

DOI: 10.29296/25877305-2018-04-05

АУТОДЕСТРУКТИВНЫЙ ДЕРМАТОЗ КАК АКТУАЛЬНАЯ МЕЖДИСЦИПЛИНАРНАЯ ПРОБЛЕМА

М. Тлиш, доктор медицинских наук, профессор,
М. Карташевская, кандидат медицинских наук
Кубанский государственный медицинский университет,
Краснодар
E-mail: marinaikar@mail.ru

Подчеркнута необходимость междисциплинарного взаимодействия дерматологов и психиатров в лечении пациентов с такими психическими расстройствами, как аутодеструктивные дерматозы.

Ключевые слова: дерматология, психиатрия, психодерматозы, аутодеструктивные дерматозы, особенности приема пациентов.

Для цитирования: Тлиш М., Карташевская М. Аутодеструктивные дерматозы как актуальная междисциплинарная проблема // Врач. – 2018; 29 (4): 32–35. DOI: 10.29296/25877305-2018-04-05

Дерматология — одна из областей общей медицины, в которой происходит накопление психических расстройств, выявляемых как минимум у $\frac{1}{3}$ больных и требующих специализированного лечения [1, 2]. Высокая распространенность, а также негативное влияние психических расстройств на качество жизни пациентов и течение дерматологического заболевания определяют актуальность изучения психопатологических симптомокомплексов у лиц, обратившихся к дерматологам.

Согласно существующему мнению, психические расстройства наблюдаются более чем у $\frac{1}{3}$ пациентов дерматологических клиник. О. Braun-Falco и соавт. [3] сообщают о тех или иных психопатологических нарушениях у 20% всех страдающих хроническими дерматозами. А. Picardi и соавт. [4] выявлены психические расстройства у 25,2% таких больных. В эпидемиологических исследованиях частота сочетания дерматологической и психической патологии достигает 30–40%. [4]. Психодерматозы могут маскироваться и проявлять значительное клиническое сходство с другими дерматозами [5].

Все многообразие психических расстройств, наблюдающихся в дерматологической практике, можно представить в виде 3 больших групп синдромов, выделенных на основе коморбидных связей:

- 1) психические расстройства с преимущественной проекцией на соматическую (кожные покровы) сферу;

2) психические расстройства, спровоцированные дерматологической патологией;

3) дерматологическая патология, спровоцированная психическими расстройствами, — психосоматические болезни [1, 6, 7].

Среди наиболее сложных в диагностическом аспекте — психические расстройства, сопровождающиеся самоповреждающим поведением. Полиморфизм клинических проявлений аутодеструктивных дерматозов, маскирование ими психической патологии приводят к значительному числу ошибок в их диагностике, значимой социальной дезадаптации, ухудшению качества жизни пациентов [4, 5].

Аутодеструктивные дерматозы относят в основном к 1-й группе синдромов. Наиболее часто встречаются:

- соматопсихоз — дерматозойный (зоопатический) бред. В формировании картины дебюта заболевания соучаствуют ложные воспоминания, а также явления тактильного галлюциноза (ощущения «укусов», «передвижения насекомых»), сопровождающиеся ощущением локальной болезненности либо неровности кожных покровов;
- ипохондрия (истерическая, невротическая, сверхценная), сопровождающаяся аутодеструктивными тенденциями. Эта группа включает ряд расстройств, о которых речь пойдет далее.

Патомимия — искусственный (артифициальный) дерматит, возникающий вследствие нанесения самоповреждений кожи и ее придатков [1, 6, 7].

Патомимия служит одним из проявлений самоповреждающего поведения, направленного на травмирование кожных покровов и инициирование дерматологических заболеваний. Самоувечья производятся систематически, тайно, в основном одним и тем же травмирующим способом. Перед совершением акта аутоагрессии человек переживает, впадает в панику, а после реализации физического повреждения наступает фаза удовлетворения. Зачастую пациенты обращаются за медицинской помощью, не подозревая об истинной природе повреждений, так как наносят увечья неосознанно [8].

Ограниченная (circumscripta) ипохондрия. Телесные сенсации в топографически ограниченной зоне с тенденцией (на уровне одержимости) к их элиминации — самоповреждения, самоувечья (коэнестезиопатическая паранойя).

Обсессивно-компульсивные расстройства с самоповреждениями кожных покровов:

- невротические (психогенные) эксориации (компульсивные повторные действия, сопровождающиеся самоповреждениями, расчесываниями, которым нередко предшествуют сенсорные феномены, ощущения дискомфорта, зуд кожных покровов);

• эксориированные акне отличаются от невротических эксориаций тем, что компульсии, сопровождающиеся аутодеструктивными действиями, проявляются не на здоровой коже, а формируются на фоне дискомфорта, связанного с реально существующим заболеванием, — акне. При всех формах эксориаций возникает порочный круг (компульсивный ритуальный цикл «зуд — расчесы»);

- трихотилломания, онихофагия и онихотилломания, хейлофагия [1, 6, 7].

Признаки аутоагрессии с кожными самоповреждениями не всегда свидетельствуют о наличии психического отклонения. Данным состояниям подвержены эмоциональные, чувствительные, инфантильные люди, которые трудно переносят неудачи и отличаются высоким уровнем тревожности и агрессивности [8].

Для дерматологов аутодеструктивные повреждения — это прежде всего диагностическая проблема, так как обычно больные не рассказывают о своих действиях и даже сообщают ложную информацию о происхождении кожных высыпаний. Это вводит врача в заблуждение, влечет за собой неверную диагностику, затрудняет лечение [9]. Известен случай, когда определить патомимию не удавалось на протяжении 18 лет [8].

При консультировании пациентов с психогенными дерматозами прослеживаются определенные закономерности:

- длительный анамнез с почти полной имитацией/симуляцией (или значительной аггравацией) симптомов сложных дерматозов [10];
- во время беседы любой уточняющий вопрос врача рассматривается как недоверие к излагаемым фактам и сопровождается резкой негативной реакцией пациента [10];
- наличие в анамнезе консультаций других дерматологов с указанием на первичный диагноз «патомимия», «эксориированные акне», «невротические эксориации» [10];
- безуспешное дерматологическое лечение, постоянное возникновение новых ран [8, 10];
- спонтанное, беспричинное появление кожных повреждений [8];
- больной жалуется на зуд или болевые ощущения в месте возникновения кожных повреждений [8];
- однотипность поражений [8];
- отсутствие у всех пациентов первичных элементов сыпи [10];
- линейное, правильное расположение ран, различные размеры, линейный характер, четкие, неправильной геометрической формы границы [9, 10];
- вторичные элементы сыпи представлены глубокими и поверхностными эксориациями, изъязвлениями причудливых форм, геморрагическими корочками [8, 9];

- месторасположение повреждений на доступных самостоятельному повреждению участках тела – голове, шее, конечностях, груди [8–10];
- кожные проявления у всех наблюдаемых больных быстро регрессировали (за исключением рубцов) – как только прекращались искусственная травматизация, раздражение, расчесывание кожи, что свидетельствует об отсутствии каких-либо иных предрасполагающих факторов для формирования дерматоза [9];
- с заключением дерматолога об отсутствии дерматологической нозологии пациент, как правило, не согласен, что ведет к возникновению конфликта и требует проведения консилиума [10];
- родственники пациента убеждены в наличии у него инвазии, что сопровождается совместным посещением медицинских учреждений, агрес-

сивным поведением и требованиями провести повторные диагностические процедуры [10];

- рекомендация проконсультироваться у психиатра вызывает резкую негативную реакцию пациента и приводит к повторным обращениям к другим дерматологам с предъявлением новых «вещественных доказательств» кожного заболевания либо к жалобам в вышестоящие инстанции с указанием на некомпетентность врача [10].

Данное патологическое самоповреждение кожных покровов, согласно Международной классификации болезней 10-го пересмотра (МКБ-10), относится к разряду F.68.1 (намеренное вызывание симптомов дерматологического заболевания и имитация психофизиологических нарушений) [8].

Дерматолог испытывает значительные затруднения при приеме данного контингента больных.

В практике известны клинические ситуации, когда дерматологу поставить правильный диагноз аутодеструктивных повреждений удастся не сразу, что связано, по-видимому, со сходством клинической картины с другими дерматозами (пчесухой, пиодермией и т.д.); недостаточным вниманием врачей к анамнезу пациентов; скрытностью больных [10]. Однако даже при правильном диагнозе дерматолога в случае последующей постановки пациенту психиатром диагноза Z00.4 (МКБ-10 – без психических расстройств), ситуация для дерматолога становится сложной, так как исчезает возможность объяснить пациенту причину его заболевания, оказать эффективную помощь. Больной, в свою очередь, получает дополнительное подтверждение своей «правоты» (о наличии у него именно кожного заболевания и якобы профессиональной некомпетентности консультирующего дерматолога) [10].

Приведем несколько клинических наблюдений.

Наблюдение № 1.

Пациентка М., 20 лет, студентка. Жалобы на высыпания на коже плеч. Из анамнеза: высыпания появились 2 года назад. Их появление ни с чем не связывает, но отмечает резкое усиление высыпаний 2 раза в год после периода экзаменов в вузе. Неоднократно обращалась к разным дерматологам, лечение – без особой динамики. Объективно: на коже плеч множество точечных и линейных, глубоких (местами биопсирующих) эскориаций, вторичные гиперпигментированные пятна. На груди, спине, плечах имеются немногочисленные папулы, бледно-красного цвета, диаметром



Рис. 1. Больная М. Множественные эскориации на коже плеч



Рис. 2. Больная В. Язва на коже верхнего века как проявление аутодеструктивного поведения. Атрофические и нормотрофические рубцы на коже лица после прежних высыпаний



Рис. 3. Пациент Б. Множественные биопсирующие эскориации как проявление аутодеструктивного поведения на фоне поздней кожной порфирии

до 0,3 см. Пациентка осознает, что самостоятельно наносит себе повреждения. Диагноз: экс-кориированные акне (рис. 1). Направлена на консультацию психиатра.

Наблюдение № 2.

Пациентка В., 36 лет. Жалобы на высыпания на коже лица, ощущение инородного тела в области левого века. Из анамнеза: считает себя больной с 15–16 лет, когда впервые стали появляться юношеские угри. К 26–28 годам основные проявления акне регрессировали, после чего пациентку стали беспокоить «другие высыпания, уродующие ее лицо». Получала лечение у дерматологов с разными диагнозами: акне, фолликулит, розацеа. Отмечает, что чаще всего высыпания исчезали только после того, как она их устранила («расковыряет»). Неоднократно обращалась к косметологам с просьбой провести пилинг различной глубины и лазерную шлифовку, но результатами осталась недовольна. Около 2 мес назад стал беспокоить один из «элементов сыпи» в области левого века (ощущение «инородного тела»). Пациентка уверена, что это – «основной элемент» (именно от него возникают «дочерние элементы на лице» и его «вскрытие» приведет к устранению всех симптомов). Поэтому больная в течение 8 мес ежедневно пытается удалить это «инородное тело» различными предметами (иголкой, булавкой, шпилькой). Объективно: на коже лица – множество атрофических и нормотрофических рубцов. На коже верхнего левого века – глубокая язва правильной округлой формы диаметром около 4 см, с плотными краями, дно частично выполнено грануляциями и покрыто серозно-геморрагическими корками. Установлен диагноз: патомимия (?). Пациентка направлена на консультацию психиатра (рис. 2).

Наблюдение № 3.

Пациент Б., 56 лет. Жалобы на высыпания на коже лица. Из анамнеза: в течение нескольких лет страдает поздней кожной порфирией. Раньше на фоне проводимой терапии высыпания почти полностью регрессировали, обострения возникали только в летнее время. Однако несколько месяцев назад пациент перенес острое нарушение мозгового кровообращения, после чего заметил, что высыпания не исчезают, появляются на фоне лечения основного заболевания. При беседе выяснилось, что пациент испытывает потребность в «сдирании корочек» с элементов («иначе они не проходят», дают «отсевы» – новые элементы). Объективно: на коже лица, головы (на черепе) – множество глубоких язв неправильной формы, диаметром до 1 см, часть прикрыта серозно-геморрагическими

корочками. Установлен диагноз: патомимия (?). Пациент направлен на консультацию психиатра (рис. 3).

Представленные клинические случаи демонстрируют, что диагностика аутодеструктивных дерматозов остается довольно сложной; терапия таких пациентов должна проводиться совместно с психиатрами и обязательно включать психотропные средства. Необходимо тесное взаимодействие полипрофессиональных бригад (дерматологов, психиатров, психологов) в рамках консультативной деятельности кожно-венерологических и психоневрологических диспансеров. Комплексный подход способствует повышению эффективности лечения, что сопровождается не только редукцией кожных симптомов, увеличением периода ремиссии, но и приводит к регрессу психопатологической симптоматики, повышая качество жизни пациентов.

* * *

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Литература

- Петрова Н.Н., Григорьева Н.С., Савоськин А.Н. Астенические расстройства и их коррекция у пациентов дерматологического профиля // Рус. мед. журн. – 2011; 19: 1198–203.
- Дороженок И.Ю. Современные аспекты психофармакотерапии психодерматологических расстройств // Психиатр. и психофармакотер. – 2004; 6 (6): 274–6.
- Braun-Falko O., Plewig G., Wolff H. et al. Dermatologie und Venerologie (5 Aufl.) / Berlin: Springer, 2004; 1582.
- Фролова В.И. Психопатологические механизмы аутоагрессивного поведения в дерматологии (дерматозный бред и ограниченная ипохондрия) // Consilium Medicum. Дерматология. – 2014; 4: 36–9.
- Тлиш М.М., Глузмин М.И., Кузнецова Т.Г. и др. Эпидемиологическая ситуация с заболеваемостью чесоткой в Краснодарском крае: пути решения проблемы // Кубанский науч. мед. вестн. – 2014; 1 (143): 167–70.
- Смулевич А.Б., Иванов О.Л., Львов А.Н. и др. Проблемы психодерматологии: современные аспекты // Рос. журн. кожных и венерических болезней. – 2005; 6: 33–40.
- Дороженок И.Ю., Львов А.Н. Психические расстройства в дерматологической практике. Учебн. пособ. / М., 2006.
- Спичарский Е.В., Иванченко Е.Н. Патомимия как вид самоповреждающего поведения // Омский психиатрический журнал. – 2015; 3 (5): 13–6.
- Юсифова Р.И., Романенко Ю.И., Романенко И.М. и др. О диагностических сложностях патомимии // Украинский мед. альманах. – 2010; 13 (4): 244–6.
- Тлиш М.М., Карташевская М.И., Бойко Е.О. и др. Психические расстройства в дерматологии как актуальная междисциплинарная проблема // Клин. дерматол. и венерол. – 2014; 2: 104–9.

SELF-DESTRUCTIVE DERMATOSIS AS AN URGENT INTERDISCIPLINARY PROBLEM

Professor **M. Tlish, MD; M. Kartashevskaya**, Candidate of Medical Sciences
Kuban State Medical University, Krasnodar

The paper emphasizes the need for interdisciplinary cooperation of dermatologists and psychiatrists in the treatment of patients with this group of mental disorders as self-destructive dermatoses.

Key words: dermatology, psychiatry, psychodermatoses, self-destructive dermatoses, characteristics of patient visit.

For citation: Tlish M., Kartashevskaya M. Self-destructive dermatosis as an urgent interdisciplinary problem // Vrach. – 2018; 29 (4): 32–35. DOI: 10.29296/25877305-2018-04-05