

БОЛЕЗНИ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

ОСОБЕННОСТИ ЭКСКРЕЦИИ КАТЕХОЛАМИНОВ ПРИ ПСИХОГЕННЫХ РВОТАХ

Н.А. Агаджанян, М.С. Артемьева

Российский университет дружбы народов,
ул. Миклухо-Макляя, 8, Москва, Россия, 117198

**И.А. Ковалева, Б.М. Коган,
Т.С. Филатова, А.З. Дроздов,**

ФГБУ «ГНЦ социальной и судебной психиатрии им. В.П. Сербского»
Кропоткинский пер., 23, Москва, Россия, 119992

В данной статье отражены клинико-нейрохимические корреляции при нарушениях пищевого поведения. Выявленные особенности необходимо учитывать при дифференциальной диагностике и терапии психогенных рвот и нервной анорексии с булимическими эпизодами. Описанные нарушения экскреции катехоламинов указывают на снижение адаптационных механизмов в условиях длительной пищевой депривации, являющейся мощным психоэмоциональным стрессом.

Ключевые слова: нарушения пищевого поведения, психогенные рвоты, катехоламины.

Нарушения пищевого поведения, включающие в себя нервную анорексию, нервную булимию, психогенное переедание, психогенные рвоты, являются распространенной патологией [1—3]. При нервной анорексии с целью коррекции мнимой или преувеличенной полноты пациенты ограничивают себя в пище, вплоть до полного отказа от нее. Результатом такой диеты является быстрая потеря массы тела (от 30 до 50%). Осознание опасности своего состояния у таких больных отсутствует. Они тщательно скрывают причину потери массы тела.

В среднем через 2 года болезни у большинства пациентов развиваются такие осложнения нервной анорексии, как булимические расстройства. Появляется некротимый голод с перееданиями, после которых пациенты, чтобы избежать прибавки веса, различными способами вызывают у себя рвоты, которые создают ощущение легкости

От данной патологии необходимо дифференцировать психогенные рвоты. В этих случаях прием даже малых количеств пищи и жидкости сопровождается рвотой, являющейся закрепившейся с раннего детства реакцией на стресс. Частота психогенных рвот может быть различной: от 4—5 (после каждого приема пищи) до 35 раз в сутки.

При отсутствии психоэмоциональных перегрузок и правильной терапии возможны ремиссии.

Внешне пациенты похожи на больных нервной анорексией, но в отличие от них не стремятся похудеть, пытаются набрать вес, но не могут принимать пищу из-за навязчивого страха возникновения рвоты (вомитофобия). Эта группа больных требует особого внимания из-за частоты и выраженности соматических осложнений.

Материалы и методы исследования. На базе ПБ № 14 г. Москвы и Клиники неврозов в 2008—2010 гг. было проведено комплексное обследование 15 женщин с нарушениями пищевого поведения. Контрольную группу составили здоровые добровольцы, сопоставимые по полу и возрасту. Возраст больных на момент обследования составлял 22—35 лет, длительность болезни 7—15 лет.

В первую группу вошли 3 больных с упорными психогенными рвотами. Больные поступили в больницу в состоянии выраженного истощения, после усиления рвот в течение 2—3 недель вследствие психической травмы (увольнение, разрыв с мужем, смерть близкого человека). Частота рвот достигала в среднем 20 раз в сутки, сопровождая любую попытку что-либо проглотить.

Во вторую группу вошли 5 человек, которые в прошлом страдали нервной анорексией, но на момент исследования на первый план выступили психогенные рвоты, характерные для некоторых больных с детства как реакция на стресс. Рвоты у пациентов данной группы теряли связь с коррекцией веса, но возникали в качестве реакции на стресс в период психоэмоционального напряжения либо приобретали характер ритуалов без яркого аффективного компонента.

Все больные данной группы находились в состоянии физического истощения. Длительная пищевая депривация уже значительно нарушала нормальное функционирование организма, ощущение голода было ослаблено, что приводило к еще более значительной потере веса. На первый план выступали сомато-эндокринные нарушения. Клинически это проявлялось в полном отсутствии подкожно-жировой клетчатки, дистрофических изменениях кожи, ногтей, волос; дистрофии миокарда, брадикардии, гипотонии, нарушении деятельности желудочно-кишечного тракта, аменорее. Лабораторные исследования выявляли гипогликемию и признаки анемии [6; 8; 9].

Физическая активность, характерная для начальных этапов нервной анорексии, значительно снижалась и коррелировала с дефицитом массы тела. Больные меньше двигались, чаще находились в постели.

В психическом состоянии больных ведущими являлись астенические расстройства, при этом в картине астении наряду с физической и психической истощаемостью преобладали вспыльчивость, взрывчатость, нетерпеливость, явления раздражительной слабости.

Чрезвычайно характерным для больных в состоянии кахексии было амбивалентное отношение к своему состоянию.

С одной стороны, больные совершенно не оценивали тяжести своего состояния (нередко угрожавшего жизни), уверяли врачей в полном соматическом благополучии, беспечно относились к таким проявлениям истощения как пролежни,

выпадение волос и зубов, «голодные отеки», с иронией и недоверием выслушивали доводы в пользу госпитализации, категорически отказывались от лечения.

С другой стороны, были фиксированы на деятельности желудочно-кишечного тракта. При этом спектр симптоматики был достаточно широким — от ипохондрической фиксации на патологических ощущениях со стороны желудочно-кишечного тракта до сенесто-ипохондрических расстройств, (ощущение того, что пища в желудке «стоит колом», «не переваривается», «отравляет весь организм»).

Что касается дисморфоманических переживаний, то на высоте кахексии их аффективная насыщенность значительно снижалась, в то же время больные, формально соглашаясь с тем, что они «чрезмерно похудели», на самом деле были, как правило, довольны своей внешностью и продолжали придерживаться тщательно разработанной диеты уже в связи со страхом будущей возможной полноты. При этом они не только испытывали страх перед едой, часто носящий характер фобий, но и не могли нормально питаться как из-за возникшей вследствие длительного голодания патологии желудочно-кишечного тракта [4; 5]. Нейрохимическое обследование этих больных проводилось на кахектической стадии, до начала комплексной терапии.

В третью группу вошли 7 человек, с отсутствием ярко выраженной патологии влечений. Были представлены пациенты, длительно справлявшиеся с голодом для снижения веса без булимических эпизодов и рвот. Больные этой группы имели отклонение от нормы одного из биохимических показателей, коррелировавшее с каким-либо клиническим проявлением нарушения пищевого поведения, или незначительные отклонения от нормы двух показателей.

Первым этапом анализа биохимических данных явилось сравнение среднегрупповых значений экскреции катехоламинов и ДОФУК у представителей сформированных групп (табл. 1).

Таблица 1

Экскреция свободных форм катехоламинов (нг/в мин) у больных с нарушениями пищевого поведения и у представителей контрольной группы

Группы	Норадреналин	Адреналин	Дофамин
1 группа	0,8 ± 0,1*	0,5 ± 0,1*	10,1 ± 0,26*
2 группа	10,8 ± 7,6*	1,14 ± 0,3*	34,3 ± 11,3*
3 группа	18,2 ± 8,0	4,50 ± 0,8	74,0 ± 14,4
Контрольная группа	28,1 ± 2,5 (15—40)	3,52 ± 1,1 (1,5—4,5)	155 ± 30,1 (105—180)

Примечание: * $p < 0,001$ по сравнению с контрольной группой.

Интересно отметить, что у больных первой и второй группы, находившихся в состоянии физического истощения, со значительными астеническими расстройствами, с симптомами психомоторного замедления, выявляется значительных дефицит всех трех катехоламиновых молекул в моче, особенно выраженный у больных с психогенными рвотами (табл. 1).

Подобная картина истощения депо центральных и периферических катехоламиновых систем типична и для тяжелых астенических депрессий [7].

Характерно, что наиболее близкие к нормальным показателям цифры экскреции дофамина, норадреналина, адреналина были обнаружены у лиц третьей группы (табл. 1), у которых в анамнезе были эпизоды выраженных расстройств пищевого поведения, но на этапе обследования они были минимальны.

Полученные результаты однозначно указывают на неспецифические изменения состояния катехоламиновых систем в рамках расстройств пищевого поведения, связанные с неспецифическими стрессовыми расстройствами. Целесообразно продолжать изучение состояния моноаминовой медиации при нарушениях пищевого поведения с расширением спектра определяемых катехоламиновых метаболитов и исследованием серотонинового обмена.

ЛИТЕРАТУРА

- [1] *Артемьева М.С.* Динамика умственной работоспособности больных нервной анорексией в процессе лечения // Технологии живых систем. — 2010. — Т. 7. — № 7. — С. 61—65.
- [2] *Брюхин А.Е.* Реабилитация больных нервной анорексией с тяжелыми вторичными сомато-эндокринными расстройствами: Дисс. ... к.м.н. — М., 1997.
- [3] *Коркина М.В., Цивилько М.А., Марилов В.В.* Нервная анорексия. — М.: Медицина, 1986.
- [4] *Корчак Г.М.* Влияние каринитина и кобаламида на лечение нервной анорексии: Дисс. ... к.м.н. — М.: РУДН, 1989.
- [5] *Сулейманов Р.А.* Особенности доманифестного периода нервной анорексии: Дисс. ... к.м.н. — М.: РУДН, 2005.
- [6] *Темирова А.Р.* Корреляция особенностей психических и соматоневрологических расстройств у больных нервной анорексией: Дисс. ... к.м.н. — М.: РУДН, 2005.
- [7] *Дмитриева Т.Б., Дроздов АЗ., Коган Б.М.* Клиническая нейрохимия в психиатрии. — М.: Изд-во ГНЦ им. Сербского, 1998.
- [8] *Brukhin A.E., Souleimanov R.A., Artemieva M.S.* Particularities des troubles du developpement et du comportement sexuel dans l'anorexie mentale // Revue medicale Suisse. — N 287. — 23 mars 2011. — Vol. 7, 633—680 ISSN 1660-9379. — P. 638—643.
- [9] *Barbarich N.C., Kaye W.H., Jimerson D.* Neurotransmitter and Imaging Studies in Anorexia Nervosa: New Targets for Treatment Current Drug Target — CNS & Neurological Disorders 2002. — Vol. 2 Issue 1 ISSN: 1568-007X. — P. 61—72 (12).

REFERENCES

- [1] *Artem'ieva M.S.* Dynamics of mental health patients with anorexia nervosa during treatment // Technology of living systems. — 2010. — Vol. 7. — № 7. — P. 61—65.
- [2] *Bryukhin A.E.* Rehabilitation of patients with severe anorexia nervosa having secondary somatosensory endocrine disorders // Dissertation of the candidate of medical sciences. — Moscow, 1997.
- [3] *Korkina M.V., Tsivil'ko M.A., Marilov V.V.* Anorexia nervosa. — M.: Medicine, 1986.
- [4] *Korchak G.M.* Influence of Karinitin and Kobalamid on the treatment of anorexia nervosa // Dissertation of the candidate of medical sciences. — Moscow, PFUR, 1989.
- [5] *Suleymanov R.A.* Pre-clinical period of anorexia nervosa // Dissertation of the candidate of medical sciences. — PFUR, 2005.
- [6] *Temirova A.R.* Correlation between mental and somatoneurological disorders in patients with anorexia nervosa // Dissertation of the candidate of medical sciences, 2005.

- [7] *Dmitrieva T.B., Drozdov A.Z., Kogan B.M.* Clinical Neurochemistry in psychiatry theory. M.: Publ. H. SSC n.a. Serbsky, 1998.
- [8] *Brukhin A.E., Souleimanov R.A., Artem'ieva M.S.* Particularites des troubles du developement et du comportement sexuel dans l'anorexie mentale // *Revue medicale Suisse*. — N 287. — 23 Mars 2011. — Vol. 7. — 633—680. ISSN 1660-9379. — P. 638—643.
- [9] *Nicole C. Barbarich, Walter H. Kaye, David Jimerson.* Neurotransmitter and Imaging Studies in Anorexia Nervosa: New Targets for Treatment Current Drug Target — *CNS & Neurological Disorders*, 2002. — Vol. 2. — Issue 1. ISSN: 1568-007X. — P. 61—72 (12).

THE NEUROTRANSMITTER IN PSYCHOGENIC VOMITING PATIENTS

N.A. Agadzhanyan, M.S. Artem'ieva

Peoples' Friendship University of Russia
Miklukho-Maklaya str., 8, Moscow, Russia, 117198

**I.A. Kovaleva, B.M. Kogan,
T.S. Filatova, A.Z. Drozdov**

Scientific Center of Social and Forensic Psychiatry n.a. Serbsky
Kropotkinsky side-str., 23, Moscow, Russia, 119992

This article describes the clinical and neurochemical correlations for eating disorders. These peculiarities must be considered in differential diagnosis and treatment of psychogenic vomiting and anorexia nervosa with bulimic episodes. Described disturbances of catecholamine excretion indicate reduction of adaptation mechanisms in conditions of prolonged food deprivation, which is a powerful psychoemotional stress

Key words: eating disorders, psychogenic vomiting, catecholamine.