

Артифициальный дерматит и его осложнения: особенности диагностики и терапии

А. Б. Яковлев

Кафедра дерматовенерологии и косметологии ФГБУ ДПО «Центральная государственная медицинская академия»
Управления делами Президента Российской Федерации, Москва

РЕЗЮМЕ

В статье освещена проблема артифициального дерматита (патомимии) как проявления психического расстройства. Показана прямая корреляция между тяжестью психического заболевания и тяжестью наносимых на кожу повреждений. Показана необходимость ведения таких пациентов с участием психиатра и дерматолога. Представлены положительные результаты лечения инфицированных повреждений кожи с применением мази Левомеколь®.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением находились 19 пациентов, 7 женщин и 12 мужчин. Всем пациентам, даже с неглубокими, но обширными экскорациями, мазь Левомеколь® назначалась под повязку с поверхностной дополнительной фиксацией лейкопластырем бинта с целью недопущения самостоятельного снятия повязки.

Результаты. У всех 19 пациентов имели место эпителизация имевшихся эрозий и заживление (начало рубцевания) язв. Сроки заживления самоповреждений были следующими, в зависимости от глубины поражения: поверхностные эрозии и экскорации – 2 суток, глубокие экскорации – 5 суток, поверхностные язвы: на верхних конечностях и шее – 9 суток, на нижних конечностях – 11 суток.

Выводы. 1) Психосоматические расстройства, наиболее часто кодируемые дерматологами под рубрикой «артифициальный дерматит (АрД)», составляют одну из насущных проблем современной медицины на стыке психиатрии и дерматологии. 2) Тяжесть и глубина деструктивных проявлений АрД на коже прямо коррелирует с тяжестью психических расстройств. 3) При глубоких и множественных повреждениях кожи, уже на уровне импульсивных расстройств, имеется высокая вероятность вторичного инфицирования. При язвенных дефектах такое инфицирование происходит неизбежно. 4) Мазь Левомеколь® – препарат не только с доказанным антимикробным и регенерирующим действием, но также с доказанной возможностью применения в ранах с выраженным экссудативным компонентом, при экскорациях любой глубины. 5) При применении мази Левомеколь® на большую поверхность или на глубокие язвы следует учитывать возможность системных эффектов согласно инструкции (в представленном исследовании такие эффекты не зафиксированы).

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: артифициальный дерматит, импульсивное расстройство, хлорамфеникол, метилурацил.

КОНФЛИКТ ИНТЕРЕСОВ. Автор заявляет об отсутствии конфликта интересов.

Статья подготовлена при поддержке АО «Нижфарм» (группа компаний STADA).

Мнение автора может не совпадать с мнением компании.

Artificial dermatitis and its complications: features of diagnosis and therapy

A. B. Yakovlev

Central State Medical Academy of the Presidential Administration of the Russian Federation, Moscow, Russia

SUMMARY

The article highlights the problem of artificial dermatitis (pathomimia) as a manifestation of a mental disorder. A direct correlation is shown between the severity of mental illness and the severity of injuries inflicted on the skin. It is shown that it is necessary to manage such patients with the participation of a psychiatrist and a dermatologist. Positive results of treatment of infected skin lesions using Levomekol® ointment are presented.

Materials and methods. We observed 19 patients, 7 women and 12 men. All patients, even with shallow, but extensive excoriations, Levomekol® ointment was prescribed under a bandage with a superficial additional fixation with a Band-Aid bandage in order to prevent self-removal of the bandage.

Results. All 19 patients had epithelialization of existing erosions and healing (the beginning of scarring) of ulcers. The healing time of self-injuries was as follows, depending on the depth of the lesion: surface erosion and excoriation – 2 days, deep excoriation – 5 days, surface ulcers: on the upper extremities and neck – 9 days, on the lower extremities – 11 days.

Conclusions. 1) Psychosomatic disorders, most often encoded by dermatologists under the heading 'artificial dermatitis (ArD)', are one of the pressing problems of modern medicine at the intersection of psychiatry and dermatology. 2) The severity and depth of destructive manifestations of ArD on the skin directly correlates with the severity of mental disorders. 3) With deep and multiple skin injuries, already at the level of impulsive disorders, there is a high probability of secondary infection. With ulcerative defects, such infection occurs inevitably. 4) Levomekol® ointment is a drug not only with a proven antimicrobial and regenerating effect, but also with a proven possibility of use in wounds with a pronounced exudative component, with excoriations of any depth. 5) When applying Levomekol® ointment on a large surface or on deep ulcers, the possibility of systemic effects should be taken into account, according to the instructions (such effects were not recorded in the presented study).

KEY WORDS: artificial dermatitis, impulsive disorder, chloramphenicol, methyluracil.

CONFLICT OF INTEREST. The author declares no conflict of interest.

The article was prepared with the support of Nizhpharm JSC (STADA group of companies).

The opinion of the author may not be the same as the opinion of the company.

Введение

Артифициальные дерматозы (АрД) – дерматозы, возникающие в результате несудимой аутоагрессии. Другие термины, используемые для обозначения таких состояний: factitious disorder, «поддельное расстройство», артифициальное расстройство, патомимия, синдром Мюнхгаузена

(K.F.H.F. von Münchhausen [1720–1797] – немецкий барон, сочинитель невероятных историй) [1]. Все эти термины обозначают некие состояния, возникающие, как правило, на поверхности кожи в результате умышленного воспроизведения или симуляции соматических и (или) психических

симптомов без непосредственного намерения совершить суицид. Психопатологическая составляющая данного синдрома кодируется в МКБ-10 в рубрике F 68.1; дерматологическая – в рубрике «Артифициальный дерматит», L 98.1.

Патомимии – это группа искусственных повреждений кожи и ее придатков, вызываемых самим больным из различных побуждений. Психогенные самодеструктивные дерматозы составляют до 2% всей кожной патологии [2, 3, 4].

Цели, которые ставит перед собой пациент, могут быть довольно разнообразными. Наиболее часто мы имеем дело либо с патомимией, направленной на получение пациентом эмоциональной разрядки и ослабление неких тягостных для пациента ощущений, и тогда аутодеструктивный синдром становится частью психопатологического синдрома, например, дерматозойный бред при шизофрении, сопровождающийся тактильными галлюцинациями [4, 5].

Для психиатра особенно важным является разграничение суицидального и несуицидального расстройства [2].

Совсем другую направленность имеет патомимия, возникающая у психически абсолютно здорового человека, который наносит себе некие повреждения с целью симуляции (или аггравации) заболевания, что в дальнейшем, по расчетам этого субъекта, должно повлечь за собой, например, отсрочку от призыва в армию, смягчение уголовного наказания и т. п. История знает периоды, когда частота искусственно вызванных заболеваний (ИЗ) резко возрастала в связи с войнами, экономическими ситуациями и т. п. В 1861 году С. Д. Гросс одну из глав руководства по военно-полевой хирургии посвятил диагностике ИЗ. В конце XIX и начале XX века наблюдался неуклонный рост числа публикаций, посвященных проблеме ИЗ, что было связано с появлением страхового мошенничества. Немецкий исследователь Л. Беккер в 1910 году издал руководство, посвященное диагностике ИЗ, многие положения которого не потеряли актуальности и в настоящее время. М. И. Авдеевым в 1943 году было опубликовано руководство по судебной медицине для военных юристов и врачей, где приведена подробная классификация ИЗ. В 1951 году британский клиницист Р. Ашер (R. Asher) классифицировал имитируемые расстройства и дал им название «синдром Мюнхгаузена» [6].

Введение в понятие патомимии этой второй направленности является трактовкой понятия аутоагрессии в более широком смысле, чем психопатология. В современной психиатрической литературе рассматривается только *патомимия в узком смысле*, это понятие отделено от симуляции [2]. Последняя является скорее нравственной или правовой проблемой!

Dermatitis artefacta (factitious dermatitis) представляет собой наиболее частую форму патомимии или синдрома «поддельного» расстройства – кожную, кодируемую по МКБ-10 в рубрике L 98.1. При этом дерматологи также зачастую на практике склонны расширять при кодировке это понятие и вкладывают в него не только некое патологическое искусственно вызванное состояние кожи, проявляющееся воспалительной эритемой, но и повреждения, проявляющиеся потерей волос (трихотилломания), изменениями ногтей (онихофагия), подкожными гранулемами и т. п.

Воспалительная реакция, возникающая в месте применения пациентом какого-либо раздражающего кожу вещества, всегда вторична. При этом для самоповреждения используется, как правило, облигатный раздражитель.

Соответственно любой артифициальный дерматит в большинстве случаев – контактный.

Психиатры рассматривают патомимию не как адаптивную поведенческую реакцию, а как психопатологический синдром, и патологические симптомы, в данном случае на коже, воспроизводятся осознанно, но не умышленно (ибо умысел – это и есть симуляция!). Пациент просто стремится принять на себя роль дерматологического больного. Его целью является не исцеление или постановка правильного диагноза, а лишь поиск (и получение!) медицинской помощи. Это позволит пациенту с неустойчивой психикой пребывать в роли соматического больного (в данном случае кожной клиники) и пользоваться соответствующими льготами или сочувствием окружающих [2, 3].

При этом в целом психодерматологи выделяют две большие группы заболеваний, сопровождающихся самодеструкцией: 1) собственно первичные психические расстройства с артифициальными проявлениями на коже; 2) нозогенные психические расстройства (чаще невротического плана), возникающие при наличии кожного заболевания.

В обоих случаях ситуация постепенно развивается в сторону формирования у пациента синдрома Мюнхгаузена, что и было описано в середине XX века английским хирургом Р. Ашером в виде четырех основных постулатов [2]:

1. наличие фиктивных патологических состояний, коморбидных конкретным психопатологическим нозологиям или синдромам (диссоциативное расстройство, нарциссизм, истерия и т. д.);
2. патологическая лживость с фальсификацией анамнеза (иногда пациент даже заявляет, что «если наложить на язву лечебную мазь, то будет хуже; надо оставить язву без вмешательства, и тогда она хорошо заживет»);
3. основной смысл жизни – принятие мученического венца больного;
4. этот пункт вытекает из предыдущего: патологическое влечение к обследованиям, госпитализациям, различным вмешательствам (не обязательно хирургическим!)

Кожа очень тесно связана с нервной системой. Известно, что в коже имеется не только масса рецепторов – тактильных, холодовых, тепловых, болевых и др., составляющих единую интегративную систему [7]. Определенные зоны и дерматомы тела обязательно имеют свое представительство в центральной нервной системе и конкретно в коре головного мозга вследствие общей онтогенетической детерминированности (ЦНС и кожа развиваются из эктодермы), причем не только самой кожи, но и ее придатков – волос и ногтей.

Именно кожа и ее придатки становятся легко доступными для различных манипуляций и являются наиболее яркими элементами уникального образа человека [7].

В отдельных случаях аутодеструктивное поведение имеет нозогенную детерминированность, когда имеются



Рисунок 1. Комппульсивное расстройство у пациентки Р., 70 лет: расчесы на голенях (А) и верхних конечностях (Б) при отсутствии первичных элементов сыпи. Собственное наблюдение.

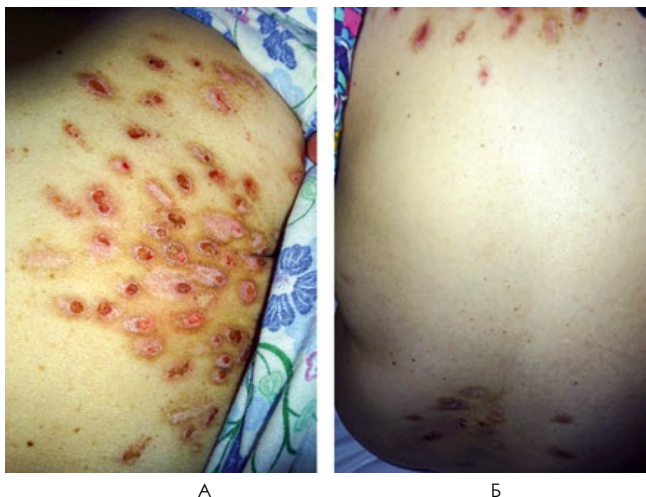


Рисунок 2. Пациентка С., 60 лет, с импульсивным расстройством: обильные высыпания в доступном месте – на предплечье (А) и отсутствие высыпаний на спине (Б). Собственное наблюдение.

минимальные проявления какого-либо хронического заболевания, например атопического дерматита; но эти проявления у конкретного пациента могут быть несоизмеримы с размерами аутодеструкции, когда целая область, например волосистая часть головы, подвергается аутодеструкции (трихотилломания) вследствие психопатологически амплифицированного зуда.

В этом аспекте особенно показательны патомимии, возникающие у детей. Именно они часто имеют нозогенную детерминированность, направлены преимущественно против придатков кожи (волосы, ногти), носят компульсивный, навязчивый, характер; повреждения кожи редко бывают глубокими [8].

Пациенты жалуются на мучительный зуд, жжение, боль, перемещение паразитов. Анамнез такие больные рассказывают как-то нечетко, путаются в хронологии, но вместе с тем представляют большое количество различных исследований. Больные применяют необычные «методы» лечения.

Внешние воздействия и самоповреждения такие пациенты, как правило, отрицают. Иногда они могут сказать, что внутри организма живет «чужой»!

Дерматологические феномены, возникающие вследствие аутодеструкции, следует классифицировать от наименее тяжелых (в соматическом аспекте) к наиболее тяжелым, уродующим. Первичные элементы либо будут отсутствовать, либо соответствовать диагнозу контактного дерматита. Характерна правильная либо причудливая форма очагов поражения (а в дальнейшем и рубцов). Локализуются эти поражения, как правило, в доступных местах тела [9].

Повреждения отсутствуют или их мало в относительно труднодоступных регионах тела – межлопаточной области, грудном отделе позвоночника (рис. 2).

Компульсивное расстройство

К наиболее легким аутодеструктивным повреждениям кожи относятся поверхностные эксориации, ранее называвшиеся невротическими (рис. 1). Эксориации представляют собой геморрагические корочки, чаще размером 1–2 мм, располагающиеся на невоспалительном фоне [10].

Кардинальным дерматологическим симптомом в таких случаях является *отсутствие первичных элементов сыпи* (эритема, папулы, пустулы и др.). Когда мы осматриваем такого пациента и не обнаруживаем первичных воспалительных элементов, это следует отмечать в описании локального статуса. Отсутствие первичных высыпаний является дифференциально-диагностическим признаком, позволяющим дифференцировать такого рода патомимию от чесотки [11].

Психопатологический механизм возникновения таких эксориаций может быть двояким: с одной стороны, это могут быть импульсивные реакции, возникающие непосредственно вслед за какой-либо стрессовой ситуацией, с другой стороны, это может быть компульсивная попытка противостоять нарастающим явлениям тревоги – вслед за аутодеструкцией резко редуцируется психогенный зуд и уменьшается тревога [11].

Иногда расчесам подвергаются внешне совершенно интактные области тела, в которых пациент находит какие-либо невидимые глазу изъяны, неровности (эпидермальная дизестезия), высыпания (тактильная иллюзия).

Отличительной особенностью компульсивных расчесов является их поверхностный характер: они заживают без образования рубца либо с явлениями поверхностной атрофии.

Другая особенность этих эксориаций – их расположение почти исключительно на легко доступных участках тела (предплечья, бедра, грудь), и их количество существенно меньше уже даже на боковых поверхностях туловища (рис. 2).

Импульсивное расстройство

Импульсивные эксориации чаще выглядят *более тяжелыми с дерматологической точки зрения*. В психопатологической картине у таких пациентов присутствует резкая раздражительность, доходящая до степени дис-

фории (тоскливо-злое настроение у больных эпилепсией). В дерматологическом статусе у таких пациентов наблюдаются глубокие экскориации размером до 1–2 см; после их заживления остаются атрофические белесоватые (депигментированные) рубчики, часто сливные, иногда выбухающие наподобие вторичной анетодермии, и гиперпигментированные пятна (рис. 3). И снова мы не видим первичных элементов сыпи [10].

Интересно, что в обоих случаях экскориаций, и компульсивных, и импульсивных, облегчение субъективных страданий и даже возникновение ощущения удовольствия и наслаждения от расчесывания связано с появлением геморрагий: все тягостные ощущения моментально редуцируются, как только на месте расчеса возникло кровотечение!

Иногда оба психопатологических механизма возникновения экскориаций сочетаются [5].

Похожим образом развиваются события и в отношении придатков кожи. В отношении волос чаще всего наблюдается трихотилломания – навязчивое выдергивание волос. При этом в легких случаях пациент приходит к выдергиванию волос не сразу, а через навязчивые, почти гиперкинетические попытки крутить волосы, щипать и, наконец, дергать, что и приводит к алопеции. Часто эти навязчивости локализуются в определенных излюбленных местах, которые пациент периодически проверяет и перепроверяет, пока навязчивость не достигнет степени ритуала. Пациент может и обосновывать свое отношение к этим областям: мол, здесь волосы – «неправильные», «неровные», «ослабленные» и т.п. [7].

Импульсивная трихотилломания, по аналогии с экскориациями, явление более тяжелое: волосы выдергиваются клоками неизбирательно, по всему выбранному пациентом региону (у мужчин это часто борода). Кроме удовольствия от выдергивания волос, для таких пациентов бывают характерны манипулирование выдернутыми волосами, проверка на разрыв и т.п. Пациенты описывают, что у них есть чувство зуда в основании каждого волоса, которое можно заглушить болью, возникающей при выдергивании этого волоса (интрадермальная дизестезия) [7].

По аналогии с волосами деструктивный процесс может касаться и ногтей – онихотилломания.

Сверхценная ипохондрия является более тяжелым синдромом в сравнении с предыдущим синдромом сверхценного уровня. В этих случаях мы, дерматологи, регистрируем возникновение, собственно, искусственного дерматита в узком смысле (рис. 4). Пациенты утверждают, что отдельные участки кожи, чаще ограниченные небольшим участком, «стали отчужденными», ведут себя не как единое целое с остальным организмом, что в этих участках кто-то живет или появилось патологическое новообразование, что этот кто-то или что-то подлежит непременно удалению (телесные фантазии). Пациенты утверждают, что их болезнь новая, неизученная! Их идеи почти приближаются к регистру бредовых, с той лишь разницей, что эти идеи пока еще поддаются коррекции [2, 12].



Рисунок 3. Импульсивное расстройство у пациентки В. 58 лет: крупные глубокие экскориации на коже нижних конечностей (А); на коже груди (Б) большинство расчесов в стадии рубцевания (результат своевременно начатого лечения). Собственное наблюдение.



Рисунок 4. Сверхценная ипохондрия у пациента Д. 33 лет: язвенные последствия «особых» экскориаций с применением режущих инструментов с целью «излечения». На голени (А) часть язв в стадии рубцевания, но имеется вторичное инфицирование; на верхней конечности (Б) язвочки покрыты серозно-гнойными корками. Собственное наблюдение.

На отдельных небольших участках может возникать довольно интенсивная боль (идиопатическая алгия). И уже при этой форме ипохондрии пациенты могут демонстрировать феномен «спичечного коробка», принося доктору «доказательства» своей болезни. Отличительной психопатологической особенностью этих больных является отсутствие концепции заболевания, ее теоретического обоснования, что выгодно отличает данный синдром от дерматозойного бреда [2, 10].

Язвенные дефекты, возникающие на фоне сверхценной ипохондрии, хоть и ограниченные, но всегда довольно глубокие, часто возникающие повторно на одном и том же месте, монофокальные или полифокальные (рис. 4), четко ограниченные, часто правильной округлой или овальной формы [4]. При отсутствии психиатрического лечения язвы непременно будут распространяться дальше, формируя постепенно полифокальность, если таковой не было в начале болезни [5].



Рисунок 5. Дерматозойный бред у пациента Ж. 49 лет: глубокие язвы, вероятно, вызванные применением щелочи на коже правой стопы (А); на коже шеи справа (Б) имеется очень глубокий язвенный дефект размером до 8 см, по факту несущий опасность. Пациент говорит, что «на язвы нельзя накладывать никакие повязки, будет только хуже; нужно все оставить, как есть, и они сами заживут». Но идея одержимости паразитами отсутствует. Наблюдение совместно с хирургом гнойного отделения М. К. Муса.

Дерматозойный бред. Весьма тяжелый аутодеструктивный синдром, наблюдается при дерматозойном бреде (рис. 5). Психопатологической особенностью данного синдрома является наличие концепции заболевания, его «теоретическое» обоснование. Подтверждением наличия паразитов для больного служат тактильные галлюцинации – ощущение жизнедеятельности паразитов в коже [5, 12].

Дерматозойный бред – монотематический паранойяльный бред одержимости кожными паразитами. Пациенты наносят себе травмы с целью уничтожения паразитов (рис. 5). У таких пациентов обнаруживаются следы прижигания, воздействия кислотами (а иногда и щелочами), дезинфицирующими растворами, следы расковыривания с целью уничтожения «ходов» [10].

Парафрения. Следующий, наиболее тяжелый как в психиатрическом, так и в дерматологическом аспекте, синдром – парафренный, проявляющийся систематизированным фантастическим бредом громадности (бред Котара) с тотальной одержимостью паразитами. Пациенты изобретают собственные методы вытравливания паразитов, часто носящие вычурный характер, с применением технических жидкостей, термического и механического воздействия. Острая фаза психоза сопровождается тактильными, зрительными, слуховыми, обонятельными и висцеральными галлюцинациями, сенестопатиями, вегетативными дисфункциями [2, 4].

Массивные эксориации на коже могут возникать при наличии у пациента (чаще пациентки) сверхценной ипохондрии красоты: наличие даже минимальных проявлений акне, себорейного дерматита, розацеа воспринимается пациентом как личная трагедия потери кожей совершенства. Пациентка настойчиво обращается к врачам с требованием проведения инвазивных процедур и даже хирургической коррекции (повторные пластические операции, аутоэкс-тракция акне). Коморбидностью этой ипохондрии является тяжелая депрессия.

Вопросы терапии психодерматологических синдромов и, в частности, искусственного дерматита являются на сегодняшний день весьма животрепещущими ввиду

сложности организации терапии первичного расстройства. Здесь необходимо взаимодействие дерматолога и психиатра с целью налаживания длительной психофармакотерапии, суггестивной терапии и дерматотропной терапии [5]. Первичная роль здесь отводится психиатру, который назначит нейролептики и антипсихотики с целью купирования психического расстройства. Важно подчеркнуть, что такая терапия обычно бывает длительной, многолетней, и это следует донести до сведения пациента и его родственников.

При невротическом происхождении патомимии могут быть эффективными психотерапевтические методики: выявление триггеров, запускающих акт самоповреждения, тренировка стоп-сигналов по отношению к триггерам, изобретение альтернативных моторных актов и т.п.

В арсенале психиатра в настоящее время имеется обширный набор психоактивных молекул, эффективных при различных нозологиях, сопровождающихся актами патомимии.

При неврозах и компульсивных расстройствах применяются анксиолитики (диазепам, феназепам, гидроксизин), антидепрессанты (пароксетин, серталин), антипсихотики (алимемазин, сульпирид).

При импульсивных аутоэксориациях применяют рисперидон, оланзапин, кветиапин; при ограниченной ипохондрии – хлорпромазин, рисперидон, галоперидол, иногда в комбинации с амитриптилином [3, 10, 12].

Коэнестезиопатическая паранойя требует назначения атипичных антипсихотиков в небольших дозах, при парафренческом синдроме атипичные антипсихотики применяются в больших дозах и в виде комбинаций.

Простым методом, позволяющим не только лечить, но и дифференцировать патомимию, является окклюзионная повязка, как правило, применяемая в стационарах.

Надо понимать, что любой искусственный дерматит рано или поздно может осложниться вторичной инфекцией, так как в большинстве случаев имеет место нарушение целостности кожного покрова. Вместе с тем следует учитывать тот факт, что при АрД в 70 % случаев мы имеем дело с повреждением предварительно неизменной, здоровой кожи, кроме случаев нозогенных реакций.

Одной из составных частей патогенетической терапии искусственных дерматозов являются комбинированные топические глюкокортикостероиды (тГКС) вида «азол + гентамицин + ГКС», «натамицин + неомицин + ГКС» и в особенности «мометазон + гентамицин + эконазол + декспантенол».

При поверхностном эритематозном АрД (чаще это соответствует ожогу I степени) мы рекомендуем применять тГКС вида «сильный кортикостероид + сильный антибиотик».

При поверхностном эрозивно-язвенном АрД, по нашему мнению, необходимо отдавать предпочтение комбинированным тГКС вида «слабый кортикостероид + сильный антибиотик».

При искусственном поражении с глубоким язвенным поражением отпадает (на время!) необходимость применения тГКС, предпочтение отдается мощным антибактериальным агентам, желательно с широким спектром антимикробного действия, например «хлорамфеникол + метилурацил».

При повреждении кислотами с язвами, сецернирующими относительно небольшое количество серозного отделяемого, мы применяем кремы и порошки, хорошо впитывающие влагу, с последующим наложением повязки по типу ожоговой. При глубоких язвенных дефектах с большим количеством серозно-гнойного отделяемого необходимо применять средства с гигроскопичной фармацевтической основой, хорошо подходящие для влажной среды: сульфадiazин или сульфатиазол серебра, мазь состава «хлорамфеникол + метилурацил».

Мазь Левомеколь® содержит антибиотик хлорамфеникол 0,75 % и диоксометилтетрагидропиримидин (метилурацил) 4 %. Для равномерного распределения действующих веществ по объему мази, а также облегчения нанесения и проникновения состава в ткани организма человека в состав введены вспомогательные компоненты – полиэтиленоксид-400 (макрогол-400) и полиэтиленоксид-1500 (макрогол-1500). Именно компоненты макрогола оказывают дегидратирующее действие в ране.

Это комбинированное лекарственное средство для местного применения оказывает противовоспалительное (дегидратирующее) и противомикробное действие, активно в отношении грамположительных и грамотрицательных микроорганизмов (стафилококков, синегнойных и кишечных палочек). Имеются сообщения об эффективности мази Левомеколь также в клинической и экспериментальной ветеринарии, причем не только в условиях обычного содержания плотоядных животных [13], но и при воздействии дополнительных стрессовых факторов, таких как высокогорье [14]. Это позволяет применять мазь Левомеколь® в хирургии, комбустиологии, дерматологии, косметологии, проктологии и других областях медицины.

Компоненты мази легко проникают вглубь тканей без повреждения биологических мембран [15]. В присутствии гноя и некротических масс антибактериальное действие сохраняется. Диоксометилтетрагидропиримидин (ДОМТПП), нормализуя нуклеиновый обмен, стимулирует процессы регенерации в ранах, рост и грануляционное созревание ткани, эпителизацию, оказывает противовоспалительное (дегидратирующее) действие. Лекарственным средством пропитывают стерильные марлевые салфетки, которыми рыхло заполняют рану.

При длительном применении на глубокие и обширные язвенные поверхности пациенту следует выполнять клинический анализ крови раз в 10 дней, обращая внимание на количество лейкоцитов, процент эозинофилов и СОЭ [16].



Рисунок 6. Состояние кожи после лечения компульсивных (пациентка Р., рис. 6А) и импульсивных (пациентка С., рис. 6Б) эксфолиаций. Собственное наблюдение.

Целью настоящего наблюдательного исследования явилась оценка клинической эффективности и безопасности лечения искусственных язвенных поражений у больных с применением повязок с мазью Левомеколь®.

Материалы и методы

Под нашим наблюдением находились 19 пациентов: 7 женщин и 12 мужчин.

Пациенты распределились по нозологическим формам психического расстройства (см. табл.).

Критерии исключения: наличие хронического кожного заболевания, непереносимость антибиотиков.

Всем пациентам, даже с неглубокими, но обширными эксфолиациями, мазь Левомеколь® назначалась под повязку с поверхностной дополнительной фиксацией лейкопластырем бинта с целью недопущения самостоятельного снятия повязки. Смена повязок проводилась ежедневно.

Результаты наблюдения

У всех 19 пациентов имели место эпителизация имевшихся эрозий и заживление (начало рубцевания) язв. Сроки заживления самоповреждений были следующими, в зависимости от глубины поражения: поверхностные эрозии и эксфолиации – 2 суток; глубокие эксфолиации – 5 суток; поверхностные язвы на верхних конечностях и шее – 9 суток, на нижних конечностях – 11 суток.

В исходе при поверхностных компульсивных повреждениях вторичные элементы (рубцовая атрофия) могут отсутствовать либо, при повторных эксфолиациях, быть

Таблица
Распределение пациентов по нозологическим формам психического расстройства

	Неглубокие эксфолиации	Глубокие эксфолиации	Поверхностные язвы	Глубокие язвы	Итого
Компульсивные расстройства	2	–	–	–	2
Импульсивные расстройства	–	5	–	–	5
Сверхценная ипохондрия	–	3	4	–	7
Дерматозойный бред	–	–	2	3	5
Всего	2	8	6	3	19

слабо выраженными (рис. 6А). При глубоких импульсивных эксориациях неизбежно остается рубцовая атрофия с западением — «минус-ткань» (рис. 6Б).

Препарат Левомеколь® переносился хорошо в 18 случаях, в одном случае импульсивных повреждений имел место контактный аллергический дерматит, вследствие чего Левомеколь® был заменен на комбинированный ТГКС вида «мометазон + гентамицин + экконазол + декспантенол».

Выводы

1. Психосоматические расстройства, наиболее часто кодируемые дерматологами под рубрикой «артифициальный дерматит», составляют одну из насущных проблем современной медицины на стыке психиатрии и дерматологии.
2. Тяжесть и глубина деструктивных проявлений АрД на коже прямо коррелируют с тяжестью психических расстройств.
3. При глубоких и множественных повреждениях кожи уже на уровне импульсивных расстройств имеется высокая вероятность вторичного инфицирования. При язвенных дефектах такое инфицирование происходит неминуемо.
4. Мазь Левомеколь® — препарат не только с доказанным антимикробным и регенерирующим действием, но также с доказанной возможностью применения в ранах с выраженным экссудативным компонентом, при эксориациях любой глубины.
5. При применении мази Левомеколь® на большую поверхность или на глубокие язвы следует учитывать возможность системных эффектов согласно инструкции (в представленном исследовании такие эффекты не зафиксированы).

Список литературы / References

1. Лазовскис И.Р. Справочник клинических симптомов и синдромов. 2-е изд., перераб. и доп. М.: Медицина, 1981. 512 с.
Lazovskis I.R. Handbook of clinical symptoms and syndromes. 2nd ed., reprint and additional M.: Medicine, 1981. 512 p.
2. Романов Д.В. Психические расстройства, реализующиеся в пространстве кожного покрова: обзор литературы (часть 1). Психические расстройства в общей медицине. 2014. № 1. С. 37–45.
Romanov D.V. Mental disorders that are realized in the space of the skin: a review of the literature (part 1). Mental disorders in general medicine. 2014. No. 1. P. 37–45.
3. Львов А.Н. Патомимия в дерматологической практике (часть 1). Современные проблемы дерматовенерологии и врачебной косметологии. 2010. № 5. С. 71–78.
Lvov A.N. Pathomimia in dermatological practice (part 1). Modern problems of dermatovenerology and medical cosmetology. 2010. No. 5. P. 71–78.

4. Olisova O. Yu., Snarskaya E. S., Smirnova L. M., Grabovskaya O. V., Anpilogova E. M. Dermatitis artefacta: self-inflicted genital injury. International Medical Case Report Journal. 2019. Vol. 18. No. 12. P. 71–73. DOI: 10.2147/IMCRJ.S192522.
5. Смулевич А.Б., Иванов О.А., Львов А.Н., Дороженко И.Ю. Современная психодерматология: анализ проблемы. Российский журнал кожных и венерических болезней. 2005. № 6. С. 33–40.
Smulevich A.B., Ivanov O.A., Lvov A.N., Dorozhenko I. Yu. Modern psychodermatology: an analysis of the problem. Russian Journal of Skin and Venereal Diseases. 2005. No. 6. P. 33–40.
6. Коваль А.Н., Мелконян Г.Г. Искусственные гнойно-воспалительные заболевания мягких тканей: обзор литературы. Дальневосточный медицинский журнал. 2013. № 4. С. 100–103.
Koval A.N., Melkonyan G.G. Artificial purulent-inflammatory diseases of soft tissues: literature review. Far Eastern Medical Journal. 2013. No. 4. P. 100–103.
7. Gupta M. A., Gupta A. K. Sleep wake disorders and dermatology. Clinical Dermatology. 2013. Vol. 31. No. 1. P. 118–126.
8. Тамразова О.Б., Гуреева М.А. Патомимия у детей. Вестник дерматологии и венерологии. 2017. № 3. С. 76–84.
Tamrazova O.B., Gureeva M.A. Pathomimia in children. Bulletin of Dermatology and Venereology. 2017. No. 3. P. 76–84.
9. Суколин Г.И., Морозов П.С., Яковлев А.Б., Милагин С.С. Дерматовенерология от А до Я. Иллюстрированное руководство для врачей. М.: издательство БИНОМ, 2021. 376 с.
Soukolin G.I., Morozov P.S., Yakovlev A.B., Milagin S.S. Dermato-venereology from A to Z. An illustrated guide for physicians. Moscow: publishing house BINOM, 2021. 376 p.
10. Львов А.Н. Патомимия в дерматологической практике (часть 2). Современные проблемы дерматовенерологии и врачебной косметологии. 2010. № 6. С. 70–77.
Lvov A.N. Pathomimia in dermatological practice (part 2). Modern problems of dermatovenerology and medical cosmetology. 2010. No. 6. P. 70–77.
11. Прутян Г.Н., Жуков А.С., Жарун Е.Р., Хайрутдинов В.Р., Самцов А.В. Современные аспекты психодерматологии. Известия Российской Военно-медицинской академии. 2020. Т. 39. № 3–4. С. 218–225.
Prutyay G.N., Zhukov A.S., Zharun E.R., Khairutdinov V.R., Samtsov A.V. Modern aspects of psychodermatology. News of the Russian Military Medical Academy. 2020. Vol. 39. No. 3–4. P. 218–225.
12. Кривошеев Б.Н. Патомимия. Российский журнал кожных и венерических болезней. 2007. № 3. С. 54–56.
Krivosheev B.N. Pathomimia. Russian Journal of Skin and Surgical Diseases. 2007. No. 3. P. 54–56.
13. Петров И.М., Бурцева Т.В. Применение мази нового состава на основе Левомеколя для лечения гнойно-некротических ран у плотоядных животных. Молодежь и наука. 2017. № 1. С. 36.
Petrov I.M., Burtseva T.V. Application of a new composition of ointment based on Levomekol for the treatment of purulent-necrotic wounds in carnivorous animals. Youth and science. 2017. No. 1. p. 36.
14. Ниязов Б.С., Абдылдаев Н.К. Сравнительная оценка применения мази «Левомеколь» при лечении гнойных ран в период адаптации к высокогорью. Научная дискуссия: вопросы медицины. 2017. № 3 (45). С. 37–45.
Niyazov B.S., Abdyladaev N.K. Comparative assessment of the use of Levomekol ointment in the treatment of purulent wounds during the period of adaptation to the highlands. Scientific discussion: questions of medicine. 2017. No. 3 (45). P. 37–45.
15. Циколия Э.М., Ивашев М.Н. Фармакодинамика Левомеколя. Международный журнал экспериментального образования. 2016. № 8. С. 87–88.
Tsikoliya E.M., Ivashev M.N. Pharmacodynamics of Levomekol. International Journal of Experimental Education. 2016. No. 8. P. 87–88.
16. Сопуев А.А., Маматов Н.Н., Мамакеев Ж.Б., Ибрагимов У.К. Теоретическое обоснование применения многокомпонентной мази Левомеколь в профилактике спаечной болезни брюшной полости. Актуальные проблемы гуманитарных и естественных наук. 2011. № 11. С. 254–257.
Sopuev A.A., Mamatov N.N., Mamakeev Zh.B., Ibragimov U.K. Theoretical justification of the use of multicomponent ointment Levomekol in the prevention of abdominal adhesive disease. Actual problems of the humanities and natural sciences. 2011. No. 11. P. 254–257.

Статья поступила / Received 24.08.21
Получена после рецензирования / Revised 06.09.21
Принята в печать / Accepted 20.09.21

Сведения об авторе

Яковлев Алексей Борисович, к.м.н., доцент, доцент кафедры.
ORCID: 0000-0001-7073-9511

Кафедра дерматовенерологии и косметологии ФГБУ ДПО «Центральная государственная медицинская академия» Управления делами Президента Российской Федерации, Москва

Для переписки: Яковлев Алексей Борисович. E-mail: aby@rinet.ru

Для цитирования: Яковлев А.Б. Артифициальный дерматит и его осложнения: особенности диагностики и терапии. Медицинский алфавит. 2021; (27): 70–76. <https://doi.org/10.33667/2078-5631-2021-27-70-76>

About author

Yakovlev Alexey B., PhD Med, associate professor, associate professor at Dept of Dermato-venereology and Cosmetology. ORCID: 0000-0001-7073-9511

Central State Medical Academy of the Presidential Administration of the Russian Federation, Moscow, Russia

For correspondence: Yakovlev Alexey B. E-mail: aby@rinet.ru

For citation: Yakovlev A.B. Artificial dermatitis and its complications: features of diagnosis and therapy. Medical alphabet. 2021; (27): 70–76. <https://doi.org/10.33667/2078-5631-2021-27-70-76>

