

А. Н. Коваль^{1,2}, Г. Г. Мелконян¹

ИСКУССТВЕННЫЕ ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ МЯГКИХ ТКАНЕЙ: ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ

¹301-й Окружной военной клинической госпиталь, 680028, ул. Серышева, 1, тел. 8-(4212)-39-76-30;²Дальневосточный государственный медицинский университет,

680000, ул. Муравьева-Амурского, 35, тел. 8-(4212)-32-63-93, e-mail: nauka@fesmu.ru, г. Хабаровск

Резюме

В обзоре представлены данные по эпидемиологии, этиологии, особенностях клинического течения и диагностике искусственных гнойно-воспалительных заболеваний мягких тканей, в том числе и в организованных коллективах. Рассмотрена необходимость мультидисциплинарного подхода в диагностике и лечении искусственных гнойно-воспалительных заболеваний мягких тканей. Обоснована необходимость создания унифицированного диагностического алгоритма при подозрении на данную патологию. Таким образом, искусственные гнойно-воспалительные заболевания мягких тканей остаются одной из актуальных проблем современной медицины, в решении которой большое значение играет профилактика и дальнейшее изучение особенностей течения данной патологии.

Ключевые слова: искусственные заболевания, гнойно-воспалительные заболевания мягких тканей, организованный коллектив.

A. N. Koval^{1,2}, G. G. Melkonjan¹

ARTIFICIAL PURULENT INFLAMMATORY DISEASES OF SOFT TISSUES: A LITERATURE REVIEW

¹301 Military hospital;²Far Eastern State Medical University, Khabarovsk

Summary

The survey provides data on the epidemiology, etiology, clinical course and diagnosis of artificial purulent inflammatory diseases of soft tissues, including those that occur in "organized groups". There is the necessity for a multidisciplinary approach to the diagnosis and treatment of artificial purulent-inflammatory diseases of soft tissues. The necessity of creating a unified diagnostic algorithm for suspected "artificial" purulent inflammatory diseases of soft tissues. Thus, "artificial" purulent inflammatory diseases of soft tissues remain one of the most urgent problems of modern medicine. That is why it is important to study prevention and other characteristics of the course of the disease.

Key words: artificial diseases, artificial purulent inflammatory diseases of the soft tissues, organized team.

Несмотря на большое количество исследований, посвященных различным аспектам гнойно-воспалительных заболеваний мягких тканей, остается практически не изученной проблема ранней диагностики, эффективного лечения и профилактики искусственных заболеваний, вызванных путем умышленного введения различных повреждающих факторов в мягкие ткани. Искусственные гнойно-воспалительные заболевания мягких тканей (ИГВЗМТ) являются частным случаем многогранной проблемы искусственных заболеваний (ИЗ), с которыми сталкиваются не только хирурги, но и врачи других медицинских специальностей, зачастую не подозревая об этом [8, 22]. Следует отметить, что больной, вызывающий ИГВЗМТ, в последующем не способен самостоятельно устранить его последствия, которые могут привести к инвалидизации и летальному исходу [4, 14].

Большинство авторов обосновано утверждают, что проблема ИГВЗМТ наиболее актуальна для определенных социальных групп, к которым относятся военнослужащие [1, 12], осужденные и подследственные в условиях пенитенциарной системы [6], а также лица, страдающие психической патологией [22, 25, 26].

Анализ мировой литературы свидетельствует о том, что приоритет в эпидемиологических исследованиях ИГВЗМТ принадлежит психиатрии [14, 18].

В то же время следует отметить, что психиатрия не изучает вопросы ранней диагностики, эффективного лечения и профилактики данной патологии [1, 8].

Вклад хирургов в изучение проблемы ИГВЗМТ незначительный. Имеются единичные исследования по эпидемиологии, диагностике и профилактике ИГВЗМТ [4, 6, 10].

Результаты и обсуждение

ИЗ были известны еще в Древнем Риме. Так, в трактате К. Галена «О притворных болезнях и их распознавании» представлен список симптомов, которые можно выявить у пациентов с ИЗ. Термин «искусственная болезнь» впервые предложил Г. Гэвин, опубликовав в 1843 году книгу об ИЗ у солдат и матросов. 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, посвященной проблеме ИЗ, что связано с появлением «страхового мошенничества». Немецкий исследователь Л. Беккер в 1910 году издал руководство, посвященное диагностике ИЗ, многие положения которого не потеряли своей актуальности и в настоящее время. М. И. Авдеевым в 1943 году было опубликовано руководство по судебной медицине для военных юристов и врачей, где приведена под-

робная классификация ИЗ. В 1951 году британский клиницист Р. Ашер классифицировал «имитируемые расстройства» и дал им название «синдром Мюнхгаузена» [1, 8, 18, 21, 22].

Анализ мировой литературы показывает, что единой терминологии для изучаемой патологии не существует, наблюдается своеобразный «терминологический хаос», который, по мнению ряда авторов, порождает диагностические трудности [30]. Однако, по мнению большинства зарубежных авторов, все ИЗ следует объединять под эгидой имитируемого расстройства, которое относится к пограничной психической патологии [36]. По мнению отечественных авторов, термин «искусственное заболевание» наиболее полно отражает суть данной патологии [2, 3]. Под ИЗ понимают патологический процесс, похожий на обычную нозологическую форму, но вызванный искусственно, путем умышленного воздействия разнообразных внешних повреждающих факторов на ткани, органы и системы организма [2, 8].

Общепризнанной классификации ИЗ не существует. МКБ-10 не позволяет описать всё многообразие ИЗ, поэтому патологию, отождествляемую с проявлениями ИЗ, можно обнаружить в различных разделах указанной классификации [9, 15, 19].

Как зарубежные, так и отечественные основоположники учения об ИЗ в своих работах приводят собственные классификации ИЗ, которые с некоторыми дополнениями и изменениями используются и современными авторами [1, 3, 5, 8, 21].

Достоверных эпидемиологических исследований о частоте встречаемости ИЗ ни в организованных коллективах, ни среди населения не существует, что связано со сложностью диагностики данной патологии [13, 19, 32]. По оценкам некоторых исследователей, каждый четвертый солдат, обратившийся за медицинской помощью, может быть заподозрен либо в симуляции, либо в искусственном характере заболевания [24]. Таким образом, проблема ИЗ приобретает особую актуальность в организованных коллективах. В военное время ИЗ могут носить характер «эпидемии», представляя угрозу для боеспособности армии [8, 24, 38]. Следует отметить, что изучаемое явление характерно для всех армий мира, но его обсуждение считается непопулярным. В литературе приводятся противоречивые данные о частоте ИГВЗМТ среди военнослужащих. По данным зарубежных авторов, распространенность ИЗ среди гражданского населения колеблется от 0,0001 % до 15 % в зависимости от конкретной популяции пациентов [22, 26, 36, 38]. Хирурги сталкиваются с достоверно подтвержденными случаями ИЗ в 0,0001-5 % случаев, причем 29 % из них составляют больные с ИГВЗМТ [13, 19, 30, 32]. Однако, как полагают некоторые исследователи, частота встречаемости изучаемой патологии занижена [32].

ИЗ вызываются пациентами обоих полов, различных возрастов и всех социальных слоев общества [36]. Одни исследователи указывают, что среди пациентов с ИЗ преобладают женщины [18], другие авторы приводят противоположенные данные [39], а третьи полагают, что гендерных различий в показателях заболеваемости нет [14]. По мнению большинства ис-

следователей пик заболеваемости искусственной патологией приходится на возраст от 15 до 30 лет [16,23].

Экономические затраты на лечение пациентов с ИЗ составляют около 40 млн долларов США в год [25]. В России такая статистика отсутствует.

Следует учитывать, что летальные исходы от ИГВЗМТ не являются редкостью, учитывая особенности анаэробной инфекции [16, 26, 39].

Традиционно проблема ИГВЗМТ отождествляется с психической патологией [26, 33]. Напротив, W. Ehlers, et al. (1994) у 17 % пациентов с ИЗ психических расстройств не выявили. В подобных случаях ИЗ, по мнению некоторых исследователей, следует рассматривать в рамках феномена аутоагрессивного несуицидального поведения, целью которого является достижение какого-либо результата [11]. Мотивы индивидуумов, вызывающих ИГВЗМТ, связаны с достижением материальной выгоды, социальных преимуществ, уклонением от обязательств либо ответственности [4, 22]. Основную причину развития ИГВЗМТ в организованных коллективах авторы видят в недостаточной подготовке призывников к службе в вооруженных силах. Подтверждением этого является корреляция частоты наблюдаемых заболеваний со сроками службы. Например, ИГВЗМТ возникают в 92 % случаев у лиц первого периода службы [12].

Многообразие способов воссоздания ИГВЗМТ, описанных в мировой литературе, удивляет, а в отдельных социальных группах – армия, исправительные учреждения, – способы членовредительства модифицируются и передаются «из поколения в поколение» [1, 4-6, 38].

Средства, применяемые для воспроизведения ИГВЗМТ, можно разделить на три группы: химические вещества (нефтепродукты, бытовая химия, вода, молоко, и т.д.) нестерильные биологические материалы (слюна, моча, кал и пр.), инородные тела (швейные иглы, проволока, нитки и др.) [20, 22]. Излюбленными инструментами в арсенале членовредителей для введения субстратов в мягкие ткани являются медицинский шприц и швейная игла [4, 37]. Иногда подобные «операции» выполняются «специалистами» либо членовредителями друг другу [1, 4, 38].

В современных исследованиях особое внимание уделяется диагностике ИЗ, однако унифицированной диагностической стратегии для больных с ИГВЗМТ не разработано [14, 18, 30]. Большинство авторов видят решение проблемы диагностики данной патологии в междисциплинарном подходе с обязательным участием психиатра и психолога [4, 14].

Клинические проявления ИГВЗМТ укладываются в рамки гнойно-деструктивного процесса и достаточно разнообразны [4, 12, 37]. Однако неизученными вопросами остаются распространенность деструктивного процесса и основные его характеристики в зависимости от анатомической области, глубины введения и введенного субстрата [31].

У ИГВЗМТ имеется типичная локализация, что обусловлено доступностью определенных участков тела для самоповреждения [1, 8, 12]. Ряд авторов полагает, что весомыми доказательствами в пользу искусственного характера заболевания кроме характерной их

локализации является «внезапный» характер заболевания и аномальное течение раневого процесса [4, 8]. Другие авторы советуют учитывать данные факторы при диагностике данной патологии только после полного и всестороннего обследования больного [31].

Несмотря на решение ключевых вопросов этиопатогенеза, диагностики и лечения анаэробной хирургической инфекции мягких тканей, остаются неизученными особенности развития и течения инфекции в зависимости от характера веществ, введенных в мягкие ткани [37]. Также спорными и не изученными остаются подходы к лечению «химического» гнойно-деструктивного поражения мягких тканей. Так, ряд хирургов допускают изначально консервативный подход к лечению пациентов с химическим целлюлитом, не отрицая необходимости в хирургическом вмешательстве при отрицательной динамике [17, 34, 35]. Другие авторы обосновывают необходимость экстренного оперативного вмешательства с широким доступом и ежедневной ревизией раны [29, 27]. Остается открытым вопрос о необходимости применения антибактериальной терапии при вскрытой «химической» флегмоне. Так, одни исследователи полагают, что превентивная антибиотикотерапия не показана [29], другие утверждают, что показания к системной антибиотикотерапии должны рассматриваться индивидуально [35], третьи считают профилактическое применение антибиотиков показанным во всех случаях в связи с высоким риском развития раневой инфекции [17, 28].

О важной роли профилактики ИЗ в организованных коллективах говорится в работах авторов различ-

ных лет [1, 8, 21]. Не утратили свою актуальность рекомендации, предложенные А.Г. Васютинским (1909). Автор предлагал кроме издания научно-популярных брошюр о членовредительстве разъяснять призывникам, что ИЗ и самоповреждения легко диагностируются и неминуемо повлекут юридическую ответственность.

Современные исследователи полагают, что проблема ИЗ изначально появляется не в армии, а скрыта в социально-экономической сфере нашего общества, поэтому профилактика ИЗ должна носить комплексный и взаимосвязанный характер. К числу основных направлений профилактики следует отнести развитие системы военно-патриотического воспитания граждан страны, достойное финансирование армии, совершенствование организации и проведения призыва на военную службу, расширение системы комплектования армии на контрактной основе, искоренение неуставных взаимоотношений в воинских коллективах [10]. Среди профилактических мер правового характера предлагается как ужесточение юридической ответственности, так и взыскание с пациента расходов, связанных с лечением ИЗ [6].

Таким образом, проблема ИЗ, в том числе и в организованных коллективах, является сложной, до конца не решенной проблемой, требующей изучения ее различных аспектов: распространенности, особенностей клинического течения, разработки новых оптимальных способов ранней диагностики, комплексного лечения и профилактики.

Литература

1. Авдеев М.И. Краткое руководство по судебной медицине для военных юристов и военных врачей. – М.: Медгиз, 1943. – 109 с.
2. Алябьев Ф.В., Якунина М.А., Шамарин Ю.А. Методологические особенности судебно-медицинской экспертизы при искусственных болезнях кожи и подкожной клетчатки // Бюллетень сибирской медицины. – 2008, № 4. – С. 59-62.
3. Бойко И.Б. К вопросу о терминологии самоповреждений, членовредительств и аутоагрессии // Судебно-медицинская экспертиза. – 1991, № 1. – С. 24-26.
4. Бурлова Т.В. Патомимия в клинике гнойной хирургии: дис ... канд. мед. наук. – М., 1998. – 121 с.
5. Васютинский А.Г. Членовредительство в области органа зрения: (по данным некоторых военных окружных судов и военно-лечебных заведений): дисс ... докт. Медицины. – СПб., 1909. – 221 с.
6. Землин Д.Н. Психология демонстративно-шантажного поведения осужденных // Психопедагогика в правоохранительных органах. – 2009, № 3. – С. 32-35.
7. Каирханов Е.К. Хирургия ауто- и гетероагрессивных повреждений в пенитенциарной системе: автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – Семей, 2010. – 39 с.
8. Колкутин В.В., Соседко Ю.И. Судебно-медицинская экспертиза при подозрении на членовредительство и симуляцию. – М.: Юрлитинформ, 2004. – 167 с.
9. Международная классификация болезней (10-й пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств (клинические описания и указания по диагностике). – ВОЗ, Россия, СПб: Оверлайд, 1994. – 304 с.
10. Маркелов В.А. Уклонение от военной службы: понятие, виды, предупреждение: дис ... канд. юр. наук. – Саратов, 2005. – 164 с.
11. Польская Н.А. Самоповреждающее поведение в клинической практике // Обзорные психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. – 2011, № 2. – С. 4-8.
12. Безлюдя Н.П. и др. Хирургическая инфекция: учеб. для слушателей-хирургов Украинской военно-мед. академии, врачей-интернов, практикующих хирургов / под ред. Я.Л. Заруцкого. – Украинская военно-медицинская академия, Главный военно-медицинский клинический центр «ГВКГ». – К. : [б.и.], 2009. – 296 с.
13. Aduan R. P., Fauci A. S., Dale D. C. Factitious fever and self-induced infection: a report of 32 cases and review of the literature // Ann. Intern. Med. – 1979. – Vol. 90, № 2. – P. 230-242.
14. Bourke J., Turner B. Neuropathica diabolica // APT. – 2008, № 14. – P. 76-282.
15. De Martis D., Vender S. Factitious disorders in general hospital // New Trends in Experimental & Clinical Psychiatry. – 1994. – Vol. 10, № 2. – P. 89-92.
16. Eisendrath S. J., Telischak K. S. Yegane R. A. et al. Factitious Disorders: Potential Litigation Risks For Plastic Surgeons // Annals of Plastic Surgery. – 2008. – Vol. 60, № 1 – P. 64-69.

17. Farahvash M.R. Surgical approach to hydrocarbon injection in upper extremities: case series // *Int. J. Surg.* – 2009. – Vol. 7, № 4. – P. 382-386.
18. Feldman M.D. *Playing Sick? Untangling the Web of Munchausen Syndrome, Munchausen by Proxy, Malingering, and Factitious Disorder.* – N.Y.: Brunner-Routledge, 2004. – P. 328.
19. Fliege H., Grimm A., Eckhardt-Henn A. Frequency of ICD-10 factitious disorder: survey of senior hospital consultants and physicians in private practice // *Psychosomatics.* – 2007. – № 48. – P. 60-64.
20. Galanos J., Perera S., Smith H. Bacteremia Due to Three Bacillus Species in a Case of Munchausen's Syndrome // *J. Clin. Microbiol.* – 2003. – Vol. 41, № 5. – P. 2247-2248.
21. Gavin H. *On the feigned and factitious diseases of soldiers and seamen, on the means used to simulate or produce them, and on the best modes of discovering impostors.* – Edinburgh: University Press. – 1838. – Vol. 436.
22. Hannah P.W., Ender P.T. Persistent Bacillus licheniformis bacteremia associated with an intentional injection of organic drain cleaner // *Clin. Infect. Dis.* – 1999, № 29. – P. 659-661.
23. Heide S., Kleiber M. Self-Inflicted Injuries – A Forensic Medical Perspective // *Dtsch Arztebl.* – 2006. – Bd.103, A. 40. – P. 2627-2633.
24. Iancu I., Ben-Yehuda Y., Yazvitzky R. Attitudes towards malingering: a study among general practitioners and mental health officers in the military // *Med. Law.* – 2003. – Vol. 22, № 3. – P. 373-389.
25. Jaghab K., Skodnek K.B., Padder T.A. Munchausen's syndrome and other factitious disorders in children – Case series and literature review // *Psychiatry.* – 2006. – Vol. 3, № 2. – P. 46-55.
26. Kay J., De Guzman J., Correll T. Factitious Disorders Hospital Physician // *Psychiatry Board Review Manual.* – 2008. – Vol.11, № 1. – P. 1-11.
27. Kenedi C.A., Shirey K.G., Hoffa M. Laboratory diagnosis of factitious disorder: a systematic review of tools useful in the diagnosis of Munchausen's syndrome // *N Z Med. J.* – 2011. – Vol. 124, № 1342. – P. 66-81.
28. Kennedy J.R. *The Management Of Hydrocarbon Toxicity Following Subcutaneous Injection: Case Report And Literature // Review J. Orthopaedics.* – 2010. – Vol. 7, № 3. – e4 URL: <http://www.jortho.org/2010/7/3/e4>.
29. Krastanov P., Kjossev K., Losanoff I. Subcutaneous naptha injection: a review of 48 cases // *Br. J. Surg.* – 1996. – Vol. 83, № 2. – P. 65.
30. Louis D.S., Kasdan M.L. *Factitious Disorders // Green's Operative Hand Surgery, 6th ed.* – 2010, Vol. 2. – P. 1989-1992.
31. Oliveira R.K., Bayer L.R., Lauxen D. Factitious Disorders of the Hand rev // *Bras. ortop.* – 2013. – Vol. 48, № 4. – P. 381-386.
32. Reich P., Gottfried L.A. Factitious disorders in a teaching hospital // *Ann Intern Med.* – 1983. – Vol. 99, № 2. – P. 240-247.
33. Rothenhdusler H.B., Kapfhammer H.P. Heimliches selbstschddigendes Verhalten // *Psychiatrie in der klinischen Medizin: Konsiliarpsychiatrie, -psychosomatik und -psychotherapie.* Darmstadt: Steinkopff. – 2004. – P. 395-409.
34. Rush M.D., Schoenfield C.N., Watson W.A. Skin necrosis and venous thrombosis from subcutaneous injection of charcoal lighter fluid (naptha) // *Am. J. Emerg. Med.* – 1998. – Vol. 16. – P. 508-511.
35. Shusterman E.M., Williams S.R., Childers B.J. Soft tissue injection of hydrocarbons: a case report and review of the literature // *J. Emerg. Med.* – 1999. – Vol. 17. – P. 63-65.
36. Steel R.M. Factitious disorder (Munchausen's syndrome) // *J.R. Coll. Physicians Edinb.* – 2009. – Vol. 39. – P. 343-347.
37. Tausche A.K., Hansel S., Tausche K. Nodular panniculitis as expression of Munchausen's syndrome (panniculitis artefacta) // *Ann. Rheum. Dis.* – 2004. – Vol. 63. – P. 1195-1196.
38. Thein R., Schweitzer M.E., Diprimio G. MRI Appearance of Presumed Self-inflicted Trauma in the Knees of Military Recruits // *Orthopedics.* – 2012. – Vol. 35, № 5. – P. 691-696.
39. Turner J., Reid S. Munchausen's syndrome // *Lancet.* – 2002. – Vol. 26, № 359. – P. 346-349.

Координаты для связи с авторами: Коваль Алексей Николаевич – канд. мед. наук, врач-хирург отделения гнойной хирургии 301-го Окружного военного клинического госпиталя, доцент кафедры общей хирургии стоматологического и педиатрического факультетов ДВГМУ, тел. +7-914-191-53-28, e-mail: afuolle@rambler.ru; Мелкоян Гегам Генрикович – старший ординатор отделения плановой хирургии 301-го Окружного военного клинического госпиталя, майор медицинской службы, тел. +7-914-165-68-86, e-mail: gegarm@gmail.com.

