

В ПОМОЩЬ ПРАКТИЧЕСКОМУ ВРАЧУ

Лекарственный вестник. 2021. Т. 15, № 4 (84). С. 53–56

В помощь практическому врачу

Научная статья

УДК 616.5-002.9-039:616.89

МАСКИ ПАРАЗИТОЗОВ В ПРАКТИКЕ ВРАЧА-ИНФЕКЦИОНИСТА: ГРАНЬ МЕЖДУ ИНФЕКЦИОННОЙ И ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЯМИ

Кирилл Олегович Каплунов [✉], Алексей Александрович Перминов

**Волгоградский государственный медицинский университет,
кафедра педиатрии и неонатологии ИНМФО, Волгоград, Россия**

[✉] kkaplunovtmss@yandex.ru
dzot87@yandex.ru

***Аннотация.** На территории РФ обязательному эпидемиологическому учету подлежат около 30 паразитарных заболеваний, часть из которых представлена протозоозами, часть – гельминтозами. Как показывает практика, определенная часть взрослых амбулаторных пациентов, как правило, женского рода, обратившихся за помощью к врачу-инфекционисту, предъявляют жалобы на якобы имеющиеся у них паразитозы, а именно – гельминтозы. При сборе анамнеза, объективном обследовании и последующей лабораторной диагностике у ряда пациентов диагноз паразитозов исключается, тем не менее характерные жалобы продолжают беспокоить больных. В данной статье обобщается личный опыт и литературные данные о тактике ведения больных с дерматозойным бредом.*

***Ключевые слова:** паразитозы, гельминтозы, дерматозойный бред, «болезнь Моргеллонов»*

На территории РФ обязательному эпидемиологическому учету подлежат около 30 паразитарных заболеваний, часть из которых представлена протозоозами (малярия, лямблиоз, амебиаз и др.), часть – гельминтозами (аскаридоз, энтеробиоз, трихинеллез и др.). Как показывает практика, определенное количество взрослых амбулаторных пациентов, как правило женского рода, обратившихся за помощью к врачу-инфекционисту, предъявляют жалобы на якобы имеющиеся у них паразитозы, а именно – гельминтозы. Характер жалоб у данной группы больных однотипный: наличие какого-то живого существа («червя», «личинки», «куколки») внутри их тела, чувство его ползания под кожей, шевеления, иногда – выход «паразита» наружу через кожные покровы. Учитывая, что ряд паразитозов (дирофиляриоз, педикулез, чесотка) могут сопровождаться различными дей-

ствительно существующими ощущениями наличия паразита в тканях организма, имеется объективная сложность дифференциальной диагностики инфекционной (паразитарной) и неинфекционной (психиатрической) патологии, особенно на долабораторном ее этапе.

В данной статье речь пойдет о тех больных, у которых паразитологический диагноз был лабораторно исключен, однако пациенты по-прежнему продолжали жаловаться на якобы наличие гельминтов. Такое состояние в психиатрии принято обозначать как дерматозойный бред (ДЗБ) – бредовое убеждение о заражении паразитами в отсутствие объективных признаков инвазии. Также у данного понятия существует множество синонимов: зоопатический бред, хронический тактильный галлюциноз, акарофобия, синдром Экбома, зоопатические галлюцинаторные навязчивости, психогенный

паразитоз, тактильный галлюцинаторный бред, тактильный бредовой галлюциноз, паразитофобический нейродерматит. Исследования отечественных авторов выявили 2,2 % больных с ДЗБ среди 500 амбулаторных дерматологических больных [3]. По данным зарубежных ученых, распространенность этой патологии составляет в среднем 0,09 % [4].

С 2002 г. во многих регионах мира появились пациенты, которые начали отмечать у себя выделение из кожи или присутствие в коже и под кожей различных волокон. «Зараженность» этими волокнами сопровождалось различными общими неспецифическими проявлениями – артралгиями, нарушением внимания, памяти, выраженной слабостью [1]. Среди этих больных начала распространяться информация, что их болезнь – это «болезнь Моргеллонов» (БМ), в англоязычной литературе именуемая “Morgellons disease”.

Впервые термин «Morgellons disease» появился в 2002 г. В связи с болезнью своего сына жительница штата Южная Каролина, США, Mary Leitaо, имевшая научную степень бакалавра по биологии, изучала медицинскую литературу. Ее сыну врачи установили диагноз экземы, однако последующее лечение было недостаточно эффективным. Поэтому Mary Leitaо начала изучать медицинскую литературу, имевшую отношение к кожным заболеваниям. Она обнаружила информацию о БМ в медицинской статье, «De vermiculis capillaribus infantium» в монографии Thomas Browne «A Letter to a Friend», опубликованной в 1674 г. [8]. Описание болезни, по ее мнению, соответствовало болезни, которая имела у ее сына. В связи с полученной информацией она создала Фонд исследования БМ (Morgellons Research Foundation), существующий по сегодняшний день [6].

Основной результат исследований в фондах, проводимых самими больными и привлеченными врачами, состоит в том, что БМ действительно существует и представляет значительную угрозу для здоровья больных. Диагноз БМ, в который больные начинают быстро и легко верить и который неизвестен врачам, еще больше укрепляет их уверенность в правильности их точки зрения о том, что у них редкая, неизвестная науке болезнь. В связи с тем, что БМ

не включает в себя термин ДЗБ, больным очень просто и комфортно как общаться между собой, так и обращаться в различные медицинские учреждения, общественные и государственные организации.

Российское информационное поле не стало исключением в отношении обсуждения БМ, эта «патология» активно обсуждается в интернет-сообществах, сми, а также в научных кругах [2]. С точки зрения авторитетных медицинских сообществ (CDC, Центры по контролю и профилактике заболеваний США) нет никаких оснований рассматривать БМ как новую нозологическую форму. В настоящее время БМ рассматривается большинством специалистов как один из вариантов ДЗБ, при котором больные отмечают выделение объектов преимущественно неорганического происхождения [5, 7, 9].

В доступной российской и иностранной медицинской литературе описаны множество кейсов, посвященных БМ и ДЗБ. В процессе работы в амбулаторной инфектологии авторами было отмечено не менее 10 больных (все женского пола) с подобной симптоматикой. Анализируя собственный опыт и данные литературы, можно отметить следующие общие черты, характерные для большинства кейсов:

- Точное, одномоментное и весьма подробное описание пациентом дебюта «заболевания». Больные связывают свою «болезнь» с употреблением некипяченой воды («выпила воды из скважины и почувствовала, как какое-то живое существо приклеилось в горле»), купанием в открытых водоемах и инвазией гельминта через неповрежденную кожу, внедрением паразита через поврежденные кожные покровы («после ожога поняла, что в рану внедрился червь»). Часть больных указывает на действие неизвестных им патогенных факторов: «все началось после установки интернет-вышки около дома» или «вся наша семья заболела, т. к. употребляем зараженные продукты и воду».

- Явная схожесть клинической симптоматики (чувство ползания под кожей или в тканях, отеки в этих локализациях, во многих случаях – классическое описание симптоматики БМ – выхождение «червей, глистов» из-под кожи, резкое затруднение дыхания, выраженный вред здоровью вследствие действия паразитов).

- Многократные консультации у врачей-специалистов разного профиля: инфекционистов, эпидемиологов, паразитологов, дерматологов. Во всех случаях специфической патологии выявлено не было. Все наблюдаемые автором больные неоднократно обследовались в паразитологической лаборатории ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии Волгоградской области», паразитологический диагноз был исключен.

- Тотальное отрицание в необходимости психиатрической помощи: больные воспринимали подобные предложения как личное оскорбление, угрожали многочисленными жалобами.

- Указание на некомпетентность врачей, к которым ранее обращались пациенты («не умеют ставить правильный диагноз», «все лечат неправильно»), необходимость применять новые диагностические и терапевтические приемы с целью верификации их сложной патологии и начала правильной терапии. Пациенты склонны к написанию многочисленных жалоб на врачей-специалистов, консультирующих данных пациентов.

- Негативный прогноз заболевания со стороны пациента («с такой болезнью не живут», «мы все от этого умрем»).

При многих схожих чертах нам удалось выделить ряд больных с нетипичными анамnestическими данными: некоторые пациентки упоминали о стационарной психиатрической помощи, при этом в классическом описании БМ факт оказания психиатрической помощи обычно пациентами отрицается. Однако больные обычно воспринимают подобное лечение как ошибочное, не считают нужным находиться на диспансерном учете у психиатра, соответственно, не получают необходимых психотропных препаратов.

Учитывая сложность и неоднозначность рассматриваемой патологии, нам представляется целесообразным выделить некоторые рекомендации по ведению больных с ДЗБ.

1. Не использовать термин «болезнь Моргеллонов» в медицинской документации, поскольку это состояние есть ни что иное, как вариант ДЗБ, требующий психиатрической помощи. При этом для больных с подобными расстройствами беседа с врачом, который подтверждает наличие особого паразитарного заболевания – БМ – является достаточно убедительной основой для дальнейших обращений к врачам или в вышестоящие медицинские организации с требованиями об эффективном лечении имеющейся болезни.

2. При подозрении на ДЗБ провести полноценное лабораторное обследование на паразитозы, используя все возможные лабораторные (ОАК, кал на яйца гельминтов, перианальный соскоб, серологические исследования крови на наиболее распространенные в данном регионе паразитозы) и инструментальные (УЗИ, рентгенография, КТ) методы диагностики. В случае, если пациент предоставляет материал для исследования – направить в специализированную лабораторию Роспотребнадзора.

3. Не назначать противогельминтные препараты до получения результатов паразитологического обследования.

4. При наличии результатов обследования, достоверно исключающих паразитозы, вопрос о направлении больного на консультацию к психиатру остается дискуссионным. С одной стороны, практически всегда при предложении обследоваться у психиатра больной негативно реагирует, иногда агрессивно, вплоть до различных угроз. С другой стороны, собственные наблюдения и опыт коллег свидетельствует о том, что больные с ДЗБ будут многократно обследоваться у разных врачей, исключая психиатров. При этом только последние могли бы оказать квалифицированную помощь подобным больным и избавить их от субъективной симптоматики, существенно повысив качество жизни.

СПИСОК ИСТОЧНИКОВ

1. Болезнь Моргеллонов vs дерматозойный бред: неожиданная психодерматологическая проблема для паразитологов и инфекционистов. Собственные наблюдения и обзор литературы / А. М. Бронштейн, Н. А. Малышев, Н. Г. Кочергин [и др.] // Эпидемиология и инфекционные болезни. 2014. № 3. С. 40–50.
2. Манина Т. А., Манин Б. Л. К вопросу об идентификации возбудителя болезни Моргеллонов // Успехи современного естествознания. 2014. № 5(2). С. 46–51.

3. *Смулевич, А. Б.* Патомимии: психопатология аутоагрессии в дерматологической практике / А. Б. Смулевич, А. Н. Львов, О. Л. Иванов. Москва : Медицинское информационное агентство, 2012. 159 с.
4. Ait-Ameur A., Bern P., M. Firoloni, Menecier P. Le delire de parasitose ou syndrome d' Ekbom // Rev. Med. Interne. 2000. no 21. P. 182–186.
5. CDC Health Newsletter. 2007. Feb. 23.
6. Harlan, C. Mom fights for answers on what 's wrong with her son // Pittsburg Post-Gazette. 2006. July 23.
7. Harth W., Hermes B., Freudenmann R. W. Morgellons in dermatology // J. Dtsch Dermatol. Ges. 2010. No 8. P. 234–242.
8. Kellet C. E. Sir Thomas Browni and the disease called the Morgellons // Ann. Med. Hist. 1935. No 7. P. 467–479.
9. Morgellons disease and delusions of parasitosis / D. T. Robles, J. M. Olson, H. Combs [et al.] // Am. J. Clin. Dermatol. 2011. No 12. P. 1–6.

Информация об авторах:

К. О. Каплунов – кандидат медицинских наук, доцент кафедры педиатрии и неонатологии Института непрерывного медицинского и фармацевтического образования Волгоградского государственного медицинского университета, инфекционист высшей квалификационной категории, Волгоград, Россия

А. А. Перминов – кандидат медицинских наук, доцент кафедры педиатрии и неонатологии Института непрерывного медицинского и фармацевтического образования Волгоградского государственного медицинского университета, аллерголог-иммунолог, Волгоград, Россия

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Статья поступила в редакцию 07.07.2021;
одобрена после рецензирования 25.08.2021;
принята к публикации 30.11.2021