УДК 616.5-001/-002-02:616.85]-07

**ОШИБКИ В ДИАГНОСТИКЕ ПСИХОГЕННЫХ ДЕРМАТОЗОВ**

*Л.И.Черникова, В.А.Чипиженко, И.Н.Гончарова*

*Харьковский национальный медицинский университет*

***Ключевые слова:*** *диагностика, ошибки, психогенные дерматозы*

Улучшение качества оказания медицинской помощи населению имеет большое социально-экономическое значение, а повышение этого качества теснейшим образом связано с необходимостью непрестанного совершенствования квалификации врачей.

В этом деле немаловажную роль играет анализ трудностей в работе врачей и ошибок, допускаемых ими на различных этапах лечебно-диагностического процесса. Ошибки встречаются в диагностике врачей всех специальностей. Этому вопросу посвящено много литературы. Термин «врачебная ошибка», введенный еще Н.И.Пироговым, не является юридическим понятием. Современное определение врачебной ошибки будет следующее: врачебная ошибка – это ошибка врача при исполнении своих профессиональных обязанностей, которая явилась следствием добросовестного заблуждения, не могла быть им предусмотрена и предотвращена, т.е. не является следствием халатного отношения врача к своим обязанностям, его невежества или злоумышленного действия; врачебная ошибка не влечет за собой дисциплинарного, административного или уголовного наказания.

В той или иной форме и степени ошибки совершают почти все врачи: молодые – из-за недостатка подготовки и отсутствия практического опыта, а более опытные врачи – вследствие либо самонадеянности, либо снижения своей квалификации. Ошибки встречаются в работе всех специальностей. Не являются исключением, конечно, и дерматологи.

В дерматологии широко распространена сочетанная патология, а при различных, зачастую далеких друг от друга, патологических процессах может иметь место однообразие клинической симптоматики. Полиморбидность (полипатология), чаще встречающаяся у пожилых пациентов, может значительно усложнить постановку диагноза, ибо на практике далеко не всегда легко установить ведущий симптом или синдром и признать одно заболевание основным, а другие - фоновыми или сопутствующими. При этом множественная патология может быть взаимосвязана. Дифференциальная диагностика обычно начинается с выбора ведущего синдрома, диагностического сочетания симптомов, ведущего симптома. Однако использование для дифференциации одиночных симптомов (как и одних жалоб больного) чаще всего череваты ошибками. Ошибки могут также возникать, если в ходе дифференциальной диагностике изменяется содержание ведущего синдрома или симптома. Иногда ошибки связаны с тем, что врач при распознавании болезни выжидает появления «решающих» и «специфических» симптомов. Уместно напомнить, что в современной дерматологической клинике число симптомов, свойственных исключительно тому или иному дерматозу (патогномоничных) ,совсем не велико. Дерматологу полезно, наконец, помнить, что если клиническая картина с трудом укладывается в привычные рамки, то он должен подумать и о паранеопластическом дерматозе, и о кожных проявлениях патомимии.

Психогенные болезни кожи – это разнообразные по своим клиническим проявлениям и механизмам развития поражения, которые недостаточно известны дерматологам. Поэтому диагностические ошибки встречаются весьма часто. Общая особенность психогенных дерматозов – это зависимость их от психического состояния больных. То есть поражения кожи в этих случаях являются лишь симптомами таких психических нарушений, как психозы, психопатии, неврозы, установочное поведение и т.д. При декомпенсации психогенных расстройств больные длительное время обращаются к различным специалистам, чаще всего к дерматологам. К психиатрам же больные психогенными дерматозами по собственной инициативе никогда не попадают. Вот почему от дерматолога требуется знание симптоматологии этих состояний и их характерных диагностических «масок» с тем, чтобы обеспечить своевременное распознавание психогенных болезней кожи.

В группе самоповреждений кожи наибольшее практическое значение имеют патомимии (искусственные артефакты, синдром Мюнхаузена). Под этим термином подразумевают самоповреждения кожи в виде прижиганий, расчесов и др., совершаемые по неадекватным мотивам. Ошибкам в их распознавании способствуют, с одной стороны, разнообразие клинических проявлений, а с другой – неправильно сообщаемый больными анамнез. Подобного рода поражения отличаются полиморфизмом – это пятна, изменения пигментации, пузыри, экскориации, язвы, атрофические и гипертрофические рубцы и т.д.

При общении с такими больными, дерматологам следует обратить внимание на психику больных, их не совсем адекватное поведение. Кожные поражения в данном случае имеют необычный внешний вид, локализуются строго на местах, доступных для самоповреждения, т.е. укладываются в картину артефактов. Врачей не должно смущать упорное отрицание больными факта самоповреждения кожи, поскольку для патомимии как раз и характерна попытка ввести врача в заблуждение. При подозрении на патомимию, врачу следует попытаться обнаружить орудия самоповреждения или наложить фиксированную повязку. Правда, нередко больные испытывают слишком большое искушение и иногда умудряются повреждать кожу даже при наложении лейкопластырной или другой фиксированной повязки.

Одной из разновидностей самоповреждения кожи являются невротические экскориации. Примером их является акнефобия (фобия угрей), или экскориированные акне. Болеют, как правило, девушки и молодые женщины, которые вначале выдавливают реально существующие комедоны и акне, а в дальнейшем повреждают кожу в местах воображаемых угрей. На коже лица таких больных обнаруживаются множественные экскориации с геморрагическими корочками, поверхностные рубчики, пятна гипер- и гипопигментации. В подобных случаях дерматологи, которые не знают о существовании этой патологии, ставят, как правило, диагноз угревая болезнь и назначают соответствующее лечение, не приносящее успеха. Кроме того, невротические экскориации могут локализоваться и на других доступных навязчивым расчесам участках тела.

В отличие от больных с патомимией, такие больные вовсе не отказываются от факта самоповреждения кожи. При осмотре обнаруживается стойкость и необычность элементов сыпи, характерный полиморфизм и преимущественная локализация их на местах, доступных рукам, в том числе на той стороне тела, которую легче расчесывать (фиксированный невроз).

Из группы самоповреждений придатков кожи чаще всего ошибки допускаются при распознавании трихотилломании (alopecia manualis). Диагностической маской трихотилломании является гнездная алопеция, что ведет к довольно типичной ошибке распознавания этого заболевания. Трихотилломания встречается при невротических и неврозоподобных состояниях как одна из форм навязчивости. Последняя заключается в неосознанном, а иногда и сознательном, неприодолимом желании выдергивать волосы головы, реже бровей и ресниц. Чаще болеют дети и женщины. Иногда больные не выдергивают, а обламывают волосы, закручивают их или избирательно выдергивают седые волосы.

В последние годы участились публикации в связи с диагностическими ошибками по поводу дерматозойного бреда (хронического тактильного галлюциноза, впервые описанного шведским дерматологом Екбом в 1938 году). Типичной диагностической маской тактильного галлюциноза является универсальный кожный зуд. Дерматозойный бред содержит идею наличия на коже больного, в ней или под ней перемещающихся или размножающихся мелких насекомых (паразитофобия). Встречается главным образом у лиц пожилого и старческого возраста и, по крайней мере, в части случаев, обусловлен церебральным атеросклерозом. Болезнь характеризуется разнообразными тактильными галлюцинациями при ясном сознании и отсутствии зрительных и слуховых обманов. Больные ощущают на коже и в ее толще ползания насекомых, червей, их укусы, зуд. Чаще галлюцинации носят распространенный характер, реже ограничиваются областью головы, половых органов. Желая избавиться от «паразитов», больные выскабливают участки кожи, режут ее в поисках «возбудителей» и «уничтожают» их с помощью ногтей, ножа, бритвы, едких веществ ит.п. Поражения кожи, если они имеются, как и при патомимиях, преобладают на доступных рукам участках кожного покрова. При обращении к врачу, особенно первом, такие больные с мнимым дерматозоонозом часто приносят с собой кусочки кожи, корки, чешуйки и требуют исследования (особенно в присутствии) для обнаружения «возбудителя». Бред настолько фиксирован, что малоопытные дерматологи, случается, верят больному. Разубеждению больные очень часто не поддаются, критика к своему заболеванию у них, как правило, отсутствует. Лечить таких больных должны психиатры.

Выводы:

Кожа является индикатором не только физического, но и душевного здоровья человека (кожа и нервная система развиваются из одного зачатка-эктодермы), она выполняет многозначные психологические функции. Кожа является органом выражения волнения, страха, радости, стыда.

Поскольку поражения кожи могут быть симптомами декомпенсации некоторых психогенных заболеваний, дерматологам необходимы знания клинических проявлений этих состояний для своевременного распознавания психогенных дерматозов, чтобы избежать врачебных ошибок в будущем.

Другие клинические разновидности психогенных болезней кожи – аутоэкскориации при психозах, самоповреждения кожи при аномалийном поведении, эпидермотилломания, онихотилломания, онихофагия, хейлофагия, самоповреждение слизистой оболочки уретры, гидрозофобия, онкофобия, суггестивные дерматозы и другие, видимо, реже встречаются в практике дерматологов и поэтому менее часто являются поводом к диагностическим ошибкам.

**ЛИТЕРАТУРА:**

1. Архангельская Е.И.,Архангельский А.Е. Клинические формы и классификация некоторых психогенных дерматозов.- Вестн. дерматол., 1981, №11, с. 16-20

2. Дащук А.М. Кожные болезни. Харьков., Основа, 2012. – 212с.

3. Дерматологія, венерологія. Підручник під ред. Степаненка. – К: КИМ, 2012. – 902

4. Коляденко В.Г.,Степаненко В.І, Федорович П.В, Скляр С.І. шкірні та венеричні хвороби.- Віниця: нова книга, 2006. – 420 с.

5. Савчак В.І., Галникіна С.О. Практична дерматовенерологія. Навчальний посібник.- Укрмедкнига, 1998. – 272 с.

6. Рациональная фармакотерапия заболеваний кожи и инфекций, передаваемых половым путём. Под ред А. А. Кубановой. М: Литтера, 2007. – 512с.

7. Дерматовенерологія. Навчальний посібник для лікарів і лікарів-інтернів. За ред.Федотова В.П.,Дюдюна В.П.,Степаненка В.І. Дніпропетровськ. – Київ, 2008. – 600с.

8. Шелюженко А.Я., Браиловский А.Я. Кожные болезни у лиц пожилого возраста. - Киев: Здоровя,1982.-103 с.

9. Сосновский А.Т., Балакирев А.В. Патомимия.: методические рекомендации.- Минск,1994.-25с.

10. Хэбиф Т.П. Кожные болезни: диагностика и лечение. Под ред. А.А. Кубановой. – М.: МЕДпресс-информ, 2006. – 672 с.

11. Европейское руководство по лечению дерматологических болезней / Под ред. А.Д. Кацамбаса, Т.М. Лотти – М.:МЕДпресс-информ, 2009. – 725 с.

12. Фицпатрик Т., Джонсон Р., Вульф К. Дерматология. Атлас-справочник. 1088с, 612 илл. Пер. с англ Мак-Гроу-Хилл- "Практика", 2007

13. Робин Грэхэм-Браун, Джокки Бурк, Тим Канлифф. Практическая дерматология.-Медпресс-информ, 2011. – 360 с.

**ПОМИЛКИ У ДІАГНОСТИЦІ ПСИХОГЕННИХ ДЕРМАТОЗІВ**

*Чернікова Л.І., Чипиженко В.А., Гончарова И.Н.*

Наведені найбільш часті помилки дерматологів у діагностиці психогенних дерматозів. Ураження шкіри в цих випадках є лише симптомами таких психічних розладів як психози, психопатії, неврози та ін.. Тому дерматологам потрібні знання симптоматології цих станів та їх характерних діагностичних масок щоб забезпечити своєчасне розпізнавання психогенних захворювань шкіри.

*Ключові слова:* діагностика, помилки, психогенні дерматози

**ERRORS IN DIAGNOSIS OF PSYCHOGENIC SCIN DISEASES**

*Chernikova L.I., V.A. Chipizhenko, I.M. Honcharova,*

Dermatologists’ errors in the diagnosis of psychogenic dermatoses are listed in this article. Skin lesions in these cases are only the symptoms of mental disorders such as psychosis, psychopathy, neurosis etc.

*Key words*: diagnosis, errors, psychogenic dermatoses