

сенный пациентом материальный и моральный вред.

Таким образом, факторами, способствующими проигрышной позиции ЛПУ при судебном процессе в рамках исковых заявлений, связанных с оказанием бесплатной медицинской помощи, являются: ненадлежащее ведение медицинской документации и невыполнение

требований стандартов лечения. При исках по качеству платных медицинских услуг в травматологии, таковыми являются отсутствие использования в практике договора присоединения на оказание платных медицинских услуг и ненадлежащее ведение медицинской документации.

ЛИТЕРАТУРА

1. <http://medlaw.omsk.ru/www/medlaw.nsf/41640eff4f199d3ac625728e00270d78/d433a54b16f8c3ebc52572bf00342c9e?OpenDocument>
2. http://www.sudinform.ru/asi.aspx?cat_id=239&d_no=1111
3. Закон РВ «О защите прав потребителей» (в ред. ФЗ № 193-ФЗ от 25.11.2006) // Ведомости СНД и ВС РФ. - 09.04.1992. - Ст. 766.

Адрес для переписки:

664003 г. Иркутск, ул. Красного Восстания, 1, ИГМУ, Кафедра судебной медицины с основами правоведения, доценту Воропаеву Артему Валерьевичу.

ХРОНИКА, ИНФОРМАЦИЯ

© ЧЕРНЫХ С.Ю., КАЛЯГИН А.Н. – 2008

ЕЖЕГОДНАЯ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ «РАННИЕ СТАДИИ РЕВМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ» (5-7 НОЯБРЯ 2008, МОСКВА)

С.Ю. Черных, А.Н. Калягин

(Иркутский государственный медицинский университет, ректор — д.м.н., проф. И.В. Малов, кафедра пропедевтики внутренних болезней, зав. — д.м.н., проф. Ю.А. Горяев; Клиническая больница №1 г. Иркутска, гл. врач — Л.А. Павлюк)

ANNUAL SCIENTIFIC & PRACTICAL CONFERENCE «EARLY STAGES OF RHEUMATIC DISEASES» (NOVEMBER, 5-7, 2008, MOSCOW)

S.Yu. Chernikh, A.N. Kalyagin

(Irkutsk State Medical University, Irkutsk Municipal Clinical Hospital №1)

Ежегодная научно-практическая конференция «Ранние стадии ревматических заболеваний» собрала в стенах Института ревматологии РАМН ревматологов из различных уголков России, стран ближнего и дальнего зарубежья. На торжественном открытии конференции директор Института ревматологии РАМН, академик РАМН Е.Л. Насонов поздравил коллег-сотрудников с 50-летием со дня открытия Института ревматизма Минздрава РСФСР (ныне — ГУ Института ревматологии РАМН) и вручил им памятные подарки. К золотому юбилею института были выпущены 5 журналов «Научно-практическая ревматология» с приложениями, памятный значок, диск «Институт ревматологии РАМН — 50 (1958-2008)», сборник материалов об институте, подготовлен исторический фотостенд. Приятно было отметить, что на диске с фильмом представлена фотография, отражающая тесное сотрудничество кафедры пропедевтики внутренних болезней Иркутского государственного медицинского университета и Института ревматологии РАМН, на которой изображен профессор Ю.А. Горяев.

Работа конференции началась с пленарного заседания «Ранний артрит — результаты исследований по программе РАДИКАЛ», где были представлены доклады Д.Е. Каратеева, И.А. Гусевой, Е.Ю. Погожевой, Е.Л. Лучихиной, Е.В. Федоренко и Е.С. Поздняковой. Было отмечено, что целесообразно выделять очень ранний ревматоидный артрит (РА) — в первые 3 месяца от появления симптоматики, ранний РА (ранний установившийся РА) — в первые 1-2 года

болезни, когда можно определить первые признаки прогрессирования болезни, недифференцированный артрит — воспалительное поражение суставов, которое не соответствует клинической картине какого-либо конкретного заболевания. В исследовании РАДИКАЛ, выполненном на 366 больных с ранним артритом, диагноз РА в дебюте был выставлен в 57,9%, а через 1 год наблюдения — в 69,9%, недифференцированного артрита — в 36,4% и 19,2%, не-РА — 5,7% и 10,9%. Выявлены клинические особенности раннего РА: 1) только в 50-60% случаев дебютирует с типичной клинической картины, 2) примерно у 1/3 больных с картиной воспалительного заболевания суставов наблюдается недифференцированный артрит, 3) у больных с недифференцированным артритом РА развивается более чем в 30% случаев в течение 1 года наблюдения.

Отмечено, что для нужд ранней диагностики целесообразно использование: 1) новых иммунологических методов: антицитруллинированные антитела (АЦЦП-2, АЦЦП-3, антитела к цитруллинированному виментину, антитела к цитруллинированному фибриногену, антитела к цитруллинированной а-энолазе, антитела к цитруллинированному коллагену II типа), антитела к RA33 — гетерогенному ядерному нуклеотиду A2 (hnRNP-A2); 2) методы иммуногенетики (SE+/SE *0401/*0401-генотип); 3) выявление ранних структурных изменений в суставах (МРТ, КТ, УЗИ). Установлено, что антитела к цитруллинированному пептиду (АЦЦП) более специфичны в диагностике РА, чем ревматоидный фактор, входящий в диагностические кри-

терии РА (ACR, 1984). Специфичность положительного ревматоидного фактора – 74,1%, АЦЦП – 80,9%, сочетания ревматоидного фактора и АЦЦП – 93,6%. Метод МРТ позволяет объективизировать синовит, выявлять ранние эрозивные и преэрозивные изменения (отек костного мозга, повреждение хряща), патологию сухожилий, проводить дифференциальную диагностики периартикулярных поражений, определять прогноз функционального состояния больных. Новые технологии визуализации превосходят обычную рентгенографию в выявлении эрозивных изменений.

Подчеркнуты существенные преимущества проведения лечения больных с ранним артритом генноинженерными препаратами, к числу которых относится инфликсимаб. При анализе лечения 45 больных РА в реальной клинической практике продемонстрировано, что препарат обладает высокой эффективностью и хорошей переносимостью, на его фоне часто развивается ремиссия и выявляется отсутствие рентгенологического прогрессирования.

В сообщении С.О. Салугиной обсуждалась группа ювенильных артритов как гетерогенной группы заболеваний. Окончательная их верификация на ранних сроках затруд-

нена и отсрочена по времени, что нередко влияет на выбор терапевтической тактики. Показано, что адекватная комплексная терапия ювенильного артрита приводит у большинства детей к стабилизации патологического процесса или наступлению ремиссии уже в первые месяцы от начала заболевания, при этом лучший прогноз имеют дети с олигоартритом. При увеличении длительности болезни наибольшие трудности вызывает полиартрикулярный вариант ювенильного артрита, при котором, не смотря на применение стандартных базисных противовоспалительных препаратов, процесс рецидивирует. Больные с полиарти-

кулярным вариантом нуждаются в раннем назначении современных базисных препаратов, включая генноинженерные антитела к провоспалительным цитокинам. Существенную роль в прогнозировании динамики болезни при полиартрите имеет уровень АЦЦП.

В лекции профессор R. van Vollenhoven (Каролинский госпиталь, Каролинский университет, Швеция) представлены современные подходы к анти-В-клеточной терапии в ведении больных РА и СКВ. Им было отмечено, что на протяжении долгих лет роль В-лимфоцитов в развитии РА отрицалась, но в 1999 г. проф. Д. Эдвардс использовал ее у 5 больных с положительным эффектом. С тех пор началась эра анти-В-клеточной терапии. На сегодня на больных массивах продемонстрировано, что препарат ритуксимаб оказывает существенных позитивный эффект при РА, при этом происходит уменьшение уровня В-клеток, но практически не снижается уровень антиинфекционных антител. Только значительное снижение уровня IgG сопровождается незначительным повышением количества инфекционных заболеваний. В последнее время началось применение ритуксимаба при СКВ, особенно с поражением почек. Эффективность при других системных проявлениях СКВ на сегодня нуждается в доказательстве. В сообщении проф. С.К. Соловьева был доложен российский опыт применения ритуксимаба при СКВ. Была предложена оригинальная схема терапии по 500 мг ритуксимаба еженедельно 4 раза, до введения пре-

парата использовался метипред в дозе 250 мг, а после – циклофосфан в дозе до 1000 мг внутривенно капельно. Методика использования ритуксимаба позволяла более эффективно справляться с люпус-нефритом и другими системными проявлениями СКВ.

В докладе академика РАМН Е.Л. Насонова были представлены результаты первых исследований по новому генноинженерному препарату – тоцализумаб, представляющему собой антитела к интерлейкину-6. Он может применяться при широком спектре ревматических заболеваний.

В лекции профессор J. Sieger обсуждались вопросы ранней диагностики и лечения анкилозирующего спондилоартрита (АС). Было подчеркнуто, что распространенность АС немного отстает от РА и составляет 0,5% от всего населения, половое соотношение – мужчины : женщины = 2:1 (в прежние годы предполагалось, что доля мужчин больше). Первые симптомы болезни появляются в 20-30 лет, а большие признаки – через 5-7 лет, а к 40 годам 90% больных имеют выраженные симптомы. В настоящее время международной группой ASAS разработаны новые критерии диагноза (рис. 1). Более высокой специфичностью обладает методика использования визуализирующей ди-

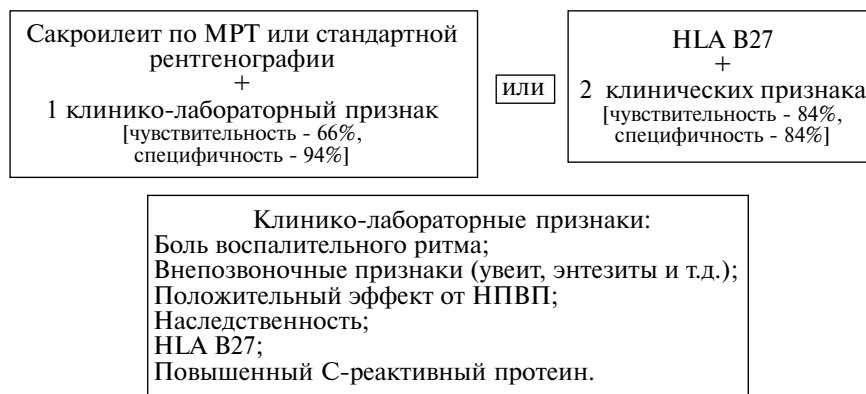


Рис. 1. Критерии диагностики анкилозирующего спондилоартрита (проект ASAS).

агностики. Предполагается, что на МРТ можно увидеть отек костного мозга, субхондральный отек, острый односторонний сакроилеит. Разработан алгоритм для врачей общей практики по ранней диагностике АС (рис. 2). Подчеркнуто, что 80% больных АС положительно отвечают на 4 последовательно принятые дозы НПВП и только 20% больных после травмы среагируют на них. Использование НПВП – позволяет проводить дифференциальную

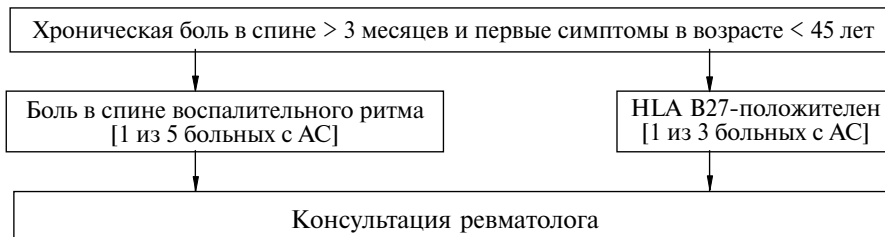


Рис. 2. Алгоритм ранней диагностики анкилозирующего спондилоартрита.

диагностику природы боли. Оставшиеся 20% больных АС, которые не среагировали на НПВП, положительно ответят на использование антител к ФНО-α (инфликсимабу). Это наиболее тяжелые больные, требующие ранней агрессивной терапии. На фоне 7-летнего применения инфликсимаба в мире показано, что его эффект наблюдается у 50% больных. Отсутствие эффекта позволяет усомниться в диагнозе АС.

В целом конференция прошла в деловой и дружественной атмосфере, в аудиториях шла активная дискуссия по актуальным проблемам ревматологии. Участники и слушатели получили максимум полезной информации.

Адрес для переписки:

664046, г. Иркутск, ул. Байкальская, 118, Черных Светлана Юрьевна - врач-ревматолог КБ № 1 г. Иркутска.