терапия.

6. Важно информировать пациента о болезни, лечении и исходе. Как дополнительное средство может быть проведена специальная образовательная программа.

7. Назначение нестероидных противовоспалительных препаратов должно быть рассмотрено при наличии симптомов артрита после оценки состояния желудочно-кишечного тракта, сердечно-сосудистой системы и почек.

8. Системное лечение глюкокортикоидами уменьшает боль и припухлость и должно быть рассмотрено в качестве дополнительной (преимущественно временной) терапии как часть стратегии базисного лечения. Внутрисуставное введение

глюкокортикоидов должно быть рассмотрено как средство купирования локальных симптомов воспаления.

9. Метотрексат рассматривается как основной препарат среди базисных противовоспалительных средств и у пациентов с риском развития персистирующего заболевания должен назначаться в первую очередь.

10. Основная цель терапии РА — достижение ремиссии. Регулярный мониторинг активности болезни и побочных эффектов должен приводить к принятию решений по выбору и изменению терапии (базисных противовоспалительных и генно-инженерных биологических препаратов).

11. Нефармакологические методы (лечебная физкультура, физиотерапия) могут использоваться как дополнение к лекарственной терапии.

12. Мониторинг активности болезни должен включать число припухших и болезненных суставов, оценку общего состояния пациента и врачом, показателей СОЭ и С-реактивного белка. Активность болезни должна оцениваться с интервалом в 1-3 мес до развития ремиссии. Структурные повреждения должны оцениваться по рентгенограммам кистей и стоп каждые 6-12 мес в течение первых нескольких лет болезни. Оценка функции может быть добавлена к мониторингу активности и структурных повреждений.

В данном клиническом случае диагноз ювенильного ревматоидного артрита был поставлен своевременно, однако пациентка не попала к ревматологу по месту жительства и вообще не получала базисных препаратов (со слов больной, их отменила мама). Можно предположить, что обучение пациентки и ее родственников (с объяснением целей терапии, необходимости длительного лечения, проведения мониторинга переносимости препаратов, постоянного контроля степени подавления активности и прогрессирования болезни с объективной оценкой количественной выраженности суставного синдрома и деструктивных изменений в суставах) не проводилось либо, учитывая возраст дебюта заболевания, было неубедительным.

Таким образом, в последние годы достигнуты существенные успехи в диагностике РА. Практическое использование представленных рекомендаций будет способствовать внедрению концепции «ранняя диагностика — ранняя терапия», что позволит достигнуть существенного снижения активности заболевания и в целом улучшить прогноз у многих пациентов.

## Литература

1. Коваленко В.Н., Шуба Н.М., Шолохова Л.Б., Бортевич О.П. Ревматоидный артрит. Диагностика и лечение. — К.: Морион, 2001. — 272 с.
2. Насонов Е.Л. Ревматология. Клинические рекомендации. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. — 288 с.
3. Насонов Е.Л. Почему необходима ранняя диагностика и лечение ревматоидного артрита? // Рус. мед. журнал. — 2002. — № 22. — С. 1009-1101.
4. Emery P, Breedveld F.C., Dougados M. et al. Early referral recommendation for newly diagnosed rheumatoid arthritis: evidence based development of a clinical guide // Ann. Rheum. Dis., 2002. Vol. 61, No. 4., p. 290-297.
5. Каратеев Д.Е., Лучихина Е.Л., Тогизбаев Г. Современные принципы ведения больных ранним артритом // Рус. мед. журнал. — 2008.
6. Насонов Е.Л., Каратеев Д.Е. Ревматоидный артрит. Ревматология. Национальное руководство / Под ред. Е.Л.Насонова, В.А.Насоновой. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. — 852 с.
7. Насонов Е.Л. Ревматоидный артрит как общемедицинская проблема. // Тер. архив. — 2004. — № 5. — С. 5-7.
8. Александрова Е.Н., Чемерис Н.А., Каратеев Д.Е. и соавт. Антитела к циклическому цитруллинированному пептиду при ревматоидном артрите // Тер. архив. — 2004. — № 12. — С. 64-68.
9. Feist E., Egerer K., Burmester G.R. Autoantibody profile in rheumatoid arthritis // Z Rheumatol. 2007. — Vol. 66 (3): 212-214, 216-218.
10. Combe B., Landewe R., Lukas C. et al. EULAR recommendations for the management of early arthritis: report of task force of the European Standing Committee for International Clinical Studies Including Therapeutics (ESCI-SIT) // Ann. Rheum. Dis. — 2007. — Vol. 66. — N 1. — P. 34-45.



## ЮРИДИЧЕСКАЯ КОНСУЛЬТАЦИЯ

### Отношения «врач—пациент» в правовом поле

Консультирует юрист, автор тренинговых программ по защите прав пациентов, президент общественной организации «Всеукраинский диабетический центр» Людмила Солоп



#### О переливании крови

«Спасая жизнь пациенту, пострадавшему в ДТП и находящемуся без сознания, я провел переливание крови. На следующее утро в отделение прибыли его родственники — адепты религиозной секты свидетелей Иеговы, которые заявили, что переливание крови, по их канонам, — смертный грех и я нарушил свободу вероисповедания их собрата. Эти люди угрожают мне уголовной ответственностью. Виновен ли я с точки зрения закона?»

Владимир, врач-реаниматолог, г. Киев

— Согласно ч. 2 и 4 ст. 43 Закона Украины «Основы законодательства України про охорону здоров'я» (далее — Основы), если пациент находился без сознания и рядом с ним не было уполномоченных законом лиц, которые могли бы предоставить информацию о его отказе от медицинской помощи, медработник должен изучить имеющуюся в наличии документацию. Отметки о принципиальном отказе от переливания крови, как правило, ставятся в медицинской карте или в паспорте. Если в документах никаких замечаний по этому поводу нет, а на руке пострадавшего отсутствует браслет с надписью: «Кровь не переливать», врач, спасая жизнь пациента, должен поступить так, как предписывает его профессиональный долг, и действовать согласно медицинским предписаниям. В этом случае перед законом за факт переливания крови вы не отвечаете, поскольку не имели альтернативной информации и, главное, не могли ее получить.

#### О предоставлении информации

«Ко мне обратился работник прокуратуры с требованием предоставить всю информацию о болезни моего пациента, курсе лечения и сроках, когда он находился в стационаре. Обязана ли я предоставлять эту конфиденциальную информацию и в каком объеме?»

Клавдия, хирург, г. Ялта

— Согласно ст. 8 Закона Украины «Про прокуратуру», а также ст. 40 Основ, вы обязаны предоставлять требуемую информацию о пациенте в случае, если вам предоставлено письменное требование прокурора с указанием объема требуемой информации и причин ее истребования (например, сроки нахождения пациента в стационаре необходимы для подтверждения его алиби). Такое требование должно быть оформлено на официальном бланке прокуратуры с указанием правовой и обстоятельственной причины и быть скреплено подписью и мокрой печатью. Вы имеете право не оглашать больший объем информации, чем тот, который указан в запросе. Если прокурору нужны только сроки стационарного лечения, вы правомочны не указывать, к примеру, диагноз и назначенное лечение, а также текущее состояние здоровья пациента. Ответ на такой запрос необходимо предоставить в кратчайшие сроки, но не более месяца, а при необходимости сбора дополнительной информации — до 45 дней. Если же это была устная просьба и вам не известна правовая причина запроса, вы в праве отказать даже прокурору.

#### О выборе лечения

«Моей 11-летней дочери поставили диагноз «рак поджелудочной железы». Врач порекомендовал химиотерапию, предупредив о вероятных побочных эффектах

лечения. Мой муж категорически против того, чтобы дочь лечил этим методом, а без его согласия начать лечение невозможно. Как быть, ведь ребенку становится все хуже?»

Ольга Донцева, г. Солотвино Донецкой области

— Действительно, согласно ст. 43 Основ, обязательное условие для любого медицинского вмешательства — согласие самого пациента, если он достиг 14 лет, или его законных представителей (родителей, усыновителей, опекунов, попечителей), если ребенок младше 14 лет. В данном случае родители воспитывают ребенка вместе, и поэтому решение о медицинском вмешательстве принимают сообща. Если мнения разделяются, законом предусмотрено право врача или одного из родителей письменно обратиться в орган опеки и попечительства по месту жительства с просьбой предоставить решение о проведении химиотерапии без согласия одного из родителей, если это в интересах жизни ребенка. Письменный ответ должен быть предоставлен в срок не позднее 45 дней.

#### О компенсации ущерба

«Я обратился по рекомендации в стоматологическую клинику к профессору, который пролечил мне зубы и поставил коронки. Через месяц коронки выпали. Несколько зубов воспалилось. Как мне получить материальную компенсацию, если медицинскую карточку на меня не заводили и чеков об оплате нет — я платил непосредственно врачу?»

Виктор Ященко, г. Львов

Согласно правилам главы 82 Гражданского кодекса Украины, для того чтобы клиника возместила ваши материальные затраты, необходимо установить четыре факта: наличие вреда для здоровья или имущества; ненадлежащие действия врача, которые вызвали ухудшение состояния здоровья; взаимосвязь между нанесенным вредом и действиями врача, а также вину (умысел или неосторожность) этого лица. Все эти элементы нужно подкрепить доказательствами, а главное, медицинской документацией.

Что касается материального ущерба, должны быть документы об оплате услуг: чеки, квитанции, гарантийный талон, в котором указаны объем медицинского вмешательства и время его проведения. Если такие документы есть, можно обратиться к юристу, чтобы тот подготовил претензию к врачу с предложением решить вопрос в досудебном порядке, компенсировать материальный ущерб. Второй вариант — обращение непосредственно в суд, при этом проводится судебно-медицинская экспертиза или, если этого достаточно, медкомиссия, которые установят правомерность действий врача (ведь негативные последствия для здоровья могут наступить и без вины медработника). Если вы не позаботились о таких документах, получить материальную компенсацию невозможно, так как, согласно ст. 131 Гражданского процессуального кодекса Украины, каждая сторона спора обязана доказать те обстоятельства, на которые она ссылается. Срока давности для обращения в суд по данной категории дел нет.

Подготовила **Виктория Куриленко**

Уважаемые читатели! Свои вопросы в рубрику «Юридическая консультация» отправляйте по адресу: [zu@health-ua.com](mailto:zu@health-ua.com).