

## Медико-социальные проблемы ведения пациентов с хроническими дерматозами

*М. М. Тлиш, Т. Г. Кузнецова*

Анализ состояния заболеваемости болезнями кожи и подкожной клетчатки в Российской Федерации за последние десятилетия констатирует их распространенность и стабильно высокий уровень — 4259 на 100 тыс. населения [1]. Проблема хронических дерматозов остается одной из наиболее значимых в связи с распространенностью патологии во всех возрастных группах, частыми рецидивами, отсутствием стойкой ремиссии, увеличением количества больных тяжелыми, резистентными к лечению формами заболеваний, частым развитием осложнений, малигнизацией, формированием тяжелых инвалидизирующих форм, что оказывает негативное влияние на качество жизни больных [1–4].

В Российской Федерации оказание медицинской помощи данной категории больных осуществляется в соответствии с Приказом Минздрава России от 15.11.2012 г. № 924н «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи населению по профилю «дерматовенерология». Рекомендации по ведению пациентов с хроническими дерматозами носят долгосрочный характер, что требует от них строгого выполнения лечебно-реабилитационных программ. Проблема приверженности пациентов терапии является актуальной, показатель комплаенса варьирует в широких пределах — от 25% до 75% [5]. Приверженность лечению снижается с течением времени, особенно при хронических заболеваниях, и приводит к серьезным медицинским последствиям [6, 7]. Около 10% всех случаев госпитализации связано с несоблюдением назначений лечащего врача [8]. Только в условиях стационаров, где осуществляется врачебный и сестринский контроль, гарантировано строгое соблюдение пациентами врачебных рекомендаций.

Важным аспектом профилактики частоты обострений и развития осложнений хронических дерматозов является раннее выявление заболеваний и своевременное взятие пациентов под диспансерное наблюдение [9]. Диспансеризация представляет собой комплекс мероприятий, в том числе медицинский осмотр врачами нескольких специальностей и применение необходимых методов обследования, осуществляемых в отношении определенных групп населения в соответствии с законодательством Российской Федерации [10]. В 2016 г. в медицинских организациях дерматовенерологического профиля доля состоящих под диспансерным наблюдением пациентов с тяжелой патологией кожи (атопическим дерматитом, псориазом, дискоидной красной волчанкой, локализованной склеродермией) составляла в среднем по данной группе среди взрослых 49,5%, подростков — 48,7%, детей 0–14 лет — 40,1% [1]. Совместная работа дерматовенерологов и врачей смежных специальностей по реализации диспансерных мероприятий пациентов дерматовенерологического профиля способствует выявлению коморбидной патологии, позволяет разработать алгоритм междисциплинарного взаимодействия, направленного на повышение эффективности качества оказания медицинской помощи. Многоуровневый подход в виде стандартизации комплекса диагностических, лечебно-профилактических и диспансерных мероприятий, с одной стороны, и качественное взаимодействие врача и пациента, с другой, будут являться залогом успешного результата терапии.

С учетом вышесказанного приводим собственные клинические наблюдения, раскрывающие медико-социальные проблемы ведения пациентов с хроническими дерматозами.

### Клинический случай № 1

Пациент Г., 30 лет, поступил в стационарное отделение ГБУЗ ККВД МЗ КК 26.03.2018 г. с жалобами на высыпания на коже ушных раковин, шеи, туловища, верхних и нижних конечностей, интенсивный зуд периодического характера, чувство сухости и стягивания, неприятный запах.

**Анамнез заболевания:** считает себя больным с 2002 г., когда впервые появились высыпания на коже спины и груди после длительного пребывания на солнце. Обратился к дерматологу по месту жительства, где впервые был установлен диагноз: «Болезнь Дарье». Рекомендовано лечение — бетаметазона валерат 0,01% крем. После проведенной терапии отмечал улучшение. С 2002 по 2013 г. отмечал обострения 1 раз в год в летний период времени, высыпания носили ограниченный характер, пациент у дерматолога не наблюдался, лечился нерегулярно «народными средствами», считая, что «самостоятельно пройдет». Впервые в 2013 г. в связи с распространением кожного патологического процесса пациент был госпитализирован на стационарное лечение в ГБУЗ ККВД МЗ КК. Пациенту была проведена патогенетическая терапия ацитретином с выраженным клиническим эффектом. По выписке было рекомендовано: диспансерное наблюдение у дерматолога по месту жительства, продолжить системную терапию ароматическими ретиноидами и эссенциальными фосфолипидами, наружную терапию топическими глюкокортикостероидами и эмолиентами, применение фотопротективных средств. В период с 2013 по 2017 г. обострения наступали в весенне-летний период, высыпания носили распространенный характер, пациент лечился нерегулярно, только наружными средствами (бетаметазона валерат 0,01% крем, мометазона фураат 0,1% крем, мазь Декспантенол 5%), к дерматологу обращался эпизодически, под диспансерным наблюдением не

находился, рекомендации по выписке в 2013 г. не стал выполнять, так как считал, что полного выздоровления не наступит. Последнее обострение наступило в августе 2017 г., когда пациент поменял условия профессиональной деятельности: устроился на постоянное место работы в плавильный цех (переработка тяжелых металлов). Лечился самостоятельно антибактериальными препаратами, без улучшения и только в конце марта 2018 г., когда кожный патологический процесс принял генерализованный характер, обратился в поликлинику ГБУЗ ККВД МЗ КК и был госпитализирован.

Аллергологический анамнез и наследственность неотягощены. Соматически не обследован. Из вредных привычек указывает на умеренное употребление алкоголя, с периодичностью 1 раз в неделю. В настоящее время не работает, до 2017 г. занимался ловлей рыбы. Разведен.

При поступлении в стационар сознание ясное, положение активное. Масса тела 80 кг, рост 185 сантиметров. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Температура 36,8 °С. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Частота дыхательных движений 17 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные. Пульс 70 ударов в минуту. Артериальное давление 120/80 миллиметров ртутного столба. Язык влажный, по спинке языка обложен белым налетом. Живот мягкий, безболезненный. Печень у края реберной дуги. Физиологические отправления в норме.



Рис. 1. На коже груди, живота множественные фолликулярные и perifollicularные папулы до 3 мм в диаметре, грязно-коричневого цвета, покрытые твердой сухой роговой корочкой



Рис. 2. Клинические проявления дерматологического процесса на коже спины



Рис. 3. На коже голени обильно расположенные милиарные и лентикулярные фолликулярные папулы серовато-коричневого цвета, отдельные из которых покрыты наслоениями гнойных плотно и рыхло прилегающих корок, гнойное отделяемое

*St. specials:* кожный патологический процесс носил генерализованный, симметричный характер. На коже ушных раковин, шеи, туловища (в области груди, живота, спины, с переходом на кожу ягодиц) располагались множественные фолликулярные и perifollicularные папулы до 3 мм в диаметре, грязно-коричневого цвета, покрытые твердой сухой роговой корочкой (рис. 1, 2). На коже верхних конечностей (в области плеч, предплечий), нижних конечностей (в области бедер и голени) определялись обильно расположенные милиарные и лентикулярные фолликулярные папулы серовато-коричневого цвета, отдельные из которых были покрыты наслоениями гнойных плотно и рыхло прилегающих корок, визуализировалось гнойное отделяемое (рис. 3, 4). На коже наружных поверхностей предплечий, передних поверхностей голени папулезные элементы были сформированы в веррукозные бляшки, на поверхности которых после отторжения гнойных корок были четко видны множественные папилломатозные разрастания (рис. 5). На коже ладонной поверхности кистей был выражен точечный кератоз.



Рис. 4. Клинические проявления дерматологического процесса на коже предплечий



Рис. 5. На коже голени веррукозные бляшки, на поверхности которых визуализируются множественные папилломатозные разрастания

По данным дополнительных методов исследования получены следующие результаты:

1. Общий анализ крови: эритроциты —  $4,7 \times 10^{12}/л$ ; гемоглобин — 150 г/л, лейкоциты —  $7,7 \times 10^9/л$ ; палочкоядерные нейтрофилы — 1%, сегментоядерные нейтрофилы — 68%; эозинофилы — 1%, лимфоциты — 29%, моноциты — 2%; СОЭ — 28 мм/ч.
2. Биохимический анализ крови: общий белок — 78 г/л; креатинин — 73,93 мкмоль/л; холестерин — 5,1 ммоль/л; билирубин общий — 33,7 мкмоль/л; щелочная фосфатаза — 120 ЕД/л; амилаза — 50 ЕД/л; глюкоза — 4,4 ммоль/л; гамма-глутамилтрансфераза (ГГТ) — 35 ЕД/л; аланинаминотрансфераза (АЛТ) — 88 ЕД/л; аспартат-аминотрансфераза (АСТ) — 86 ЕД/л.
3. Общий анализ мочи: цвет — светло-желтый, прозрачная, удельный вес — 1015, рН — 5,5, белок — отсутствует; кетоновые тела — отсутствуют; лейкоциты — 3–4 в поле зрения; билирубин — отсутствует.
4. Иммуноферментный анализ (ИФА) крови на ВИЧ — антиген/антитела ВИЧ не обнаружены.
5. Кровь на сифилис: реакция микропреципитации (РМП) — отрицательно; ИФА — отрицательно.
6. Кровь в ИФА на вирусные гепатиты В и С: HBsAg — не обнаружен, HCV — обнаружены.
7. Соскоб с языка на грибы рода *Candida*: обнаружен псевдомицелий дрожжевого гриба.
8. Ультразвуковое исследование гепатобилиарной области: диффузные изменения в печени, поджелудочной железе.
9. Консультация инфекциониста: хронический вирусный гепатит С, впервые выявленный.

Установлен окончательный клинический диагноз: «Болезнь Дарье. Карциноидный папилломатоз Готтрона. Хронический вирусный гепатит С, впервые выявленный. Кандидозный глоссит».

Анализируя данный клинический случай, можно утверждать, что утяжеление течения дерматоза и развитие его осложнения в виде карциноидного папилломатоза Готтрона является закономерным в связи с наличием совокупности социально-психологических факторов:

- воздействием неблагоприятных факторов внешней среды и нарушений, вызванных особенностями образа жизни (переохлаждение, инсоляция, стресс, обусловленный разводом);
- игнорированием здорового образа жизни (систематическое употребление алкоголя);
- воздействием вредных производственных факторов (травматизация кожи, работа с тяжелыми металлами);
- социально-экономических факторов (отсутствие постоянного места работы и постоянного дохода);
- невыполнения рекомендаций врача (на протяжении 12 лет от момента установления диагноза пациент избегал посещения врача дерматолога амбулаторно-поликлинического звена; не соблюдал назначений и требований по постановке на диспансерный учет у дерматолога по месту жительства врача стационарного отделения).

## Клинический случай № 2

Пациент М., 63 лет, находился на стационарном лечении в ГБУЗ ККВД МЗ КК 22.10.2018 г. с жалобами на наличие высыпаний на коже голени, стоп, сопровождающихся интенсивным зудом, мокнутием, неприятным запахом, чувством тяжести в ногах. Пациент замкнут, подавлен, плохо слышит.



**Анамнез заболевания:** болеет около 20 лет, когда впервые был установлен диагноз: «Микробная экзема». С 1998 г. по 2014 г. обострения дерматоза отмечал регулярно 1 раз в 6 месяцев, в поликлинике на приеме у дерматолога был два раза. Лечился самостоятельно, топическими средствами: гентамицин + бетаметазон + клотримазол крем, хлоргексидина биглюконат водный раствор 0,05%, раствор Бриллиантового зеленого спиртовой 1%, с кратковременным улучшением. В 2014 г. впервые находился на стационарном лечении в ГБУЗ ККВД МЗ КК с диагнозом: «Варикозная экзема. Карциноидный папилломатоз кожи Готтрона. Хроническая венозная недостаточность нижних конечностей». После проведенного курса терапии отмечал улучшение. Были даны рекомендации о необходимости постановки на диспансерный учет у дерматолога по месту жительства; проведения консультаций смежных специалистов: ангиохирурга, дерматоонколога, терапевта; решения вопроса о начале цитостатической терапии. С 2014 по 2018 г. пациент рекомендации не выполнил, кожные проявления непрерывно рецидивировали, пациент не лечился. В октябре 2018 г. в связи с выраженным ухудшением обратился в поликлинику ГБУЗ ККВД МЗ КК и был госпитализирован.

Из анамнеза жизни установлено, что пациент одинок. Является инвалидом I группы по зрению. Имеет опекуна, который не проживает с ним, а периодически его посещает.

При осмотре кожный патологический процесс носит ограниченный, симметричный характер. На коже голеней муфтообразно, с переходом на тыльную поверхность и пальцы стоп на фоне выраженного лимфостаза, инфильтрации кожи и разлитой эритемы красновато-синюшного цвета располагаются наслоения серозно-гнойных и гнойно-геморрагических корок, эрозии с мокнущей поверхностью (рис. 6). На коже задней поверхности обеих голеней визуализируются единичные полушаровидные образования, диаметром около 3,0 см, плотные при пальпации (рис. 7). На коже в области голеностопных суставов, пальцев стоп располагаются веррукозные очаги с неровной, бугристой поверхностью и многочисленными сосочковыми разрастаниями, покрытые местами гнойными корками (рис. 8, 9). При сдавлении очагов с боков на их поверхность выделялось желтовато-белого цвета липкое отделяемое с неприятным запахом.



Рис. 6. На коже голеней выполняю всю анатомическую поверхность, с переходом на тыльную поверхность и пальцы стоп на фоне выраженного лимфостаза, инфильтрации кожи и разлитой эритемы красновато-синюшного цвета располагаются наслоения серозно-гнойных и гнойно-геморрагических корок, эрозии с мокнущей поверхностью



Рис. 7. На коже задней поверхности голеней визуализируются единичные полушаровидные образования, диаметром около 3,0 см, плотные при пальпации



Рис. 8. На коже в области голеностопных суставов, пальцев стоп располагаются веррукозные очаги с неровной, бугристой поверхностью и многочисленными сосочковыми разрастаниями, покрытые местами гнойными корками



Рис. 9. Клинические проявления дерматологического процесса на коже пальцев стоп

По данным дополнительных методов исследования и заключений специалистов получены следующие результаты:

1. Общий анализ крови: эритроциты —  $4,3 \times 10^{12}/л$ ; гемоглобин — 125 г/л, лейкоциты —  $8,1 \times 10^9/л$ ; палочкоядерные нейтрофилы — 7%, сегментоядерные нейтрофилы — 75%; эозинофилы — 1%, лимфоциты — 16%, моноциты — 1%; СОЭ — 18 мм/ч, тромбоциты —  $433 \times 10^9/л$ .
2. Биохимический анализ крови: общий белок — 55 г/л; креатинин — 89,97 мкмоль/л; холестерин — 6,4 ммоль/л; билирубин общий — 12,8 мкмоль/л; щелочная фосфатаза — 112 ЕД/л; амилаза — 26 ЕД/л; глюкоза — 8,0 ммоль/л; ГГТ — 23 ЕД/л; АЛТ — 10 ЕД/л; АСТ — 23 ЕД/л.
3. Общий анализ мочи: цвет — светло-желтый, прозрачная, удельный вес — 1015, pH — 5,5, белок — отсутствует; кетоновые тела — отсутствуют; лейкоциты — 1–2 в поле зрения; билирубин — отсутствует, слизь +.
4. ИФА крови на ВИЧ — антиген/антитела ВИЧ не обнаружены.

5. Кровь на сифилис: РМП — отрицательно; ИФА — отрицательно.
6. Кровь в ИФА на вирусные гепатиты В и С: HBsAg — не обнаружен, HCV — не обнаружены.
7. Гликемический профиль: 13:00 — 6,5 ммоль/л, 17:00 — 13,5 ммоль/л, 21:00 — 11,7 ммоль/л, 08:00 — 7,6 ммоль/л, 13:00 — 7,0 ммоль/л.
8. Гемостаз крови: активированное частичное тромбопластиновое время — 29 сек, протромбиновое время 12,1 сек, протромбиновый индекс 94,6%, международное нормализованное отношение — 0,93, фибриноген 4,4 г/л, тромбиновое время 19,7 сек, определение антитромбина-III — в плазме 124,80%.
9. Биохимическое исследование крови: натрий 144,0 ммоль/л, калий 5,1 ммоль/л, хлор 103,0 ммоль/л.
10. Консультация терапевта: гипертоническая болезнь, 2-я степень, 2-я стадия, риск 4. Умеренный тромбоцитоз. Синдром гипокоагуляции. Хроническая венозная недостаточность нижних конечностей.
11. Консультация эндокринолога: сахарный диабет, впервые выявленный.

Установлен окончательный клинический диагноз: «Варикозная экзема. Карциноидный папилломатоз Готтрона. Гипертоническая болезнь 2 ст., 2 ст., риск 4. Умеренный тромбоцитоз. Синдром гипокоагуляции. Хроническая венозная недостаточность нижних конечностей. Сахарный диабет, впервые выявленный».

Особенностями приведенного клинического случая является другой перечень проблем, повлекших за собой развитие осложнений и хронизации дерматоза:

- вынужденная социально-психологическая дезадаптация пациента (одиночество, инвалидность по зрению, снижение слуха, депрессия, трудности в общении, невозможность осуществления самостоятельной деятельности);
- социально-экономические факторы (низкий прожиточный уровень).

В описанных клинических случаях, пациенты не состояли на диспансерном учете и поэтому у них отсутствовали:

- надлежащий объем и периодичность осмотра врача-дерматовенеролога;
- регулярность оценки врачом-специалистом жалоб, анамнеза, клинических, лабораторных и инструментальных исследований;
- консультации смежных специалистов (у описанных пациентов сопутствующая патология была выявлена впервые только на этапе стационарного лечения);
- назначение профилактических и реабилитационных мероприятий, в том числе санаторно-курортного лечения.

Суммируя обе клинические ситуации, необходимо отметить, что при оказании специализированной медицинской помощи по профилю «дерматовенерология» данным больным был упущен такой важный этап работы, как диспансерное наблюдение.

Раскрытие особенностей и анализ медико-социальных проблем пациентов с хроническими дерматозами позволят сбалансировать и оптимизировать структуру оказания медицинской помощи, определить характер приоритетных мер по улучшению и укреплению здоровья пациентов по профилю «дерматовенерология».

## Литература

1. Кубанова А. А., Кубанов А. А., Мелехина Л. Е., Богданова Е. В. Анализ состояния заболеваемости болезнями кожи и подкожной клетчатки в Российской Федерации за период 2003–2016 гг. // Вестник дерматологии и венерологии. 2017; 6: 22–33.
2. Федеральные клинические рекомендации. Дерматовенерология 2015: Болезни кожи. Инфекции, передаваемые половым путем. 5-е изд., перераб. и доп. М.: Деловой экспресс, 2016. 768 с.
3. Баткаева Н. В., Баткаев Э. А., Гитинова М. М. Сравнительная оценка дерматологического индекса качества жизни у больных хроническими воспалительными дерматозами // Русский медицинский журнал. 2018; 82: 68–71.
4. Тлиш М. М., Кузнецова Т. Г., Сычева Н. Л. Клинико-морфологические аспекты карциноидного папилломатоза кожи Готтрона // Медицинский вестник юга России. 2014, № 2, с. 138–143.
5. Cowell W., Fulford-Smith A., Poultney S. Adherence with bisphosphonate treatment for osteoporosis in UK patients. Poster presented the second joint meeting of the European Calcified Tissue Society and the International Bone Mineral Society. Geneva, 25–29 June 2005.
6. Hill M. N., Miller N. H. Compliance Enhancement. A Call for Multidisciplinary Team Approaches // Circulation. 1996; 93: 4–6.
7. Horne R. Representation of medication and treatment: advances in theory and measurements. In: Petrie R, Weinlan J, eds. Perceptions of Health and Illness: Current Research and Applications. London: Harwood Academic, 1997, p. 155–188.
8. Binhas E. Comment augmenter l'acceptation des plans de traitement. Dialogue 1999; 13–15.
9. Теплякова Е. Д., Щербаков С. М. Совершенствование организации проведения профосмотров и диспансеризации в амбулаторных условиях на основе имитационного моделирования // Кубанский научный медицинский вестник. 2015; 4: 124–130.
10. Федеральный закон от 21. 11. 2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

**М. М. Тлиш**, доктор медицинских наук

**Т. Г. Кузнецова**<sup>1</sup>, кандидат медицинских наук

**ФГБОУ ВО КубГМУ МЗ РФ**, Краснодар

<sup>1</sup> Контактная информация: [taya1504@mail.ru](mailto:taya1504@mail.ru)

Медико-социальные проблемы ведения пациентов с хроническими дерматозами/ М. М. Тлиш, Т. Г. Кузнецова

Для цитирования: Лечащий врач № 1/2019; Номера страниц в выпуске: 77-81

Теги: кожа, малигнизация, инвалидизация, качество жизни.

---

© «Открытые системы», 1992-2019. Все права  
защищены.