

Artemieva M.S., Vasilyev N.G.

FGBOU VPO "Peoples' Friendship University of Russia", Medical Faculty, Moscow, Mikluho-Maklaya str., 8

COMORBIDITY OF ANOREXIA NERVOSA

Annotation: In this article is presented a study of anorexia nervosa clinical course from the standpoint of its comorbidity on the example of follow-up research of 26 patients with anorexia nervosa and raised the issue of the allocation of types of comorbidity for nosological substantiation of anorexia nervosa.

Key words: comorbidity, anorexia nervosa, eating disorders, longitudinal research

Артемяева М.С.¹, Васильев Н.Г.²

¹ФГБОУ ВПО «Российский Университет Дружбы Народов», медицинский факультет, кафедра психиатрии и медицинской психологии, Москва, ул. Миклухо-Маклая, 8, доцент, к.м.н., конт.тел. 495 952 46 04

²ФГБОУ ВПО «Российский Университет Дружбы Народов», медицинский факультет, Москва, ул. Миклухо-Маклая, 8, студент 5-го курса

КОМОРБИДНОСТЬ НЕРВНОЙ АНОРЕКСИИ

Аннотация: Статья посвящена катамнестическому обследованию 26 больных нервной анорексией с целью изучения коморбидности данной патологии. Изучены типы коморбидности в отношении нервной анорексии, а также роль коморбидности в определении нозологической принадлежности и прогностических критериев синдрома нервной анорексии.

Ключевые слова: коморбидность, нервная анорексия, нарушения пищевого поведения, катамнез

Особенности клинической картины нервной анорексии (НА) - сочетание психических и тяжелых сомато-эндокринных расстройств и упорная диссимуляция больными причин своего состояния, из-за чего болезнь поздно диагностируется. Трудности в диагностике нервной анорексии возможны из-за коморбидности с другими психическими расстройствами, которые часто выступают на первый план при постановке диагноза.

Понятие «коморбидность» было введено в 70-х годах прошлого века G.Fainstein. Под коморбидностью понимается сосуществование любых клинических сущностей. Различными авторами делались попытки выделять типы коморбидности: 1) заболевание приводит к развитию осложнений или других заболеваний этиологически связанных (патогенетическая); 2) синдромы сопряжены с двумя различными клиническими состояниями (диагностическая); 3) два расстройства предрасполагают к развитию третьего (прогностическая). (V.J.Kaplan, 1982)

Понятие коморбидность и её виды в отношении нервной анорексии особенно сложно описать, учитывая разные взгляды на её нозологическую принадлежность. В различных научных школах нервную анорексию считают навязчивым неврозом (Palmer N., 1939; Muller B. et al, 2001), циркулярной депрессией (Wulff M., 1932; Kendler K et al, 1991), синдромом шизофрении (Nicolle G., 1939; Andrew M., Harris B., 1994; Halmi K. et al , 2006),

особой формой психогенного заболевания – реактивным состоянием или неврозом (Сухарева Г.Е., 1959; Tolstrup K., 1965; Bruch A., 1965), эндореактивной пубертатной анорексией (Личко А.Е., 1985), самостоятельным психосоматическим заболеванием, возникающим главным образом в пубертатном возрасте (Ковалев В.В., 1995), состоянием аналогичным наркотической (Conason A.H., 2006) или алкогольной (Oppenheimer R., 1992) зависимостям. Нервную булимию (НБ) большинство авторов рассматривают как этап, вариант или синдром НА, объединяя их в одно заболевание.

На момент обследования у больных выявлялись следующие виды нарушений пищевого поведения (НПП): НА 6 (22%), НБ 18 (71%), психогенные рвоты 2 (7%), которые развивались на фоне уже имеющейся сопутствующей психопатологии: органического поражения мозга 4 (16%), расстройств личности 5 (17%). Шизофрения и шизотипическое расстройство чаще предшествовали развитию НА (25%), лишь в 5% случаев диагностировались позже НА, депрессивные расстройства предшествовали развитию НА у 3 (13%). Алкоголизм у 2 (7%) больных развивался после постановки диагноза НА и НБ, нередко заменял безудержную тягу к еде. Панические, смешанные тревожные и депрессивные, обсессивно-компульсивные (ОКР), ипохондрические (ИР) расстройства, соматоформная дисфункция вегетативной нервной системы отмечались у 3 (13%) больных, могли отмечаться до и после развития нарушений пищевого

поведения, при этом ОКР и ИР являлись составной частью синдрома НА. Необходимо отметить, что у обследованных больных лишь в 8% случаев отмечался один психиатрический диагноз. У 92% больных были 2-3 психиатрических диагноза. При этом НПП возникали на фоне другой психопатологии у 45% больных. У 44% больных кроме недовольства мнимой или преувеличенной полнотой имелись другие виды дисморфомании-дисморфофобии: 12% прибегали к косметическим операциям на различных частях тела или внутренних органах с целью их коррекции. Например, для уменьшения всасывания пищи с целью похудения добивались резекции части кишечника. Уменьшение или исправление формы молочных желез, резекция яичников, смена пола с соответствующим оперативным лечением проводились нередко необоснованно под активным давлением со стороны больных. Вследствие данных операций возникали коморбидные ятрогенные заболевания.

Сочетание с коморбидной соматической и неврологической патологией, предшествующей или осложнившей нарушения пищевого поведения, отмечалось в 99% случаев. Основными соматическими и неврологическими заболеваниями у обследованных больных были: умеренные или выраженные дисметаболические изменения миокарда, нередко с нарушением его сократимости и проводимости (экстрасистолия, синусовые тахи- и брадиаритмии, миграция водителя ритма, блокада ножки пучка Гисса), гипохромная анемия, хронические гастриты, энтериты, колиты, синдром раздраженного кишечника, воспаление околоушных слюнных желез, кисты щитовидной железы, поликистоз яичников, эмфизема легких, пиелонефрит, аутоиммунный тиреоидит, ВСД по гипотоническому типу с пароксизмальными расстройствами, гидроцефалия, кахексия. Необходимо отметить, что аменорея является по МКБ-10 обязательным признаком НА, развивающимся при падении веса до так называемого весового порога менархе. У 6 (22%) обследованных больных отмечались стигмы дисэмбриогенеза: нарушение развития пальцев рук с необходимостью корректирующей операции, асимметрия лицевых костей, нарушение внутриутробного формирования проводящей системы сердца, спина бифида, асимметрия грудной клетки. Коморбидность синдрома

нервной анорексии часто обращает на себя внимание исследователей, вызывая теоретические дискуссии о природе синдромов и симптомов: являются ли их сочетания случайными, психопатологически и нозологически связанными или возникают в качестве осложнений, например, со стороны соматических органов, играющих в дальнейшем значительную патопластическую роль в развитии синдрома НА; составными частями синдрома НА, приобретшими самостоятельное течение (например, аффективные расстройства), вытеснившими на первый план в клинической картине на фоне лечения НА. Выделение форм коморбидности при нервной анорексии в процессе длительного исследования позволит судить о нозологической природе и прогностических критериях НА.

ЛИТЕРАТУРА

1. Bruce K., Steiger H., Koerner N. et al. Bulimia nervosa with comorbid avoidant personality disorder: behavioural characteristics and serotonergic function // Psychol. Med. 2004. № 1. P. 113—124.
2. 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
3. Коркина М.В. «Социальные факторы и расстройства пищевого поведения» стр. 332-338, глава в книге «Руководство по социальной психиатрии», под. Ред. Т.Б. Дмитриевой, Б.С. Положего, изд-во МИА, Москва, 2009, 543 стр.
4. Коркина М.В. Дисморфомания в подростковом и юношеском возрасте. М.: Медицина, 1984. 224с.
5. Коркина М.В., Цивилько М.А., Марилов В.В. Нервная анорексия. М.: Медицина, 1986. 176с.
6. Ромасенко Л.В., Артюхова М.Г. Психосоматические расстройства в клинической кардиологии (принципы диагностики и терапии) М., ГНЦ им. Сербского, 2010, 24 с.
7. Сухарева Г.Е. Лекции по психиатрии детского возраста. М.: Медицина, 1974. 320с.
8. Темирова А.Р. Корреляция особенностей психических и соматоневрологических расстройств у больных нервной анорексией. // дисс. К.м.н. М.РУДН, 2005, 181 с.