ОГЛАВЛЕНИЕ

Участники издания 7
Список сокращений и условных обозначений 12
Термины 16
Введение 19

Глава 1. Становление амбулаторной медицинской помощи (*Е.Е. Шиган*) . . . 23
Глава 2. Инфекционные болезни 31
2.1. Острые респираторные вирусные инфекции (*Т.Н. Миронова*, *Д.А. Орлов*) 32
2.2. Острый тонзиллофарингит (*Т.Н. Миронова*, *Д.А. Орлов*) 45
Глава 3. Заболевания органов дыхания 57
3.1. Острый бронхит (*С.С. Соловьев*) 58
3.2. Внебольничная пневмония (*С.С. Соловьев*, *М.Г. Головко*) 68
3.3. Хроническая обструктивная болезнь легких (*С.С. Соловьев*, *М.Г. Головко*) 88
3.4. Бронхиальная астма (*М.Г. Головко*, *С.С. Соловьев*) 114
Глава 4. Заболевания сердечно-сосудистой системы 141
4.1. Ишемическая болезнь сердца (*Ф.Д. Ахматова*) 142
4.1.1. Стенокардия 148
4.1.2. Постинфарктный кардиосклероз 165
4.2. Артериальная гипертензия (*А.Ю. Литвин*, *Е.М. Елфимова*) . . . 178
4.3. Вторичные артериальные гипертензии (*Е.А. Вартанян*) 195
4.4. Некоронарогенные заболевания миокарда (*В.Г. Ларин*, *В.Н. Ларина*, *Б.Я. Барт*, *М.Н. Алехин*) 207
4.4.1. Кардиомиопатии 209
4.4.2. Миокардит 229
4.5. Хроническая сердечная недостаточность (*В.Н. Ларина*) 240
4.6. Нарушения ритма сердца (*Е.В. Кудина*) 263
Глава 5. Заболевания органов пищеварения и гепатобилиарного тракта . . . 283
5.1. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (*Д.Г. Карпенко*) 284
5.2. Хронический гастрит (*М.Г. Головко*, *С.С. Соловьев*) 298
5.3. Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки (*М.Г. Головко*, *С.С. Соловьев*) 317
5.4. Воспалительные заболевания кишечника (*А.А. Зуйкова*, *Ю.А. Котова*, *Е.А. Ханина*) 345
5.4.1. Язвенный колит 345
5.4.2. Болезнь Крона 358
5.5. Синдром раздраженной кишки (*М.Г. Головко*, *С.С. Соловьев*) . . . 372
5.6. Функциональные расстройства и хронические заболевания желчевыводящих путей (*В.Ф. Беневская*) 393
5.6.1. Функциональные расстройства билиарного тракта 393

5.6.2. Хронический бескаменный холецистит 399
5.6.3. Постхолецистэктомический синдром 409
5.7. Хронический панкреатит (*О.В. Быкова*) 415
Глава 6. Заболевания почек 427
6.1. Хронический гломерулонефрит (*Е.Н. Шерегова*) 428
6.2. Хронический пиелонефрит (*М.П. Михайлусова*) 439
6.3. Хроническая болезнь почек (*Е.В. Кудина*) 450
Глава 7. Остеопороз (*В.Н. Ларина*, *И.А. Самкова*) 463
Глава 8. Заболевания опорно-двигательного аппарата (*Е.Л. Насонов*, *А.А. Баранов*, *Э.Н. Оттева*) 483
8.1. Ревматоидный артрит 484
8.2. Остеоартроз (остеоартрит) 498
8.3. Псориатический артрит 508
8.4. Анкилозирующий спондилит 517
8.5. Подагра 528
8.6. Ревматическая полимиалгия 538
Глава 9. Анемии (*Е.В. Кудина*, *Е.В. Федорова*) 547
Глава 10. Медикаментозная токсидермия (*А.С. Дворников*, *Т.А. Гайдина*, *К.Е. Назимкин*) 569
Глава 11. Неотложные состояния (*М.В. Солодун*, *Е.В. Филиппов*, *Н.С. Журавлева*, *Е.В. Заикина*, *Н.С. Асфандиярова*, *А.Н. Воробьев*, *Т.Е. Филатова*, *А.Г. Якубовская*, *О.В. Дашкевич*, *К.А. Мосейчук*) 581
11.1. Резкое повышение артериального давления и гипертонический криз 582
11.2. Острый коронарный синдром 585
11.3. Коллапс 588
11.4. Тромбоэмболия легочной артерии 592
11.5. Приступ бронхиальной астмы 595
11.6. Анафилактический шок 598
11.7. Пневмоторакс 601
11.8. Гипергликемический синдром 603
11.9. Гипогликемическая кома 606
11.10. Желчная колика 609
11.11. Почечная колика 611
11.12. Отравление токсическими веществами 612
11.13. Сердечно-легочная реанимация 617

Литература 624
Приложение 1 635
Приложение 2 636
Предметный указатель 638

Электронное приложение. Алгоритмы формулировки диагнозов
http://www.studmedlib.ru/ru/doc/ISBN9785970465288-PRIL.html



ВВЕДЕНИЕ

Первичное звено здравоохранения играет ключевую и наиболее ответственную роль в раннем выявлении заболеваний, предупреждении их возникновения и развития, в том числе осложнений; в повышении приверженности пациентов лечению; формировании здорового образа жизни населения.

Представленный вашему вниманию учебник «Поликлиническая терапия» отличает фундаментальный подход к диагностике и лечению многих заболеваний, наиболее часто встречающихся в ежедневной работе врача-терапевта и врача общей практики первичного звена здравоохранения.

Несомненное достоинство учебника — пристальное внимание к формулировке клинического диагноза. В ранее изданных учебниках примеры формулировки диагноза приводили без акцента на правилах его построения. Перед авторами нового учебника «Поликлиническая терапия» была поставлена задача разложить диагноз на составляющие, подробно остановиться на каждой позиции, а затем собрать диагноз как «конструктор» и привести варианты его формулировки.

В связи с тем что авторы делают акцент на построении диагноза, было принято решение о представлении в учебнике преимущественно нозоологических форм. Выбор был сделан с учетом наиболее часто встречающихся острых, а также хронических неинфекционных заболеваний в структуре мультиморбидности.

Хорошо известен факт, что грамотно сформулированный диагноз служит основой правильного выбора тактики ведения пациента, а неправильная формулировка часто приводит к расхождению клинических и патоморфологических диагнозов.

Возникновению понятия «диагноз» мы обязаны врачам столицы птолемеевского Египта — Александрии. Именно во II в. до н.э. в медицинских учреждениях этого средиземноморского города впервые при назначении лечения пациенту врачи стали кратко формулировать его заболевание.

Двумя столетиями ранее Гиппократ в своих учениях останавливался на большой важности знания для врача *anamnesis—diagnosis—prognosis* больного, т.е. выявления трех стадий патологического процесса: то, что было до возникновения заболевания; сам диагноз; то, что будет после. Термин «диагноз» в данном случае обозначает «междузнание», т.е. миг, установленный между прошлым и будущем — между первым возникновением симптомов заболевания и его последующим развити-

ем, прогнозом. Над входом одной из старейших средневековых научных медицинских школ в голландском городе Лейден было написано: «Кто правильно диагностирует, тот и хорошо лечит».

Современная формулировка диагноза была впервые предложена около 100 лет назад известным русским врачом-патологоанатомом Ипполитом Васильевичем Давыдовским. В основу своей трактовки ученый положил разделение всех обнаруженных у пациента заболеваний на три категории: основное заболевание, его осложнения (если имеются), сопутствующие заболевания.

В практической работе врачу необходимо учитывать все аспекты заболевания — стадию, степень, клинический фенотип, особенности течения, осложнения; своевременно поставленный диагноз и его правильная формулировка позволяют избежать ошибок в тактике лечения пациента.

Постановка медицинского диагноза — комплексный процесс, который нередко в силу ряда обстоятельств приводит к ошибочному решению. Диагностические ошибки могут быть угрожающими жизни пациента, сопровождаться значительными негативными последствиями для качества его жизни, быть обременительными в финансовом отношении как для пациента (в случае дополнительных исследований и лечения осложнений, связанных с последствиями диагностических ошибок), так и для врача (в случае судебных издержек).

По данным литературы, ошибки при диагностике заболеваний составляют существенную долю всех медицинских ошибок, а их последствия выявляют у 5–20% пациентов в зависимости от медицинской специальности.

Ошибки в диагнозе могут появиться на разных этапах диагностического поиска (сбор анамнеза, физикальное обследование, дифференциальная диагностика, прижизненная патофизиологическая диагностика, обоснование и постановка диагноза, определение прогноза заболевания) и возникнуть в результате нескольких причин.

Точность поставленного врачом диагноза зависит от многих факторов: методов диагностики; границ разделения «нормы и патологии», используемых лично врачом и врачебным сообществом на данный момент; специфичности и выраженности симптомов заболевания; условий, в которых специалист принимает решение (амбулаторный или госпитальный этап); наличия у пациента нескольких заболеваний.

Мультиморбидность существенно затрудняет правильную и своевременную диагностику заболеваний и служит причиной ошибок в формулировке диагноза, что может повлечь за собой расхождение клинического и патологоанатомического диагнозов.

Из-за перечисленных трудностей определенной доле пациентов ставят ошибочный диагноз. Согласно данным доклада «Улучшение диагностики в здравоохранении» (в оригинале Improving diagnosis in health care), одна из ведущих проблем, лежащих в основе диагностических ошибок, заключается в том, что хороших рекомендаций по установлению правильного своевременного диагноза существует очень мало.

Главы учебника содержат современные алгоритмы ведения пациентов именно на догоспитальном этапе, на котором от навыков и умения врача полностью зависит быстрота принятия решений, верная ориентация в сложившейся клинической ситуации и разработка стратегии оказания своевременной медицинской помощи пациенту.

В учебнике обсуждаются методы исследования и их последовательность, показания к проведению высокотехнологических диагностических процедур и консультаций специалистов. Данный подход поможет молодому врачу определить правильную тактику диагностического поиска на догоспитальном этапе, избежать излишних обследований, представляющих нагрузку как для пациента, так и для системы здравоохранения в целом.

Отчетливый акцент коллектив авторов сделал на разделах, посвященных медикаментозному лечению, основанному на принципах доказательной медицины.

Важное значение в работе врача поликлиники имеют такие направления, как профилактика заболеваний и их прогрессирования, диспансерное наблюдение и экспертиза нетрудоспособности пациентов. Все эти вопросы нашли свое отражение в каждой из глав учебника, поскольку врачи первичного звена здравоохранения имеют возможность наблюдать пациентов с хроническими заболеваниями на протяжении длительного периода времени, что дает им существенное преимущество. Нередко уже сам факт постоянного наблюдения пациента вносит весомый вклад в процесс лечения пациента.

Материал, изложенный в электроном приложении к учебнику, включает алгоритмы формулировки диагноза наиболее часто встречающихся заболеваний в работе врача амбулаторного этапа.

Учебник подготовлен специалистами в области внутренних болезней, кардиологии, гастроэнтерологии, пульмонологии, ревматологии, нефрологии, дерматовенерологии, представляющих Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова, Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н. Бурденко, Ярославский государственный медицинский университет и Рязанский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова, ко-

торые входят в Научно-образовательный медицинский кластер «Восточно-Европейский», созданный в целях реализации Стратегии развития медицинской науки в Российской Федерации.

Представленный материал будет полезен как студентам, так и ординаторам, аспирантам и молодым врачам, начинающим свой профессиональный путь в амбулаторном звене медицины.

Выражаю благодарность всем авторам и рецензентам за огромный труд, а также цикловой методической комиссии по терапевтическим дисциплинам и Центральному координационному методическому совету ФГАОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова» Минздрава России и издательской группе, организовавшим появление на свет учебника «Поликлиническая терапия».

Заведующая кафедрой поликлинической
терапии лечебного факультета
ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России,
д-р мед. наук, проф. В.Н. Ларина

ГЛАВА 10

МЕДИКАМЕНТОЗНАЯ ТОКСИДЕРМИЯ

Формулировка диагноза

При формулировке диагноза необходимо указать:

- нозологию;
- распространенность высыпаний;
- морфологические признаки;
- степень тяжести



Нозология

Токсидермия (син.: токсикодермия, токсико-аллергический дерматит) — острое воспалительное заболевание кожного покрова и/или слизистых оболочек, развивающееся под действием гематогенного распространения аллергена, поступившего в организм пероральным, ингаляторным, внутривенным, подкожным, внутримышечным или интравагинальным путями.

Термин «токсидермия» предложил использовать немецкий дерматолог Ядассон, который изучал проблемы аллергии в 1890–1900-х гг. Термин «токсидермия» не всегда отражает механизм развития кожных реакций, в патогенезе которых играют роль аллергические механизмы, однако его широко используют в отечественной дерматологии.

Медикаментозная токсидермия — заболевание, этиологическим фактором развития которого служат лекарственные препараты.

Распространенность высыпаний

При токсидермии высыпания могут быть:

- генерализованные;
- локализованные;
- в виде единичного элемента.

Морфологические признаки

Характеристика морфологических элементов кожной сыпи при медикаментозной токсикодермии представлена в табл. 10.1.

Высыпания при медикаментозной токсидермии могут быть мономорфные или полиморфные (пятнисто-папулезные, пятнисто-везикулезные, везикуло-буллезные).

Степень тяжести

Выделяют три степени тяжести медикаментозной токсидермии:

- легкую;
- среднетяжелую;
- тяжелую.

Таблица 10.1. Морфологические элементы кожной сыпи при медикаментозной токсидермии

Морфологические элементы кожной сыпи	Характеристика элементов
Macula (пятно)	Возможно появление эритематозных, пигментных или геморрагических пятен. Локализация: кожа туловища, лица, конечностей, ладоней и подошв, крупных складок. Поверхность пятен гладкая, в последующем возможно отрубевидное шелушение, сетчатая пигментация, фолликулярный кератоз, вследствие чего пятна приобретают более насыщенный цвет. Пятна появляются после приема лекарственных препаратов или постепенно (в течение 2–3 сут) с последующим исчезновением
Papula (узелок)	Папулы ярко-красной окраски, размером до нескольких миллиметров в диаметре, расположены симметрично на коже туловища и конечностей, склонны к слиянию
Nodus (узел)	Плотноэластические узлы, болезненные при пальпации, локализующиеся на голенях и бедрах, иногда в области лица. Кожа над узлами ярко-красная, через несколько дней приобретает синюшный оттенок. Эволюция узлов занимает около месяца, впоследствии наблюдаются шелушение и гиперпигментация
Vesicula (пузырек)	Чаще поражаются ладони и подошвы, но высыпания могут занимать и более значительные участки кожного покрова, сопровождаются обильным мокнутием и последующим крупнопластинчатым шелушением
Bulla (пузырь)	Крупные пузыри с локализацией преимущественно в складках кожи. После вскрытия пузырей образуются вегетирующие эрозии
Pustula (гнойничок)	Локализация на участках, богатых сальными железами: лицо, грудь, межлопаточная область. Развиваются в первые 2 нед приема лекарственных препаратов. Остро возникают крупные, сгруппированные гнойные угревидные элементы, которые имеют склонность к слиянию в бляшки с крупнофестончатыми краями. Бляшки и опухолевидные инфильтраты покрыты кровянисто-гнойными корками, при снятии которых обнаруживаются очаги изъязвления с папилломатозными разрастаниями. Очаги поражения болезненны, легко кровоточат, бывают множественными, из многих мест обильно выделяется гной. Новые очаги могут возникать в течение длительного времени после отмены препарата

Окончание табл. 10.1

Морфологические элементы кожной сыпи	Характеристика элементов
Urtica (волдырь)	Волдыри не имеют типичной локализации, субъективно возможны зуд, жжение. Тенденция к слиянию в местах наибольшего трения (ягодицы, поясничная область, плечи, бедра). На лице волдыри практически не выступают над уровнем кожи. Исходно волдыри имеют розовый цвет, затем по мере нарастания отека и сдавления сети мелких сосудов приобретают фарфорово-белый цвет. При уменьшении выраженности отека цвет постепенно меняется на розовый и впоследствии волдыри исчезают бесследно. Возможно присоединение отека Квинке, бронхоспазма, диспепсии, артралгии

Степени тяжести токсидермии оценивают на основании распространенности и характера поражения кожи и слизистых, данных физикального обследования, жалоб пациента и данных лабораторного исследования (табл. 10.2).

Таблица 10.2. Степени тяжести токсидермий и их характеристика

Степень тяжести	Характеристика
Легкая	Поражение кожи до 10% поверхности при отсутствии полостных и геморрагических элементов. Нет поражения слизистых оболочек. Незначительное изменение лабораторных показателей при удовлетворительном состоянии пациента
Среднетяжелая	Распространенное поражение кожи, отсутствие буллезных и геморрагических элементов. Интенсивный кожный зуд. Эозинофилия, умеренное повышение СОЭ
Тяжелая	Субтотальное или тотальное поражение кожи и слизистых оболочек, буллезные и/или геморрагические элементы сыпи, болезненность при пальпации пораженных и непораженных участков кожи, признаки интоксикации, лихорадка, значимые отклонения в лабораторных параметрах

Тяжелые формы медикаментозной токсидермии

Самые тяжелые проявления медикаментозной токсидермии, связанные с высокой смертностью, — **синдром Стивенса–Джонсона** и **синдром**

Лайелла (син.: **токсический эпидермальный некролиз**). Обе патологии являются продолжением течения одного заболевания и отличаются друг от друга по степени тяжести и проценту поражения поверхности тела.

Наиболее часто причиной лекарственно-индуцированных синдрома Стивенса–Джонсона или токсического эпидермального некролиза служат антибактериальные препараты (особенно сульфаметоксазол + триметоприм), противоэпилептические препараты, аллопуринол и НПВП.

Эпидермальный некроз приводит к расщеплению субэпидермальных слоев кожи и образованию обширных пузырей. Покрышки пузырей легко разрушаются при травматизации (положительный симптом Никольского), образуя ярко-красные эрозированные мокнущие поверхности. При легком потирании здоровой кожи также происходит десквамация эпидермиса с последующим обнажением мокнущей поверхности. Поражения слизистых оболочек встречается в 90% случаев и может предшествовать генерализации процесса. Обширное отслоение кожи с образованием пузырей и последующим мокнутием могут привести к скрытой потере жидкости в организме, повышению риска инфицирования и серьезным мультисистемным нарушениям.

Для прогнозирования неблагоприятного течения синдрома Стивенса–Джонсона используют клинические показатели, представленные в табл. 10.3.

Таблица 10.3. Определение прогноза неблагоприятного течения синдрома Стивенса–Джонсона

Клинические показатели	Баллы
Возраст более 40 лет	1
ЧСС более 120 в минуту	1
Поражение кожного покрова более 10% поверхности	1
Злокачественные образования, включая их наличие в анамнезе	1
Изменение биохимических показателей крови	
Уровень глюкозы более 14 ммоль/л	1
Уровень мочевины более 10 ммоль/л	1
Уровень бикарбонатов менее 20 ммоль/л	1

Простое суммирование баллов помогает оценить тяжесть течения синдрома Стивенса–Джонсона. Вероятность летального исхода:

- 0–1 балл — 3%;
- 2 балла — 12%;

- 3 балла — 36%;
- 4 балла — 58%;
- более 5 баллов — 90%.

Примеры формулировки диагноза

DS. Буллезно-геморрагическая медикаментозная токсидермия. Генерализованные высыпания. Среднетяжелая степень.

DS. Медикаментозная токсидермия по типу многоформной экссудативной эритемы. Локализованные высыпания на коже предплечья правой руки. Легкая степень.

Верификация диагноза

Диагноз медикаментозной токсидермии устанавливают на основании жалоб пациента, данных анамнеза, объективного клинического исследования, лабораторного и при необходимости инструментального обследований и исключения других заболеваний.

Жалобы пациента (клинические проявления)

Для пациента с медикаментозной токсидермией типичны жалобы на высыпания на коже и/или слизистых оболочках, которые могут сопровождаться различными субъективными ощущениями. Макулопапулезная токсидермия обычно сопровождается сильным зудом, уртикарная — зудом или жжением ладоней и подошв; возможны онемение языка, давящая боль за грудиной, ощущение сердцебиения, слабость.

При острой генерализованной пустулезной экзантеме появляются эритема, зуд и жжение. Слияние пустул может привести к отделению эпидермиса, что сопровождается положительным симптомом Никольского.

У пациентов с синдромом Стивенса–Джонсона или токсическим эпидермальным некролизом на ранних стадиях заболевания могут появляться симптомы ОРВИ с признаками поражения верхних дыхательных путей. Гриппоподобный продромальный период длится от 1 сут до 2 нед. В течение этого периода возможны лихорадка, боль в горле, озноб, головная боль, недомогание. У некоторых пациентов могут появиться рвота и диарея. Пациенты также могут отмечать гиперчувствительность и повышенную травматизацию кожи.

Анамнез

При сборе анамнеза необходимо обратить внимание на наличие сходных симптомов, профессиональных факторов риска развития заболевания, прием лекарственных препаратов, в том числе тех, которые

пациенты использовали в течение последнего месяца. При отмене лекарственного препарата, вызвавшего медикаментозную токсидермию, симптомы постепенно уменьшаются, что также служит подтверждением диагноза.

Физикальный осмотр

Локализация высыпаний возможна на любом участке кожного покрова или слизистых. Морфологические элементы могут быть как мономорфными, так и полиморфными (пятнисто-папулезными, пятнисто-везикулезными, везикуло-буллезными), единичными или множественными при генерализованном характере высыпаний (табл. 10.4).

Таблица 10.4. Медикаментозные токсидермии, часто встречающиеся в практике участкового врача-терапевта и врача общей практики

Токсидермии	Характеристика	Лекарственные средства
Макулопапулезная сыпь	Развитие после начала приема любого лекарственного препарата независимо от времени. Характерны множественные мелкие папулы или пятна, которые сопровождаются сильным зудом	Ампициллин, амоксициллин, сульфаниламиды, фенитоин, карбамазепин, НПВП, ципрофлоксацин, цефалоспорины, барбитураты, тиазиды, фенотиазины, напроксен, хинидин
Фиксированная эритема	Ограниченные эритематозные высыпания, быстро исчезающие, с сохранением местной гиперпигментации. Типичная локализация: лицо, конечности, гениталии	Сульфаниламиды (в частности, ко-тримоксазол), НПВП, фенолфталеин, тетрациклин, ципрофлоксацин
Крапивница	Ограниченные, приподнятые, отечные, эритематозные волдыри, нет типичной локализации. Высыпания редко сохраняются более суток. Ассоциированы с осложнениями в виде ангионевротического отека или фатальной анафилаксии	Пенициллины, сульфаниламиды, цефалоспорины, тетрациклины, мочегонные средства, транквилизаторы, НПВП, наркотические анальгетики, миорелаксанты, ИАПФ

У пациентов с синдромом Стивенса–Джонсона или токсическим эпидермальным некролизом первоначальные кожные проявления могут быть представлены темно-красными пятнами, пурпурой, пораже-

ниями в виде атипичных мишеней и/или генерализованной эритемой. В дальнейшем обычно появляются множественные полиморфные высыпания в виде багрово-красных пятен с синюшным оттенком, папул, пузырьков, мишеневидных очагов. В течение нескольких часов на этих местах формируются пузыри, которые могут достигать огромных размеров. Впоследствии возможно развитие болезненного генерализованного везикуло-буллезного поражения кожи с десквамацией.

Поражение слизистых оболочек и кожного покрова составляет менее 10%. Пациенты с токсическим эпидермальным некролизом имеют распространенное и быстро развивающееся отслоение кожи с более чем 30% поражением кожного покрова.

Лабораторная диагностика

Для определения степени тяжести токсидермии рекомендовано проведение клинического и биохимического анализов крови. Для идентификации сенсибилизатора, вызвавшего аллергические реакции замедленного типа, можно использовать скарификационные тесты.

Не рекомендовано проведение провокационных проб с лекарственными средствами, которые могут быть опасны из-за развития угрожающих жизни аллергических реакций.

Консультации специалистов

По показаниям рекомендованы консультации врача-аллерголога и врача-дерматовенеролога для решения вопроса о специфическом обследовании.

Дифференциальная диагностика

Кожные проявления медикаментозной токсикодермии следует дифференцировать с другими экзантемами, в том числе и вирусного генеза, особенно на ранних этапах развития; с корью, скарлатиной, ветряной оспой, краснухой.

Показания к госпитализации

Обследование и лечение пациентов с токсидермией в амбулаторных условиях возможно только после исключения показаний к госпитализации. Показаниями к госпитализации считают:

- распространенные геморрагические и/или буллезные высыпания;
- вероятность развития тяжелой степени медикаментоной токсидермии и осложнений (отек Квинке, синдром Лайелла или Стивенса–Джонсона);
- резистентность к лечению, проводимому в амбулаторных условиях;

- выраженная сопутствующая патология, лихорадка, артралгия, низкий уровень АД, лимфоцитоз с атипическими лимфоцитами.

Лечение

Цель лечения — клиническое выздоровление.

Принципы терапии

Рекомендовано прекращение приема всех медикаментов, кроме жизненно необходимых, которые невозможно заменить препаратами иной группы; щадящая диета, обильное питье, назначение пероральных энтеросорбентов.

Принципы терапии токсидермии в зависимости от степени тяжести на догоспитальном этапе представлены на рис. 10.1.

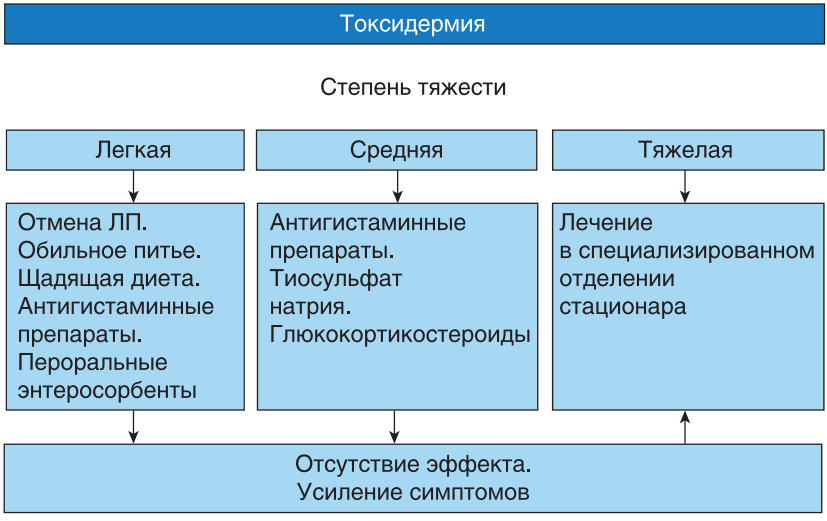


Рис. 10.1. Алгоритм лечения токсидермии на догоспитальном этапе

Медикаментозная терапия

Рекомендовано назначение **пероральных энтеросорбентов** по одной из нижеперечисленных схем.

- Лигнин гидролизный в форме таблеток по 4–6 таб. 3 раза в сутки, т.е. по 4,5–6,75 г/сут (для взрослых). При острых состояниях длительность лечения — 3–5 сут; при аллергических заболеваниях и хронических интоксикациях — до 14 сут. Повторные курсы лечения проводят спустя 2 нед по рекомендации врача.

- Лигнин гидролизный в форме гранул для приема внутрь за 1 ч до еды и приема других лекарств, размешав в 50–100 мл воды или запивая водой. Доза препарата зависит от тяжести заболевания и составляет 0,5–1 г/кг массы тела за сутки в 3–4 приема.
- Лигнин гидролизный в форме порошка внутрь за 1 ч до еды и приема других лекарств, размешав в 50–100 мл воды или запивая водой. Доза препарата зависит от тяжести заболевания и составляет 0,5–1 г/кг массы тела за сутки в 3–4 приема. Средняя доза — 1 ст. ложка на прием по 3–4 раза в сут.
- Лактулоза + лигнин гидролизный внутрь, при необходимости после предварительного измельчения, запивая водой, за час до еды и приема других лекарственных средств по 1–2 таб. 3 раза в сутки.
- Полиметилсилоксана полигидрат в форме пасты для приема внутрь за 1–2 ч до или после еды и приема других лекарств, запивая водой. Доза для взрослых — 22,5 г (1,5 ст. ложки) или 1 пак. 3 раза в сутки. Суточная доза — 67,5 г (3 пак.).
- Полиметилсилоксана полигидрат в форме геля для приготовления суспензии для приема внутрь. Доза для взрослых — 15 г (1 ст. ложка) 3 раза в сутки. Продолжительность лечения при острых отравлениях — 3–5 сут; при хронических интоксикациях и аллергических состояниях — 2–3 нед. Повторный курс — по рекомендации врача.

При токсидермии легкой степени тяжести с преобладанием пятнистых, уртикарных или папулезных высыпаний рекомендовано назначать перорально **антигистаминные препараты**, а именно один из следующих вариантов:

- цетиризин — по 10 мг 1 раз в сутки в течение 7–10 сут;
- лоратадин — по 10 мг 1 раз в сутки в течение 7–10 сут;
- хлоропирамин — по 25 мг 3–4 раза в сутки в течение 7–10 сут;
- клемастин — по 1 мг 2 раза в сутки в течение 7–10 сут;
- хифенадин — по 25 мг 2–3 раза в сутки в течение 7–10 сут;
- сехифенадин — по 50–100 мг 2–3 раза в сутки в течение 7–10 сут.

При токсидермии средней степени тяжести рекомендовано назначение **детоксикационной терапии** (натрия тиосульфата 30% раствор по 10 мл в/в) и антигистаминных препаратов.

При токсидермии тяжелой степени тяжести рекомендовано назначение глюкокортикоидых препаратов парентерально (преднизолон, метилпреднизолон, дексаметазон) по 60–120 мг в пересчете на преднизолон) и/или перорально (преднизолон, метилпреднизолон, дексаметазон) (не менее 30–35 мг/сут в пересчете на преднизолон).

В процессе лечения режим дозирования зависит от тяжести клинических проявлений, индивидуальных особенностей и динамики состояния пациента.

Профилактика

Пациентов с медикаментозной токсидермией в анамнезе следует информировать относительно риска развития повторных токсидермий при фармакотерапии. Следует убедить пациентов в необходимости иметь при себе выписку из карты или любую другую форму, содержащую информацию о медикаментозной токсидермии, особенно если эта реакция была серьезной. При назначении фармакотерапии таким пациентам знание перекрестно реагирующих лекарственных средств, прием которых безопасен, жизненно необходимо.

Нельзя забывать и о генетической предрасположенности к развитию медицинской токсидермии; семейный анамнез в данном случае играет немаловажную роль.

При назначении фармакотерапии врачу необходимо учитывать такие факторы риска развития медикаментозной токсидермии, как старший возраст пациента, мультиморбидность и полипрагмазия с целью оценки соотношения пользы и риска от принимаемых ранее и назначенных в настоящее время лекарственных препаратов, и при необходимости произвести коррекцию фармакотерапии и рассмотреть возможность «депрескрайбинга».

Работники здравоохранения, включая средний медицинский персонал и фармацевтов, должны быть настороженными в отношении возможного развития нежелательных кожных реакций при приеме лекарственных препаратов, оценивая соотношение пользы и риска в каждом случае.



Вопросы для самоконтроля

1. *Морфологические элементы кожной сыпи, которые можно обнаружить при медикаментозной токсидермии.*
2. *Медикаментозные токсидермии, часто встречающиеся в практике участкового врача-терапевта и врача общей практики.*
3. *Тяжелые и редко встречающиеся медикаментозные токсидермии в практике врача-терапевта участкового и врача общей практики.*
4. *Препараты, которые наиболее часто вызывают синдромы Стивенса–Джонсона и Лайелла.*
5. *Алгоритм лечения токсидермии на догоспитальном этапе.*