

<https://doi.org/10.29296/25877305-2018-11-19>

Клинический анализ ятрогенной патологии при оказании медицинской помощи больным псориазом

М. Тлиш, доктор медицинских наук, профессор,
Т. Кузнецова, кандидат медицинских наук,
Ж. Наатыж, кандидат медицинских наук
Кубанский государственный медицинский университет,
Краснодар
E-mail: taya1504@mail.ru

Проблемы ятрогенных ошибок ежегодно обсуждаются более в чем в тысячах публикаций. Знание возможных диагностических и терапевтических дефектов оказания медицинской помощи пациентам с псориазом позволит снизить частоту допускаемых врачами лечебно-диагностических и тактических ошибок.

Ключевые слова: дерматология, ятрогенные ошибки, псориаз.

Для цитирования: Тлиш М., Кузнецова Т., Наатыж Ж. Клинический анализ ятрогенной патологии при оказании медицинской помощи больным псориазом // Врач. – 2018; 29 (11): 82–88. <https://doi.org/10.29296/25877305-2018-11-19>

Проблемы ятрогенных ошибок ежегодно обсуждаются в тысячах публикаций [1]. Диагностические ошибки в дерматологии многообразны и неизбежны в силу объективных и субъективных причин [2]. Часто меняющаяся клиническая картина затрудняет представление о том, что же было в самом начале заболевания. В связи с этим нужны не только многочисленные эмпирические исследования, но и обобщающие их методологические работы [1].

В профессиональные обязанности врача входит умение прогнозировать свои действия, отслеживать получение как положительного, так и отрицательного результатов, знать последствия и осложнения применения всех манипуляций и лекарств. И если врач своевременно реализует возможность «предусмотреть», то, естественно, у него появляется и возможность вовремя предотвратить неблагоприятные последствия [3].

Важно понимать, что результаты клинических и лабораторных данных оцениваются комплексно, дополняя друг друга, а обязанность их толкования и принятия решения о диагнозе и лечении лежат на враче, как и ответственность за ошибки.

Совершенствование и стандартизация комплекса диагностических, лечебно-профилактических мероприятий и системы диспансерного наблюдения позво-

лит достигнуть стойкой ремиссии хронических дерматозов и снизить их распространенность [4].

Псориаз — хронический дерматоз преимущественно с генетической детерминантой иммунопатологических реакций, проявляющихся доброкачественной гиперпролиферацией эпителиоцитов, нарушением их дифференциации и кератинизации [5]. В мире зарегистрировано около 125 млн пациентов с этим заболеванием, частота его встречаемости в структуре дерматозов — около 40% [6].

При псориазе отмечено изменение соотношения количества Т- и В-лимфоцитов, их способности к контактной сенсибилизации, а также повышение содержания IgG, IgA, IgE при сохранении нормального уровня IgM; выявлены антитела (АТ) к антигенам клеток рогового и зернистого слоев эпидермиса, АТ к ядрам клеток эпидермиса в экстрактах лимфоцитов и нейтрофилов. С помощью прямого метода иммунофлюоресценции в эпидермисе псориазных элементов обнаружены отложения Ig, иммунных комплексов, АТ и комплемента [7].

Сложность патогенеза заболевания во многом затрудняет выбор терапии. При назначении того или иного препарата следует принимать во внимание его долгосрочную эффективность, возможность развития неблагоприятных явлений, наличие псориазического артрита (ПсА), сопутствующих заболеваний [7].

Метотрексат (МТ) в настоящее время рассматривается как «золотой стандарт» базисной противовоспалительной терапии ревматоидного артрита благодаря высокой частоте случаев клинического улучшения и хорошей переносимости [8]. Именно противовоспалительный эффект препарата определяет его применение при псориазе и ПсА [8]. Препарат демонстрирует высокую терапевтическую эффективность не только при вульгарной форме псориаза, но и при таких тяжелых формах дерматоза, как псориазическая эритродермия и генерализованный пустулезный псориаз [9, 10].

В клинических рекомендациях Российского общества дерматовенерологов и косметологов (2015) указано, что начальная доза МТ при парентеральном применении составляет 7,5–10 мг в неделю, при необходимости она может быть увеличена до 30 мг в неделю. После достижения терапевтического эффекта возможна поддерживающая терапия в минимальной эффективной дозе (однако $\leq 22,5$ мг в неделю) [11].

При лечении аутоиммунных и других иммунопосредованных заболеваний МТ назначают на длительное время, в связи с чем возникает вопрос о контроле основных функций организма. Передозировка приводит к тяжелым побочным эффектам со стороны различных систем организма [12]. Частота побочных реакций при терапии МТ довольно высока, и возможно развитие серьезных осложнений, требующих срочной отмены препарата и неотложной терапевтической коррек-

ции. Однако постоянный контроль их возникновения, а также своевременные мероприятия, направленные на профилактику и лечение нежелательных явлений, позволяют проводить терапию в течение ряда лет [13]. Поэтому особое внимание следует уделять тщательному клиническому обследованию больных до начала терапии с оценкой состояния печени и почек, регулярному контролю на протяжении всего периода лечения показателей крови, мочи, печеночных тестов.

Приводим клинические наблюдения.

Клинический пример №1

Пациент Л., 31 года, 08.12.15 поступил в стационарное отделение Клинического кожно-венерологического диспансера Минздрава Краснодарского края (ККВД МЗ КК) с жалобами на высыпания на слизистой оболочке полости рта, носа, коже туловища, верхних и нижних конечностей, чувство жжения в области высыпаний, болезненность при приеме пищи, слюнотечение, повышение температуры до 38,2°C.

Анамнез заболевания: последние 2 года пациент находился на диспансерном учете у дерматолога по месту жительства с диагнозом псориаза, отмечал обострения 3–4 раза в год (сезонности течения заболевания не наблюдалось). В начале декабря 2015 г. во время очередного обострения врачом-дерматологом центральной районной больницы было рекомендовано амбулаторное комплексное лечение: наружная и гипосенсибилизирующая терапия, цитостатики — МТ 20 мг внутримышечно №10 ежедневно. На 5-й день терапии МТ появились жалобы на высыпания на слизистой оболочке полости рта, сопровождающиеся болезненностью, выраженное жжение и изменение окраски в области псориазических элементов, повышение температуры тела, тошноту, в связи с чем был госпитализирован в стационарное отделение ККВД МЗ КК.

Аллергологический анамнез и наследственность не отягощены. Вредные привычки отрицают. Соматически не обследован.

При поступлении в стационар общее состояние средней тяжести. Сознание ясное, положение активное. Масса тела — 68 кг, рост — 175 см. Кожные покровы, свободные от проявлений основного патологического процесса, влажные, розовые. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Температура тела — 37,5°C. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Частота дыхательных движений — 17 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные. Пульс — 70 в минуту. АД — 120/80 мм рт. ст. Язык влажный, по спинке обложен белым налетом. Живот мягкий, безболезненный. Печень — у края реберной дуги. Физиологические отправления в норме.

St. specials: кожный патологический процесс носит распространенный, симметричный характер, охватывает слизистую оболочку полости рта, нос, кожу верхних конечностей, межъягодичной складки, перианальной области. Представлен пятнами, папулами, пузырями, эрозиями, чешуйко-корками.

На слизистой оболочке щек — ретромалярно, на слизистой оболочке губ, носа располагаются единичные эрозии неправильно округлой формы, покрытые abortивной покрывкой пузыря (рис. 1, 2). На коже разгибательной поверхности верхней трети левого предплечья находится бляшка округлой формы с четкими границами размером до 4 см в диаметре, центральная часть которой — насыщенно красного цвета, местами — с наслоениями чешуйко-корок. Периферическая часть бляшки имеет застойно синюшно-фиолетовый оттенок. На коже вдоль межъягодичной складки с переходом в перианальную область — четко ограниченная бляшка с эрозивной мокнущей поверхностью, красновато-синюшного цвета в центре, а по периферии — темно-фиолетового, края — с обрывками покрывки пузыря (рис. 3). На коже тыльной поверхности кистей, разгибательной поверхности межфаланговых суставов, области ногтевых валиков — лентикулярные, нумулярные папулы правильной округлой формы с четкими границами, выраженной инфильтрацией ярко-красного цвета с багровым оттенком по периферии (рис. 4). Поверхность отдельных элементов местами эрозивна, мокнет, покрыта корко-чешуйками. По периферии — обрывки покрывки пузыря.

На коже ладонной поверхности левой кисти, сгибательной поверхности пальцев располагаются

единичные рассеянно расположенные пятна диаметром около 3 мм с цианотичным центром — «симптом мишени». На коже сгибательной поверхности III пальца левой кисти в области II межфалангового сустава визуализируется эрозия ярко-красного цвета с обрывками покрывки пузыря (рис. 5). Симптом Никольского отрицательный. На коже подушечки IV пальца правой кисти располагаются 2 пузыря с плотной покрывкой неправильной формы с прозрачным содержимым.

Данные дополнительных методов исследования:

Общий анализ крови (ОАК): эр. — $4,4 \cdot 10^{12}/л$; Hb — 165 г/л; л. — $4,5 \cdot 10^9/л$; п. — 4%; с. — 63%; э. — 5%; лимф. — 25%; мон. — 3%; СОЭ — 6 мм/ч; тр. — $245 \cdot 10^9/л$.

Биохимический анализ крови: общий белок — 70 г/л; креатинин — 75,26 мкмоль/л; холестерин — 5,2 ммоль/л; билирубин общий — 9,5 мкмоль/л; щелочная фосфатаза — 80 Ед/л; амилаза — 50 Ед/л; глюкоза — 4,7 ммоль/л; гамма-глутамил-трансфераза (ГГТ) — 22 Ед/л; аланинаминотрансфераза (АЛТ) — 36 Ед/л; аспартатаминотрансфераза (АСТ) — 39 Ед/л.

Общий анализ мочи (ОАМ): цвет — светло-желтый, прозрачная, удельный вес — 1015, рН — 5,5, белок отсутствует; кетоновые тела отсутствуют; л. — 3–4 в поле зрения; билирубин отсутствует.

Иммуноферментный анализ (ИФА) крови на ВИЧ — антигены/АТ к ВИЧ не обнаружены.

Кровь в ИФА на вирусные гепатиты В и С: HBsAg не обнаружен, HCV не обнаружены.

Мазок-отпечаток на акантолитические клетки и эозинофилы: акантолитические клетки не обнаружены; эозинофилы: 0:100.

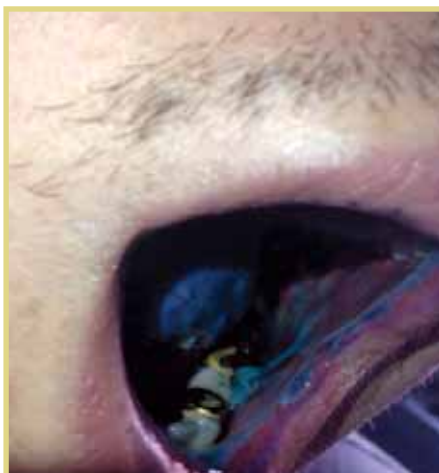


Рис. 1. Пациент Л. На слизистой оболочке щек — единичные эрозии неправильно-округлой формы, покрытые abortивной покрывкой пузыря



Рис. 2. Пациент Л. Клинические проявления дерматологического процесса: на слизистой оболочке губ — эрозии неправильной формы с четкими границами



Рис. 3. Пациент Л. На коже вдоль межъягодичной складки с переходом в перианальную область — четко ограниченная бляшка с эрозивной мокнущей поверхностью, красновато-синюшного цвета в центре, а по периферии — темно-фиолетового; края с обрывками покрывки пузыря

Соскоб с языка на Candida: обнаружен псевдомикелий дрожжевого гриба.

УЗИ гепатобилиарной области: гепатомегалия, диффузные изменения в печени, поджелудочной железе.

Консультация терапевта: гипертрансаминаземия, токсический гепатит.

Поставлен диагноз: синдром Стивенса—Джонсона; псориаз распространенный, стационарная стадия, внесезонная форма; кандидозный глоссит; гипертрансаминаземия; токсический гепатит.

В условиях стационарного отделения ККВД МЗ КК проведена системная глюкокортикостероидная, инфузионная, наружная терапия согласно Федеральным клиническим рекомендациям по ведению больных с синдромом Стивенса—Джонсона (2015).

Анализируя данное наблюдение, необходимо отметить тактические ошибки в амбулаторном ведении пациента, которые привели к развитию осложнений:

- начальная доза при парентеральном введении МТ была завышена: вместо 10 мг она составляла 20 мг;
- режим парентерального введения цитостатика не был выдержан: в показаниях к назначению препарата рекомендовано введение 1 раз в неделю, в то время как данному больному было рекомендовано ежедневное применение длительностью до 10 дней;

- в рекомендациях не было назначений клинико-лабораторных исследований (ОАК, биохимического анализа крови, ОАМ, рентгенографии грудной клетки) в динамике;
- не была указана дата очередной явки пациента на прием.

Клинический пример №2

Пациент В., 39 лет, обратился на кафедру дерматовенерологии Кубанского государственного медицинского университета в ноябре 2017 г. с жалобами на очаги отсутствия волос на коже волосистой части головы, поражение кожи в паховых областях и межъягодичной складке. Заболевание началось в июне 2015 г. с появления высыпаний в паховых складках, которые через 1 мес распространились на кожу полового члена и межъягодичную складку. Неоднократно обращался в различные медицинские учреждения Краснодара, где ставили диагнозы эпидермофитии паховой, кандидоза крупных складок. После противогрибковой терапии кожные высыпания не исчезли. Из анамнеза известно, что пациент отмечал самопроизвольное разрешение очагов, при этом полное отсутствие высыпаний носило кратковременный характер. В марте 2016 г. у больного впервые возникли явления артрита (артралгии, припухлость, ограничение подвижности отдельных суставов кистей, стоп, правого коленного сустава), а также спондилита (боли в грудном, поясничном отделах, скованность при фиксированных позах и в утреннее время, ограничение подвижности позвоночника в 3 плоскостях — горизонтальной, фронтальной, сагиттальной). Пациент консультирован ревматологом, дерматологом. Поставлен диагноз: ПсА, развернутая стадия, полиартритический вариант, рентгенологически II стадия, с поражением периферических суставов (несимметричный полиартрит суставов кистей и стоп, правого коленного сустава), позвоночника (спондилит грудного и поясничного отделов) умеренной степени активности. ФН II; псориаз обыкновенный, распространенный, прогрессирующая стадия.

Назначено лечение:

1. Избегать переохлаждений и гиперинсоляций.
2. Санация хронических очагов инфекций, вакцинация против-



Рис. 4. Пациент Л. На коже тыльной поверхности кистей, разгибательной поверхности межфаланговых суставов, области ногтевых валиков — лентикулярные, нумулярные папулы правильно округлой формы с четкими границами, выраженной инфильтрацией ярко-красного цвета с багровым оттенком по периферии



Рис. 5. Пациент Л. На коже ладонной поверхности левой кисти, сгибательной поверхности пальцев — единичные, рассеяно расположенные пятна диаметром около 3 мм, с цианотичным центром — «симптом мишени»; на коже сгибательной поверхности III пальца левой кисти визуализируется эрозия ярко-красного цвета с обрывками покрывки пузыря

гриппозными вакцинами в осенний период, антипневмококковыми вакцинами 1 раз в 5 лет (избегать иммунизации другими живыми вакцинами).

3. Лечебная физкультура. Щадящий физический режим для суставов: избегать ношения тяжелой одежды, длительной ходьбы, статистических нагрузок.

4. МТ — 15 мг 1 раз в неделю внутримышечно или под кожу живота, длительно, под контролем уровня общего билирубина, АСТ, АЛТ; ОАК через 3 нед и решение вопроса о возможности эскалации дозы препарата до 20 мг в неделю.

5. Фолиевая кислота (фолацин) — 5 мг, 1 таблетка в неделю (или фолиевая кислота 1 мг, 1 таблетка в сутки, кроме дня приема МТ; минимальный перерыв между приемом МТ и фолиевой кислоты — 24 ч).

6. Нимесулид (найз) — 100 мг, 1 таблетка 1–2 раза в день, после еды, принимать при болях в суставах.

7. Лабораторный контроль: ОАК (лейкоциты, тромбоциты, эритроциты); СОЭ, С-реактивный белок, АЛТ, АСТ, общий билирубин, креатинин; ОАМ — 1 раз в 3–4 нед первые 3 мес приема МТ, затем — 1 раз в 3 мес. При снижении уровня лейкоцитов до $<3 \cdot 10^3/\text{мм}^3$, тромбоцитов до $<100/\text{мм}^3$, а также при повышении уровней трансаминаз и (или) билирубина более чем в 2–3 раза и наличии интеркуррентной инфекции — отмена МТ. При появлении признаков Herpes zoster отменить препарат!!!

8. Наблюдение терапевта, дерматолога по месту жительства.

9. Рентгенография кистей и дистальных отделов стоп 1 раз в год.

10. Консультация ревматолога: плановая — через 3 мес, срочная — при ухудшении самочувствия.

11. Наружная терапия: мазь редерм 2 раза в день.

В период с марта 2016 г. по ноябрь 2017 г. пациент однократно находился на приеме у ревматолога и дерматолога (через 3 мес после начала терапии), где была зафиксирована положительная динамика кожного патологического процесса и отсутствие клинической эффективности со стороны суставного синдрома, вследствие чего доза МТ была увеличена до 20 мг в неделю (при хорошей переносимости назначенной ранее терапии).

В конце августа 2017 г. на фоне мнимого благополучия у пациента впервые появились очаги выпадения волос на коже волосистой части головы. Пациент акцентирует внимание на том, что в данный период кожные покровы были свободны от высыпаний, болевой синдром в суставах не беспокоил и он самостоятельно впервые за 1,5 года прекратил лечение. В ходе сбора анамнеза пациент также сообщил, что назначения ревматолога и дерматолога выполнял не в полном объеме: инъекции МТ проводил регулярно, прием фолиевой кислоты часто пропускал, а в последние 3–4 мес не принимал ее вообще.

В ноябре 2017 г. количество и размеры очагов выпадения волос увеличились, вновь появились высыпания в паху, межъягодичной области, что послужило поводом к обращению за консультацией на кафедру дерматовенерологии.



Рис. 6. Пациент В. На коже волосистой части головы в височно-теменно-затылочной областях визуализируются множественные сливные очаги отсутствия волос диаметром от 3 до 5 см; кожа в очагах не изменена, фолликулярный аппарат частично сохранен; в областях сохраняющихся волос отмечается диффузное поредение



Рис. 7. Пациент В. На коже лобковой области с переходом на кожу пахово-бедренных складок, полового члена — четко ограниченная бляшка, выполняющая полностью перечисленные анатомические области, с четкими границами, ярко-красного цвета, с признаками выраженной инфильтрации



Рис. 8. Пациент В. Клинические проявления дерматологического процесса в межъягодичной области

При осмотре на коже волосистой части головы в височно-теменно-затылочной областях визуализируются множественные сливные очаги отсутствия волос диаметром от 3 до 5 см. Кожа в очагах не изменена, фолликулярный аппарат частично сохранен. По периферии очагов тест на натяжение волос положительный — зона «расшатанных» волос, границы которой равны 0,5 см (рис. 6). В лучах лампы Вуда свечения нет. В областях сохраняющихся волос отмечается диффузное поредение.

На коже лобковой области с переходом на кожу пахово-бедренных складок, полового члена, мошонки располагается четко отграниченная бляшка, выполняющая полностью перечисленные анатомические области с четкими границами, ярко-красного цвета, с признаками выраженной инфильтрации (рис. 7, 8). На коже локтей, коленей симметрично, визуализируются бляшки размером от 5 до 7 см ярко-розового цвета, инфильтрированные, покрытые серебристо-белыми чешуйко-корками (рис. 9–11). Определяется псориазическая триада.

Назначено комплексное обследование:

ОАК: эр. — $2,5 \cdot 10^{12}/л$; Hb — 76 г/л; л. — $18 \cdot 10^9/л$; п. — 15%; с. — 60%; э. — 3%; лимф. — 19%; мон. — 3%; тр. — $132 \cdot 10^9$ г/л; СОЭ — 2 мм/ч.

ОАМ: цвет — светло-желтый, прозрачная, удельный вес — 1010, рН — 5,5, белок отсутствует; кетоновые тела отсутствуют; лейкоциты — 3–4 в поле зрения; билирубин отсутствует; эр. — 0–1 в поле зрения.

Биохимия крови: белок общий — 70 г/л; холестерин — 5,4 ммоль/л; креатинин — 62 мкмоль/л; мочевины — 2,4 ммоль/л; билирубин общий — 9,1 мкмоль/л; амилаза — 26 Ед/л; глюкоза — 3,9 ммоль/л; билирубин прямой — 2,4 мкмоль/л; АЛТ — 70 Ед/л; АСТ — 85 Ед/л; ГГТ — 75 Ед/л; щелочная фосфатаза — 120 Ед/л.

Кровь на сифилис: реакция микропреципитации — результат отрицательный; ИФА — результат отрицательный.

Кровь в ИФА на вирусные гепатиты В и С: HbsAg не обнаружены, HCV не обнаружены.

ИФА крови на ВИЧ: антигены/АТ к ВИЧ не обнаружены.

Тиреотропный гормон — 2,16 мМЕ/мл, АТ к тиреопероксидазе — 1,2 МЕ/мл, тироксин свободный ($T4_{св.}$) — 16,06 пмоль/л, трийодтиронин свободный ($T3_{св.}$) — 3,63 пмоль/л.

Микроскопическое исследование чешуек и волос с волосистой части головы на патогенные грибы: элементы патогенного гриба не обнаружены.

Микроскопическое исследование чешуек с паховых областей на патогенные грибы: патогенные грибы не обнаружены.

УЗИ органов гепатобилиарной зоны: диффузные изменения в печени и поджелудочной железе.

Волчаночные маркеры: волчаночный антикоагулянт не обнаружен, антинуклеарный фактор на клеточной линии HEp-2 — 0,3:160; АТ класса IgG к двуспиральной ДНК не обнаружены; АТ к кардиолипину IgG не обнаружены; АТ к кардиолипину IgM — 3MPL ед/мл.



Рис. 9. Пациент В. Симметрично расположенные бляшки на коже разгибательных поверхностей колен



Рис. 10. Пациент В. На коже локтей симметрично визуализируются бляшки размером от 5 до 7 см ярко-розового цвета, инфильтрированные, покрытые серебристо-белыми чешуйко-корками



Рис. 11. Пациент В. Клинические проявления дерматологического процесса на коже разгибательной поверхности локтей

Консультация терапевта: диагноз — токсический гепатит.

На основании данных анамнеза, клинико-лабораторного обследования пациенту был поставлен диагноз: гнездная алопеция (токсического генеза), субтотальная форма; псориаз распространенный, прогрессирующая стадия, внесезонная форма; ПСА, развернутая стадия, полиартритический вариант, рентгенологически II стадия, с поражением периферических суставов (несимметричный полиартрит суставов кистей и стоп, правого коленного сустава), позвоночника (спондилит грудного и поясничного отдела) умеренной степени активности, ФН II.

Особенностями приведенного клинического случая являются как диагностические ошибки, допущенные врачами при первичном установлении диагноза, так и осложнения, развившиеся вследствие несоблюдения самим пациентом врачебных рекомендаций:

- при дифференциальной диагностике клинических проявлений дебюта заболевания проявления интертригинозной формы псориаза были расценены как грибковые поражения;
- несвоевременно поставленный диагноз отсрочил назначение патогенетической терапии псориаза на I год;
- недисциплинированность больного явилась причиной развития токсического поражения печени и токсической алопеции.

Изложенное диктует необходимость тщательного, углубленного дифференциально-диагностического поиска при установлении окончательного клинического диагноза и должного динамического диспансерного наблюдения больных данной категории.

Таким образом, знание возможных диагностических и терапевтических дефектов оказания медицинской помощи пациентам с псориазом позволит снизить частоту допускаемых врачами лечебно-диагностических и тактических ошибок.

* * *

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Литература

1. Эльштейн Н.В. Современный взгляд на врачебные ошибки // Тер. арх. — 2005; 8: 66–92.
2. Шапошников О.К., Браиловский А.Я., Разнатовский И.М. и др. Ошибки в дерматологии / Л.: Медицина. 1987; 205.
3. Акопов В.И. Врач и больной: мораль, право, проблемы / Ростов н/Д: Институт массовых коммуникаций, 1994; 192 с.
4. Кузнецова Т.Г., Тлиш М.М., Сычева Н.Л. и др. Клинико-патогенетические особенности течения поздней кожной порфирии у жителей Краснодарского края // Росс. журн. кожных и венерич. болезней. — 2015; 18: 42–5.
5. Тлиш М.М., Катханова О.А., Наатыж Ж.Ю. и др. Псориаз у больного иктиозом // Росс. журн. кожных и венерич. болезней. — 2015; 18: 34–9.
6. Cronstein B. The mechanism of action of methotrexate // Rheum. Dis. Clin. North Am. — 1997; 23: 739–55.
7. Hausteин U., Rytter M. Methotrexate in psoriasis: 26 years` experience with low-dose long-term treatment // J. Eur. Acad. Derm. Ven. — 2000; 14: 382–8.
8. Cutolom M., Straub R. Antiinflammatory mechanisms of methotrexate in rheumatoid arthritis // Ann. Rheum. Dis. — 2001; 60: 729–35.
9. Dogra S., Mahajan R. Systemic methotrexate therapy for psoriasis: past, present and future // Clin. Exp. Dermatol. — 2013; 38 (6): 573–88.
10. Yelamos O., Puig L. Systemic methotrexate for the treatment of psoriasis // Expert Rev. Clin. Immunol. — 2015; 11 (5): 553–63.
11. Псориаз. Федеральные клинические рекомендации. Дерматовенерология (2015): Болезни кожи. Инфекции, передаваемые половым путем. 5-е изд., перераб. и доп. / М.: Деловой экспресс, 2016; 415–70.
12. Menter A., Korman N., Elmets C. et al. Guidelines of care for the management of psoriasis and psoriatic arthritis: Section 5. Guidelines of care for the treatment of psoriasis with phototherapy and photochemotherapy // J. Am. Acad. Dermatol. — 2010; 62 (1): 114–35.
13. Тлиш М.М. Клинико-статистическое подтверждение терапевтической прогрессивности авторских приемов немедикаментозной коррекции показателей биохимического и иммунологического статуса больных зудящими дерматозами // Кубанский научн. мед. вестн. — 2013; 1: 166–71.

CLINICAL ANALYSIS OF IATROGENIC DISEASES IN THE PROVISION OF MEDICAL CARE TO PATIENTS WITH PSORIASIS

*Professor M. Tlish, MD; T. Kuznetsova, Candidate of Medical Sciences; Zh. Naatyzh, Candidate of Medical Sciences
Kuban State Medical University, Krasnodar*

The problems of iatrogenic errors are discussed annually in more than thousands of publications. Knowledge of possible diagnostic and therapeutic defects in the provision of medical care to patients with psoriasis will be able to reduce the frequency of medical, diagnostic, and tactical errors made by doctors.

Key words: dermatology, iatrogenic errors, psoriasis.

For citation: Tlish M., Kuznetsova T., Naatyzh Zh. Clinical analysis of iatrogenic diseases in the provision of medical care to patients with psoriasis // *Vrach.* — 2018; 29 (11): 82–88. <https://doi.org/10.29296/25877305-2018-11-19>