Случай синдрома Мюнхгаузена на фоне вторичного сахарного диабета

М.И. Балаболкин, Г.Г. Мамаева, Е.В. Михайлова, Л.Д. Стоилов, Т.В. Кравченко

ГУ Эндокринологический научный центр (дир. – акад. РАМН И.И. Дедов) РАМН, Москва

Профессор М.И. Балаболкин, директор Института диабета ЭНЦ РАМН.

При решении клинических задач в лечении сахарного диабета врачу-диабетологу часто приходится принимать во внимание особенности психо-эмоционального статуса больного, влияющего на течение и клинические проявления заболевания. Эти особенности необходимо учитывать при выборе терапевтической тактики, которая должна быть индивидуальной для каждого пациента.

К таким особенностям психо-эмоционального статуса относятся и проявления так называемого синдрома Мюнхгаузена.

Синдром Мюнхгаузена (патологическая симуляция; самокалечение; искусственная хроническая болезнь; «больничное бродяжничество») – это повторяющаяся имитация болезни – обычно «эффектной», острой и достаточно серьезной – больными, кочующими из одной клиники в другую с требованиями лечения. Возможна имитация самых разнообразных заболеваний. Тем не менее, это расстройство, по своей сути психическое, намного более сложное, чем просто банальная симуляция, и часто связано с серьезными эмоциональными нарушениями.

Мамаева Г.Г., д.м.н., заведующая отделением макроангиопатий ЭНЦ РАМН.

Хотелось бы привести один из наблюдавшихся в нашей клинике показательных случаев проявления синдрома Мюнхгаузена у пациентки с вторичным сахарным диабетом.

Михайлова Е.В., старший научный сотрудник, к.м.н.

Больная Б., 55 лет, поступила в клинику для подбора инсулинотерапии, так как у нее на все виды инсулина якобы возникает аллергическая реакция.

Из анализа известно, что с 1980 г. после перенесенной травмы живота возникли боли в правом подреберье после приема пищи, в декабре 1980 г. после холецистэктомии болевой синдром усилился. В 1981 г. при обследовании в Институте хирургии им. А.В. Вишневского РАМН выявлен поликистоз поджелудочной железы. В мае 1982 г. проведена субтотальная резекция поджелудочной железы. В послеоперационном периоде впервые возникла реакция на медикаменты (протеин, плазма, кровь) в виде крапивницы, кожного зуда, болей в животе, подъема артериального давления до 150/100 мм рт. ст.; озноба, рвоты. В связи с высоким уровнем гликемии больной был назначен инсулин короткого действия, через 2 дня введения появились язвочки в ротовой полости. Больная была переведена на букарбан, который получала в течение трех лет по 2,5 таблетки, без аллергических проявлений. В 1985 г. при переводе больной на инсулин «ленте» появились следующие реакции: через 30 мин. после введения препарата – боли в животе, кожный зуд, рвота съеденной пищей, повышение температуры до 37,7°С, гиперемия и отек на месте инъекции. В клинике 1 ММИ, в 1988 г. проведена попытка гипосенсибилизации инсулином «ленте», но при дозе 6 ед появились те же реакции. Больная была переведена на суинсулин. Для установления у больной аллергической реакции в 1993 г. в Институте иммунологии МЗ РФ были проведены пробы со всеми видами инсулинов. Результаты исследований показали, что только на суинсулине кожная проба отрицательная, а все остальные инсулины через 90 мин наблюдения давали положительную кожную реакцию. По заключению Института иммунологии, реакции у больной возникают на стабилизаторы, добавленные в инсулин, т.к. в суинсулин в качестве консерванта добавляется фенол, а во все остальные инсулины крезол и его производные, что позволяет предположить наличие у больной аллергии на простые химические вещества (крезол и метилгидроксибензоат). В 1994 г. был заказан суинсулин, который больная приобрела в Киеве. В настоящее время инсулин с этим консервантом не производится (с 1993 г.), поэтому больная пользуется инсулином с истекшим сроком действия. Больная неоднократно была обследована в Тульской областной больнице, где проводились попытки подбора инсулина, однако на новые инсулины возникали аллергические реакции. В связи с тем, что суинсулин у больной заканчивался, она поступила в Институт диабета ЭНЦ РАМН, где находилась с 25.09 по 25.10 2000 г.

Данные объективного исследования

Кожные покровы бледные, чистые. Тип телосложения – нормостенический. Рост 156 см, вес 59 кг. Подкожный жировой слой развит умеренно. Границы легких в пределах нормы. Дыхание везикуляр-

ное, хрипов нет. Границы относительной сердечной тупости в пределах нормы. Тоны сердца приглушены, ритмичные. Пульс 80 уд/мин. АД 135/80 мм рт. ст. Пульсация на a. dorsalis pedis сохранена. Язык ярко-розовый, умеренно сухой. Живот мягкий, безболезненный, по срединной линии и в правом подреберье послеоперационные рубцы. Печень у края реберной дуги. По остальным органам патологических изменений не выявлено.

Данные лабораторных исследований

Общий анализ крови, общий анализ мочи без особенностей.

Биохимический анализ крови

ЩФ – 105 ед/л, АЛТ – 24 ед/л, АСТ – 15 ед/л, общий билирубин – 13,2 мкмоль/л, общ. холестерин – 10,48 ммоль/л, креатинин – 89 мкмоль/л, общ. белок – 73 г/л, триглицериды – 4,26 ммоль/л, K – 5,2 ммоль/л, Na – 140,0 ммоль/л, азот мочевины – 5,57 ммоль/л, амилаза – 39 u/l.

Уровень С-пептида – 0,43 пмоль/мл (норма 0,28 – 1,32 пмоль/мл).

Коагулограмма. Тенденция к гиперкоагуляции.

Гликированный гемоглобин. HbA1 – 12,4 % (норма до 8,0 %), HbA1c – 9,5 % (норма до 6,5 %).

Глюкозурический профиль.

7,9 г/сут, ацетона нет.

Гликемический профиль за время пребывания в клинике колебался от 8,8 – 15 ммоль/л, не отражая применение тех или иных препаратов.

ЭКГ. Синусовая тахикардия. Отклонение электрической оси сердца влево. Замедление А – В проводимости. Преходящие нарушения проводимости в правой ножке пучка Гиса. Умеренная гипертрофия миокарда левого желудочка. Небольшая перегрузка обоих предсердий.

Консультация окулиста. Диабетическая ретинопатия II ст. OU – незрелая осложненная катаракта. OS – начальная катаракта.

Консультация кардиолога. ИБС. Стенокардия напряжения II ФК. Гипертоническая болезнь II ст.

На основании жалоб, данных анамнеза, осмотра, лабораторно-инструментального обследования поставлен диагноз: «Хронический панкреатит в стадии ремиссии. Сахарный диабет вторичный (субтотальная резекция поджелудочной железы в 1982 г.), тяжелой формы, стадия декомпенсации. OU – диабетическая ретинопатия, препролиферативная стадия. Диабетическая полинейропатия, дистальная форма, сенсорный тип. ИБС. Стенокардия напряжения II ФК. Поливалентная аллергия неясного генеза.»

В процессе лечения была проведена попытка применения нескольких видов инсулина, содержащих различные консерванты (препараты фирм Ново-Нордиск, Эли-Лилли, Авентис и др.), так и без консервантов (монокомпонентные как человека, так и свиного происхождения). Однако на все применяемые инсулины у больной развились различной степени выраженности (от зуда до покраснения и папул) аллергические реакции. Получив данные о содержании С-пептида, больная была переведена на терапию Амарилом, на фоне приема которого гликемия не увеличилась, а на третий день лечения также появилась аллергическая реакция.

Для подтверждения наличия или отсутствия истинной аллергии больная была переведена в Институт иммунологии, где находилась в реанимационном отделении с целью полного контроля проводимого лечения. По заключению специалистов института иммунологии: истинных аллергических реакций на инсулины у больной нет, что позволяет использовать инсулины без стабилизаторов.

В отделении отмечено нарушение режима питания (употребление конфет) и поведения (расчесывание мест инъекций). В связи с выраженными истеро-вегетативными соматизированными проявлениями рекомендовано лечение у психоневролога.

Анализируя изложенное, мы предположили наличие у больной синдрома Мюнхгаузена.

Стоилов Л.Д., ведущий научный сотрудник, к.м.н.

Необходимо отметить, что больные с синдромом Мюнхгаузена обладают рядом определенных личностных особенностей. Больные с синдромом Мюнхгаузена, как правило, достаточно интеллектуальны и находчивы. Они не только знают, как имитировать заболевание, но и искушены в медицинской практике. Они осознают спекулятивный характер своего поведения, но мотивация притворства и поисков внимания остается в основном неосознанной.

Для таких больных типичны те или иные нарушения эмоционального и физического развития в детстве. У них имеются проблемы идентичности, отмечается повышенная эмоциональность, недостаточность волевого контроля, дефицит чувства реальности, крайне психотические эпизоды, неустойчивость межличностных отношений. В их личности могут сочетаться такие противоречивые тенденции, как потребность быть окруженным заботой и невозможность доверяться авторитетному лицу, которым они манипулируют и которому устраивают провокации и проверки. Отчетливо выявляется наличие сложного переживания чувства вины, необходимости наказания и искупления.

Кравченко Т.В. , научный сотрудник

Следует отметить, что усиленное лечение больных с синдромом Мюнхгаузена в тех случаях, когда психопатологическая симптоматика достигает психотического уровня и сочетается с характерологическими расстройствами, наблюдается крайне редко. Манипулятивное поведение снимает мучающее их

чувство внутреннего напряжения, однако их действия становятся все более вызывающими, они могут в категорической форме указывать врачу, что тому следует делать. Отказ врача принять больного на лечение вызывает его гнев, и он, как правило, отправляется в другую клинику. Больные обычно стараются избежать психиатрического стационара, но могут согласиться на консультацию и последующее наблюдение у психиатра, который, по крайней мере, способен разрешить критическую ситуацию. «Разыгрываемое» заболевание обычно быстро распознается как мистификация, поэтому больным отказывают в рискованных обследованиях и непоказанном им лечении.

Мамаева Г.Г.

Следует иметь в виду, что при лечении больных подобным расстройством необходимо соблюдать такт и предупредительность. Больных следует ознакомить с диагнозом, соблюдая вежливость и корректность, не допуская упреков и обвинений. Необходимо сохранять статус «законности» заболевания, однако при этом врач дает понять пациенту, что успех лечения и разрешения существующих проблем зависит от взаимного сотрудничества. Нередко к обсуждению проблем пациента привлекаются и другие члены его семьи, но в этом случае следует говорить о нем как о больном, а не как о мошеннике; например, семье не следует раскрывать истинный механизм заболевания.