Medical Journal

16+

Лечащий Врач

Медицинский научно-практический журнал № 11 2019

Симпозиум



ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЯ

- Эксфолиативный дерматит
- Лейомиома кожи
- Розацеа
- Первичный сифилис в проктологической практике

Коллоквиум



ИНФЕКЦИИ. ВАКЦИНОПРОФИЛАКТИКА

- ВИЧ-инфекция
- Эпштейна–Барр-вирусная инфекция
- Резистентность возбудителей острых респираторных инфекций
- Корь

Страничка педиатра

• Питание детей раннего и дошкольного возраста при острых респираторных инфекциях • Клинический опыт применения наружного спрея у детей с ветряной оспой

Актуальная тема

• Консервативное лечение больных риносинуситами препаратами растительного происхождения • Синдром Гийена–Барре как междисциплинарная проблема • Внебольничная пневмония • Качество жизни пациентов с хронической обструктивной болезнью легких, легочным туберкулезом и при сочетании двух нозологий

ISSN 1560-5175

19011

9 771560 517000

App Store Google play

Скачай мобильную версию

Подписные индексы:

Объединенный каталог «Пресса России» **38300**

«Каталог российской прессы» **99479**

Каталог ФГУП «Почта России» **П1642**

Medical Journal
Лечащий Врач

Ноябрь 2019, № 11

Журнал входит в перечень изданий, рекомендованных Высшей аттестационной комиссией (ВАК)

Новости
News
Симпозиум
Symposium



Коллоквиум
Colloquium



Достижения, события, факты 5
Achievements, developments, facts 5
Современное состояние проблемы эксфолиативного дерматита/ Л. А. Юсупова 6
Current state of the problem of exfoliative dermatitis/ L. A. Yusupova 6
Лейомиома кожи (клиническое наблюдение)/ Ю. Н. Грекова, Н. В. Зильберберг, Н. П. Торопова, Е. И. Кузнецова 9
Skin leiomyoma (clinical observation)/ Yu. N. Grekova, N. V. Zilberberg, N. P. Toropova, E. I. Kuznetsova 9
Опыт применения интенсивного импульсного света у пациента с розацеа/ Е. Е. Жильцова, К. В. Межевая, С. А. Исаков, Н. П. Ермошина 12
Experience of intense pulsed light use in a patient with rosacea/ E. E. Zhiltsova, K. V. Mezhevaya, S. A. Isakov, N. P. Ermoshina 12
Сложности и ошибки диагностики первичного сифилиса в проктологической практике (разбор клинических случаев)/ Н. К. Левчик, В. И. Сурганова, Н. В. Зильберберг, М. В. Пономарева 16
Difficulties and errors in the diagnosis of primary syphilis in proctological practice (analysis of clinical cases)/ N. K. Levchik, V. I. Surganova, N. V. Zilberberg, M. V. Ponomareva 16
ВИЧ-инфекция: актуальные проблемы диагностического поиска на этапах оказания специализированной медицинской помощи/ М. В. Нагибина, А. И. Мазус, Т. П. Бессараб, Н. Н. Мартынова, Ю. Я. Венгеров, Н. А. Смирнов 20
HIV infection: actual problems of diagnostics at different stages of specialized medical care/ M. V. Nagibina, A. I. Mazus, T. P. Bessarab, N. N. Martynova, Yu. Ya. Vengerov, N. A. Smirnov 20
Эпштейна–Барр-вирусная инфекция у детей: клиническая характеристика, современные аспекты диагностики, дифференцированный подход к лечению/ Л. М. Панасенко, Е. И. Краснова, Т. В. Карцева, Ж. В. Нефедова, И. Я. Извекова 24
Epstein–Barr viral infection in children: clinical characteristic, modern aspects of diagnostics, differentiated approach to treatment/ L. M. Panasenko, E. I. Krasnova, T. V. Kartseva, Zh. V. Nefedova, I. Ya. Izvekova 24

Резистентность возбудителей острых респираторных инфекций в клинической практике/ Т. А. Руженцова, Д. С. Левицкая, Е. К. Шушакова. . . .29

Resistance of acute respiratory infection agents in clinical practice/ T. A. Ruzhentsova, D. S. Levitskaya, E. K. Shushakova. 29

Особенности диагностики и профилактики кори на современном этапе/ Я. М. Еремушкина, Т. К. Кускова, Е. Т. Вдовина, А. В. Савина, М. В. Богданова, С. И. Котив 32

Features of measles diagnostics and prevention at the present stage/ Ya. M. Eremushkina, T. K. Kuskova, E. T. Vdovina, A. V. Savina, M. V. Bogdanova, S. I. Kotiv 32

Страничка педиатра
Pediatrician's page

Питание детей раннего и дошкольного возраста при острых респираторных инфекциях/ Т. А. Руженцова, Д. С. Левицкая, Н. А. Мешкова, А. А. Плоскирева 36

Nutrition of children at early and pre-school age in acute respiratory infections/ T. A. Ruzhentsova, D. S. Levitskaya, N. A. Meshkova, A. A. Ploskireva. 36

Клинический опыт применения наружного спрея у детей с ветряной оспой/ Е. Г. Педченко, А. Н. Григоренко 39

Clinical experience of application of topical spray spray in children with chickenpox/ E. G. Pedchenko, A. N. Grigorenko 39

Под стекло 42

Under the glass 42

Актуальная тема
Topical theme

Способы оценки состояния полости носа и околоносовых пазух в этапном консервативном лечении больных риносинуситами препаратами растительного происхождения/ Ю. В. Назарочкин, О. В. Назарочкина. 44

Methods for assessing the condition of the nasal cavity and paranasal sinuses in the phased conservative treatment of rhinosinusitis patients with drugs of plant origin/ Yu. V. Nazarochkin, O. V. Nazarochkina 44

Синдром Гийена–Барре как междисциплинарная проблема/ И. В. Ситкали, О. В. Колоколов 49

Guillain–Barre syndrome as an interdisciplinary problem/ I. V. Sitkali, O. V. Kolokolov 49

Внебольничная пневмония, коротко о главном. Что важно знать практикующему врачу. По материалам Конгресса «Человек и лекарство» и III Саммита пульмонологов/ Ю. В. Евсютина 56

Community-acquired pneumonia briefly about the main. What is important to know to the physician. Based on the materials of the Russian National Congress «Man and Drug» and the III Pulmonology Summit/ Yu. V. Evsutina 56

Качество жизни пациентов с хронической обструктивной болезнью легких, легочным туберкулезом и при сочетании двух нозологий/ М. В. Моисеева, И. А. Викторова, Н. В. Багишева, А. В. Мордык, Д. И. Мордык 60

Quality of life for patients with chronic obstructive pulmonary disease, pulmonary tuberculosis and with a combination of two nosologies/ M. V. Moiseeva, I. A. Viktorova, N. V. Bagisheva, A. V. Mordyk, D. I. Mordyk 60

Alma mater

Последипломное образование 64

Postgraduate education. 64

МикроРНК человека всесторонне проанализировали

Матричные РНК передают информацию из генов в белки, в то время как микроРНК играют ключевую роль в регуляции работы генов. Ученые из МФТИ и Медико-генетического научного центра описали сложность взаимодействия микроРНК с матричной и другими РНК человека. Работа опубликована в журнале *Frontiers in Genetics*.

Рибонуклеиновая кислота (РНК) — один из основных типов молекул, который реализует генетическую информацию в клетке. Матричная РНК (мРНК) — посредник между хранилищем генов, дезоксирибонуклеиновой кислотой (ДНК), и образующимися «из генов» молекул белками. Образуясь на матрице ДНК в ядре клетки, мРНК перемещается в цитоплазму и, в свою очередь, становится матрицей, на которой происходит синтез белков.

В клетках микроРНК работают в комплексе с белками семейства аргонавтов (*AGO*). Такой небольшой комплекс «микроРНК — *AGO*» соединяется с мРНК в одной из ее частей. С какой мРНК и в какой ее части связаться, определяет микроРНК (для человека их известно ~2,5 тысячи). Белок *AGO* либо просто блокирует производство белка с мРНК, либо совсем уничтожает мРНК, «разрезая» ее. Таким образом, если комплекс «микроРНК — *AGO*» вступит во взаимодействие с определенными, парными для него мРНК, то белок с нее синтезироваться больше не сможет. В этом случае получается, что гены, которые кодировали эту мРНК, «замалчиваются», то есть микроРНК, «захватив» мРНК, повлияла на работу генов. Подобное «замалчивание» — один из многих механизмов регуляции экспрессии генов. Неправильная регуляция экспрессии генов вследствие «поломки» в функционировании микроРНК может привести к патологиям, в том числе к развитию раковой опухоли.

В новой работе ученые решили совместить экспериментальные данные о количестве образующихся в клетке мРНК и микроРНК с данными о взаимодействии между ними для двух типов клеток человека. На примере этих данных они рассмотрели, как связано количество конкретной микроРНК в клетке с тем, как много парных ей мРНК производится в этой же клетке. Можно предположить, что чем больше микроРНК образуется, тем больше соединений она должна образовывать. Оказалось, что это не так. Помимо этого, исследователи разбирались, сколько пар образуется и каким образом, то есть с одинаковыми или разными микроРНК. Говоря по-научному, генетики исследовали, как связаны уровень экспрессии и активность связывания для микроРНК и мРНК. Также они выяснили, как поведение таких пар зависит от типа клеток.

In silico ученые доказали, что данные полного взаимодействия микроРНК и генов, полученные усовершенствованными *CLIP*-методами, в двух разных клеточных линиях человека похожи и что их можно сравнивать. Было показано, что большая часть комплексов «микроРНК — мРНК» образуется малым количеством мРНК и микроРНК. Например, только 1–2% кодирующих генов образуют больше десяти различных взаимодействий. Также были выявлены интересные мРНК, которые проявляют «губчатый эффект» — такие мРНК связывались в разных частях мРНК с большим количеством микроРНК (> 50). Кроме того, исследователям удалось выявить группу микроРНК, которые, с одной стороны, слабо экспрессируются, а с другой, имеют много взаимодействий. Такой результат не очевиден: кажется, что чем сильнее экспрессируется конкретная микроРНК, тем больше она будет соединяться с различными мРНК.

Развитие инноваций и интернета вещей в здравоохранении

Открыт Центр инноваций и интернета вещей в здравоохранении на базе Фонда «Сколково». Торжественная церемонии открытия Центра прошла в рамках Форума «Открытые инновации» при участии министра здравоохранения Российской Федерации В. Скворцовой и первого заместителя министра промышленности и торговли Российской Федерации С. Цыбы.

Центр инноваций и интернета вещей в здравоохранении представляет собой новую форму внедрения современных технологических решений для медицины путем создания прототипов терапевтических комплексов, их демонстрации и тестирования, последующего масштабирования в учреждения здравоохранения по всей России. Кроме того, предполагается создание образовательного пространства для взаимодействия стартапов, решения которых уже представлены в центре.

На этапе открытия уже созданы инновационные центры лечения социально значимых заболеваний, таких как рак легкого, нарушения обмена веществ и коронарного кровотока, бронхиальная астма. В инновационном центре рака легкого представлены технологии компании для скрининга и диагностики данного заболевания с помощью низкодозовой компьютерной томографии (КТ) с элементами системы искусственного интеллекта. Использование низкодозовой КТ в качестве скринингового метода позволяет снизить смертность от рака легкого, в первую очередь среди трудоспособного мужского населения за счет выявления патологии на ранних стадиях.

В области кардиологии представлено комплексное решение с использованием технологии искусственного интеллекта, на базе портативного электрокардиографа и кардиологического программного обеспечения (ПО). Его применение позволяет оптимизировать маршрутизацию пациентов с острым коронарным синдромом (ОКС), в том числе на догоспитальном этапе. ПО помогает автоматически анализировать — с точностью 96% — данные, полученные с электрокардиографа в машине скорой помощи, и в режиме реального времени передает их в медицинское учреждение, где врачи могут заблаговременно верифицировать ОКС и подготовиться к принятию пациента. Данное решение позволяет повысить качество и увеличить скорость обработки ЭКГ (в 5 раз), своевременность оказания кардиологической медицинской помощи, в том числе за счет автоматизации процесса при оценке ЭКГ, и сокращает на 50% случаи ложноположительных госпитализаций пациентов с болью в груди.

«Регион заботы» будет сопровождать развитие паллиативной медицинской помощи

Команда проекта Общероссийского народного фронта (ОНФ) «Регион заботы» посетила медицинские организации Приморского края и обсудила детали дальнейшего сотрудничества с руководством региона. В совещании приняли участие вице-губернатор, директор департамента здравоохранения Приморского края В. Фисенко, руководитель проекта ОНФ «Регион заботы» Б. Хесин, эксперты проекта, руководство и сотрудники регионального департамента здравоохранения, главные внештатные специалисты по паллиативной медицинской помощи (ПМП).

Приморский край стал первым из пилотных регионов, утвердившим подготовленную совместно с проектом ОНФ «Регион заботы» программу развития системы оказания паллиативной помощи. В соответствии с ней в крае будет перераспределен коечный фонд медицинских организаций, оказывающих паллиативную помощь. В настоящее время таких коек 257. Из них 219 — сестринского ухода и только 38 — паллиативной медицинской помощи. Программа предполагает оптимизацию общего коечного фонда. По итогам ее реализации в Приморье количество коек ПМП составит 180 (105 коек ПМП и 65 сестринского ухода для взрослых, 10 детских коек ПМП), которые полностью покроют потребность в паллиативной помощи.

По словам заместителя директора департамента здравоохранения Приморского края, в настоящее время готовится медико-технологическое задание на строительство в 2022 г. нового корпуса больницы, где будет открыто паллиативное отделение.

В краевой детской больнице № 2 в соответствии с утвержденной программой развития ПМП заканчивается ремонт отделения паллиативной помощи на 10 мест. Это пять палат, рассчитанных на пребывание детей и круглосуточное нахождение одного из родителей с каждым из маленьких пациентов. Отделение будет открыто во второй половине ноября.

Современное состояние проблемы эксфолиативного дерматита

Л. А. Юсупова, *доктор медицинских наук, профессор*

ГБОУ ДПО КГМА Минздрава России, *Казань*

Резюме. В статье приводятся данные об эксфолиативном дерматите, характеризующемся диффузной эритемой и шелушением кожи, поражающими более 90% общей поверхности тела. Наиболее частыми предшествующими эксфолиативному дерматиту заболеваниями являются псориаз, атопический дерматит и другие спонгиотические дерматиты, реакции лекарственной гиперчувствительности (медикаментозная токсикодермия) и кожная Т-клеточная лимфома. Лечение направлено на предшествующее заболевание, симптоматическое облегчение состояния и купирование возможных системных осложнений.

Ключевые слова: эксфолиативный дерматит, хронические дерматозы, псориаз, атопический дерматит, кожная Т-клеточная лимфома, лечение, иммунный статус.

Current state of the problem of exfoliative dermatitis

L. A. Yusupova

Abstract. The article presents data on exfoliative dermatitis, characterized by diffuse erythema and skin peeling, affecting more than 90% of the total body surface. The most common diseases, previous to exfoliative dermatitis, are psoriasis, atopic dermatitis and other spongiotic dermatitis, drug hypersensitivity reaction (drug toxicodermia) and cutaneous T-cell lymphoma. The treatment is directed at the primary disease, symptomatic relief and prevention of potential systemic complications.

Keywords: exfoliative dermatitis, chronic dermatoses, psoriasis, atopic dermatitis, cutaneous T-cell lymphoma, treatment, immune status.

Эксфолиативный дерматит — это диффузная эритема и шелушение кожи, поражающие более 90% общей поверхности тела [1, 2]. Частота встречаемости эксфолиативного дерматита варьирует от 0,9 до 71,0 на 100 000 пациентов. Мужчины болеют значительно чаще женщин в соотношении от 2:1 до 4:1. Средний возраст начала заболевания составляет от 41 до 61 года с учетом того факта, что в большинство исследований не включены случаи заболевания у детей. Эксфолиативный дерматит может возникать на фоне многих кожных и системных заболеваний. В половине случаев эксфолиативного дерматита у пациентов выявляются предшествующие кожные заболевания. По данным ряда авторов, наличие предшествующего кожного заболевания является провоцирующим фактором в 52% всех случаев эксфолиативного дерматита. Наиболее часто эксфолиативный дерматит возникает на фоне псориаза (23%), спонгиотических дерматитов (20%), лекарственной гиперчувствительности (15%), кожной Т-клеточной лимфомы или синдрома Сезари (5%). Идиопатический эксфолиативный дерматит, когда причину установить не удается, встречается в 20% случаев. Реже эксфолиативный дерматит возникает на фоне иммунобуллезных заболеваний, красного волосяного лишая, системных заболеваний соединительной ткани, дерматофитии [3–7]. У маленьких детей и новорожденных эксфолиативный дерматит следует дифференцировать с такими дерматозами, как псориаз, атопический и себорейный дерматиты, действием лекарств и синдромом стафилококковой обожженной кожи, следует исключить врожденные состояния, в том числе буллезную и небуллезную формы врожденной ихтиозиформной эритродермии, синдром Нетертона, а также иммунодефицитные состояния.

При эксфолиативном дерматите кожа эритематозная и повсеместно утолщена. Поражение с островками нормальной кожи указывает на красный волосяной лишай, выпадение волос – на Т-клеточную лимфому, заболевания ногтей могут быть типичными для экземы или псориаза. Практически всегда присутствует генерализованная лимфаденопатия. Так как Т- и В-лимфоциты сильно активированы, гистологическая дифференцировка реактивных лимфоузлов и лимфомы может быть затруднена. Эритродермия может про-

Контактная информация:
yuluizadoc@hotmail.com
DOI: 10.26295/OS.2019.43.24.001

текать в тяжелой форме с повышением температуры, болями в суставах, выраженным недомоганием, потерей белка, жидкости и массы тела вплоть до кахексии [8].

В патогенезе эксфолиативного дерматита молекулы адгезии и их лиганды играют существенную роль в эндотелиально-лейкоцитарных взаимодействиях, которые влияют на связывание, переселение и инфильтрацию лимфоцитами и мононуклеарными клетками при воспалении, травме или иммунологической стимуляции. Рост экспрессии молекул адгезии (VCAM-1 (васкулярные молекулы межклеточной адгезии 1), ICAM-1 (молекулы межклеточной адгезии, присутствующие в низких концентрациях на мембранах лейкоцитов и эндотелиальных клетках), Е-селектина и Р-селектина) у пациентов с эксфолиативным дерматитом стимулирует кожное воспаление, которое может привести к эпидермальной пролиферации и повышенной продукции медиаторов воспаления. Сложные взаимодействия цитокинов и молекул клеточной адгезии, такие как интерлейкин-1 (ИЛ-1), ИЛ-2 и ИЛ-8; межклеточная адгезия молекулы ICAM-1 и фактора некроза опухоли (ФНО), приводят к значимо повышенной эпидермальной пролиферации. Количество герминативных клеток увеличивается, а время прохождения через кератиноциты эпидермиса уменьшается, вызывая потерю клеточного материала с поверхности. Ряд авторов обратили внимание на то, что дермальный инфильтрат у больных синдромом Сезари при иммуногистохимическом исследовании проявляется в основном цитокиновым профилем Т-хелперов 2-го типа (Th2), в отличие от цитокинового профиля Т-хелперов 1-го типа (Th1) при доброкачественной реактивной эритродермии с другими патомеханизмами и этиологическими факторами [9].

Эритродермия может возникать спонтанно или развиться в течение нескольких месяцев. Быстрое наступление эксфолиативного дерматита в качестве более вероятной причины может быть диагностировано в пользу приема лекарственных препаратов. Клинически у пациентов появляется генерализованная эритема, часто с шелушением. Признаки включают озноб, в том числе из-за терморегуляторной дисфункции. Часто наблюдается отек, особенно в нижних конечностях. При осмотре может отмечаться тахикардия, возможны нарушения ритма сердца, иногда диспепсия, зуд. Диффузная алопеция, кератодермия, дистрофия ногтей и потеря веса являются более распространенными при хроническом состоянии. Пожилые пациенты часто гемодинамически нестабильны и подвержены высокому риску сердечной недостаточности, дыхательной недостаточности, повышенной проницаемости капилляров, почечных дисрегуляций и отрицательному азотистому балансу [10].

Лекарственно-индуцированные случаи эксфолиативного дерматита могут быть представлены сенсибилизацией к неомицину, этилендиамину. Как правило, эксфолиативный дерматит может возникать после приема таких препаратов, как фенитоин, пенициллины, изониазид, триметоприм, сульфаниламиды, противомалярийные препараты, тиазидные диуретики, золото, Аминазин, цианамид, нифедипин, роксатидин, эсциталопрам, иматиниб, аллопуринол. Ряд авторов отмечают случаи эксфолиативной эритродермии после применения некоторых нестероидных противовоспалительных препаратов, таких как сулиндак, меклофенамат натрия, фенилбутазон, бета-блокаторы, глазные капли (тимолола малеат), мазь Гиперикум (экстракт зверобоя). Терапия с использованием рекомбинантных цитокинов также может привести к развитию эксфолиативной эритродермии. Клиническая симптоматика эксфолиативного дерматита, связанная с лекарственными препаратами, как правило, имеет быстрое начало и относительно быстрое разрешение в течение 2–6 недель, в отличие от более длительного курса идиопатической эритродермии и лимфомы кожи [11].

Клинические признаки, относящиеся к эксфолиативному дерматиту различной этиологии, могут включать:

- нарушения терморегуляции могут привести к гипертермии или реже к гипотермии; однако большинство пациентов жалуются на чувство озноба;
- тахикардию в результате возросшей перфузии крови через кожу и потерю жидкости через нарушенный эпидермальный барьер;
- сердечную недостаточность с высоким выбросом при эксфолиативном дерматите и высокой перфузией;
- периферический отек стоп или претибиальный отек может наблюдаться у 54% пациентов; имеются сведения об отеке лица, сопровождающем эксфолиативный дерматит, индуцированный действием лекарств;
- генерализованная лимфаденопатия наблюдается более чем у 1/3 пациентов с эксфолиативным дерматитом; необходимо дифференцировать дерматопатическую лимфаденопатию и лимфому; если лимфаденопатия выражена значительно, необходима биопсия лимфатического узла;
- гепатомегалия может наблюдаться у 1/3 пациентов с эксфолиативным дерматитом и наиболее характерна для эксфолиативного дерматита, вызванного действием лекарств;
- имеются отдельные сообщения о спленомегалии, которая чаще всего ассоциируется с лимфомой.

Псориатическая эритродермия возникает остро с появлением эритемы на участках кожи, не покрытых псориатическими очагами, затем распространяется на весь кожный покров, включая и кожу лица. У пациентов на фоне эритемы очень быстро появляется обильное шелушение, псориатические папулы становятся неразличимыми. Может наблюдаться сильное выпадение волос, ногтевые пластинки утолщаются и легко отходят от поверхности ногтевого ложа. Кожный процесс сопровождается длительным повышением температуры. Через несколько недель (иногда месяцев) эритродермия, как правило, проходит, и восстанавливается клиническая картина псориаза. Наиболее частой причиной развития вторичной эритродермии является нерациональное, слишком энергичное лечение псориаза в остром периоде. Гистопатологические изменения характеризуются явлениями акантоза, выражающегося в резком удлинении межсосочковых эпителиальных отростков, и паракератозом. Зернистый слой полностью отсутствует. В остром периоде болезни в шиповатом слое нередки разлитой межклеточный отек и скопления лейкоцитов в форме микроабсцессов. В дерме наблюдаются отек и резкое удлинение сосочков, поднимающихся

почти до самого паракератозно измененного рогового слоя и отделяющихся от него лишь двумя-тремя рядами клеток шиповатого слоя. Капилляры сосочков и сосуды подсосочкового слоя резко расширены. Вокруг них визуализируется значительная, преимущественно лимфоцитарная, инфильтрация, усиливающаяся по мере перехода процесса в стационарное состояние [12, 13].

При постановке диагноза эксфолиативного дерматита собирают анамнез о предшествующих кожных заболеваниях, таких как псориаз или атопический дерматит. У пациентов с эксфолиативным дерматитом должно быть проведено тщательное обследование и выявление триггеров для исключения инфекции, аллергии, контактной гиперчувствительности. Выполняют биопсию для уточнения диагноза и исключения лимфомы, биопсию легче провести на коже, чем в лимфоузлах. По показаниям проводят ультразвуковое исследование и биопсию лимфоузлов. Собирают подробный личный и семейный анамнез (атопия, псориаз, красный плоский лишай) и подробную информацию о приеме всех лекарств (следует выяснить, принимает ли пациент аллопуринол, антидиабетические и противосудорожные препараты). Важна оценка питания, особенно при хронической эритродермической картине, так как многие пациенты имеют низкий альбумин и отрицательный азотистый баланс. У пациентов с эксфолиативным дерматитом проводят общий анализ крови с формулой, биохимический анализ крови. При подозрении на лимфому проводят исследование на клетки Сезари; > 20% активированных Т-лимфоцитов [14].

При эксфолиативном дерматите требуется стационарное лечение, постельный режим и постоянная температура воздуха в помещении (22–24 °С). Пациенты с эксфолиативным дерматитом нуждаются в тщательном мониторинге за функциями организма, достаточном введении белка и жидкостей, преимущественно внутривенном, контроле баланса электролитов. Первоначально проводится простая наружная терапия кортикостероидами IV класса без консервантов и ароматизаторов. Рекомендуется обильное применение увлажняющих препаратов с мочевиной и масляных ванн. Часто помогает короткий ударный курс системных кортикостероидов, однако он не показан при псориазе, ввиду риска развития эффекта отмены препарата или эффекта «рикошета». Следует воздерживаться от продолжительной стероидной терапии. Как можно быстрее рекомендуется назначение специфической терапии в зависимости от заболевания. Также важна оценка и лечение сопутствующих заболеваний, особенно сердечно-сосудистой системы и почек. При псориазе и кожной Т-клеточной лимфоме рекомендуется фотохимиотерапия и в некоторых случаях метотрексат. Если у пациента с эксфолиативной эритродермией наблюдается базовый патогенез псориаза, может быть инициирована терапия с пероральными ретиноидами, циклоспорином или агентом анти-ФНО в зависимости от сопутствующих заболеваний пациента. В случае, если основой эритродермии является атопический дерматит, лечение топическими стероидами может быть достаточно, при торпидности процесса могут быть рекомендованы системные стероиды и щадящие средства. У пациентов с эксфолиативным дерматитом должны тщательно контролироваться жидкости и электролитный баланс. Следует компенсировать любой дефицит в питании, особенно белка [15].

Профилактике эксфолиативного дерматита способствует отмена приема лекарственных препаратов, которые изначально могли провоцировать это заболевание. Пациент должен тщательно регистрировать все возникающие у него аллергические реакции, в том числе от лекарственных препаратов, потенциально способных к перекрестным реакциям. Отказ от использования системных кортикостероидов у пациентов с псориазом будет способствовать профилактике эффекта отмены.

Таким образом, каждый случай эксфолиативного дерматита должен быть адекватно оценен, а целью терапии должен быть не только контроль обострения заболевания, но и контроль достижения прочной ремиссии с улучшением качества жизни пациентов. ■

Литература

1. *Вольф К., Лоуэлл А. Голдсмит, Стивен И. Кац.* Дерматология Фицпатрика в клинической практике. М.: Издательство Панфилова: БИНОМ Лаборатория знаний, 2012.
2. *Malumani Malan B. Sc. H. B, Ch B., Song Ji Quan, Meng Xiang-Yu.* Exfoliative dermatitis secondary to thymoma: a rare association // European Journal of Pharmace and medical research. 2017; 4 (12): 57–62.
3. *Юсупова Л.А.* Диагностика и комплексная терапия атопического дерматита у больных с психическими расстройствами // Вестник последипломного медицинского образования. 2003; 2: 11–14.
4. *Юсупова Л.А.* Распространенность хронических дерматозов у больных с психическими расстройствами // Вестник последипломного медицинского образования. 2003; 3–4: 46–48.
5. *Filatova M.A., Yusupova L.A.* Study cognitive decline of patients with localized scleroderma // Acta Dermato-Venereologica. 2015; (95): 44–45.
6. *Filatova M.A., Yusupova L.A.* Anxiety disorders and depressive spectrum for patients with localized scleroderma // Acta Dermato-Venereologica. 2015; (95): 45.
7. *Rym B.M.* Erythroderma in adults: A report of 80 cases // Int. J. Dermatol. 2005; 44: 731.
8. *Юсупова Л.А., Гараева З.Ш., Юнусова Е.И., Мавлютова Г.И.* Первичная эпидермотропная Т-клеточная лимфома кожи // Лечащий Врач. 2013; № . 6: 31–37.
9. *Okoduwa C., Lambert W., Schwartz R., Kubeyinje E., Eitokpah A.* Erythroderma: a review of potentially life-threatening dermatoses // Indian journal of dermatology. 2009; 54 (1): 1–6.
10. *Mahabaleshwar G., Kashinath Nayak, Maria Kuruvila, Radha R. Pai.* Clinico-pathologic study of exfoliative dermatitis in patients visiting a tertiary care centre in south India // International Journal of Scientifc Study. 2016; 3 (11): 119–123. https://doi:10.17354/ijss/2016/69.
11. *Wheaton D.* Erythroderma. Weedon skin pathology (third edition), 2010.
12. *Юсупова Л.А., Хафизьянова Р.Х.* Современные аспекты диагностики и фармакотерапии хронических дерматозов (псориаза, экземы, нейродермита), токсикодермии у больных с психическими и поведенческими расстройствами. Казань: ООО «Образцовая типография», 2005. 262 с.
13. *Neema Ali M., Upadya G., Kumar P., Kuruvila M.* Exfoliatve Dermatts Secondary to acute generalized pustular psoriasis in a child: a case report // Clinical Pediatric Dermatology. 2016; 2 (2): 1–5. https://doi:10.21767/2472–0143.100015.
14. *Рекен М., Шаллер М., Затлер Э., Бургдорф В.* Атлас по дерматологии. М.: МЕДпресс-информ. 2012.
15. *Gniadecki R., Lukowsky A.* Monoclonal T-cell dyscrasia of undetermined significance associated with recalcitrant erythroderma // Arch. Dermatol. 2005; 141: 361.