

ОБ ОСОБЕННОСТЯХ НЕРВНОЙ АНОРЕКСИИ У МУЖЧИН

**М.А.ЦИВИЛЬКО, М.В. КОРКИНА, А.Е.БРЮХИН, М.С.АРТЕМЬЕВА,
М.А.КАРЕВА**

*Кафедра психиатрии и медицинской психологии РУДН.
Москва. 117198, Миклухо-Маклая, д.8. Медицинский факультет*

В данном сообщении освещены некоторые вопросы истории изучения нервной анорексии и булимии. Большое внимание уделено особенностям преморбиды, инициального периода, клинической картины, динамики, исходов, лечения и реабилитации при нервной анорексии у мужчин. Обсуждается проблема дифференциальной диагностики нервной анорексии и болезни Симмондса. Приведено патоморфологическое описание алиментарной кахексии.

Нервная анорексия – заболевание, возникающее в подростковом и юношеском возрасте, преимущественно у лиц женского пола. Основным признаком заболевания является сознательный отказ от еды с целью похудения. При этом первоначальный вес может не превышать нормы. Отказ от еды приводит к вторичным соматоэндокринным расстройствам в виде аменореи, избыточного оволосения, прогрессирующей общей атрофии с поражением внутренних органов, ломкостью ногтей, разрушением зубов, сухостью кожных покровов.

Изучение этого заболевания началось в середине девятнадцатого столетия (W. Gull, Ch. Lasague). Однако до настоящего времени эта патология изучена недостаточно. Для этих больных характерна диссимуляция своего состояния, в результате которой пациенты длительное время остаются без психиатрической помощи, а наблюдаются врачами других специальностей.

В последние десятилетия отмечается рост заболеваемости нервной анорексией, что требует активного изучения этой патологии. Обращают на себя явления патоморфоза нервной анорексии в виде более раннего начала заболевания, увеличения булимической симптоматики, некоторого увеличения заболеваемости нервной анорексией у мужчин. По данным ряда авторов [2] нервная анорексия у мужчин и женщин, имея ранее соотношение 1: 10, приобрела в последнее десятилетие соотношение 1: 9.

У большинства мужчин нервная анорексия развивается в рамках шизофренического процесса. Отмечается наследственная отягощенность шизофренией, алкоголизмом, психопатиями, тревожной депрессией, нервной анорексией, различными аномалиями характера. К особенностям преморбиды при мужской нервной анорексии относится сочетание шизоидных и астенических черт характера.

В большинстве наблюдений у пациентов мужского пола заболевание начиналось в препубертатном или пубертатном возрасте с характерологического сдвига или медленно нарастающей негативной симптоматики. На этом фоне у больных развивался синдром нервной анорексии, тесно связанный либо с дисморфобическими переживаниями при наличии преморбидной избыточной полноты, либо с бредовыми расстройствами, касавшимися недовольства собственной внешностью, а также с ипохондрическими бредовыми идеями, идеями самоусовершенствования, нередко с явлениями метафизической интоксикации. Типичным в динамике синдрома нервной анорексии у мужчин является наличие аффективных колебаний с преобладанием тревожной депрессии, усиление сенесто-ипохондрических и обсессивно-фобических расстройств, а также булимической симптоматики с искусственно вызываемыми рвотами. Длительное катамнестическое проследивание мужчин с нервной анорексией обнаруживает у них дальнейшее нарастание сенесто-ипохондрической симптоматики, которая вызывает стойкую социально-трудовую дезадаптацию, нередко с формированием ипохондрического бреда. У этих больных часто имеет место злоупотребление алкоголем, что ещё более усиливает социально-трудовую дезадаптацию, которая обусловлена также нарастанием в процессе болезни аутизации, снижением активности, потерей прежних интересов, формированием

патологического пищевого поведения и развитием тяжелых сомато-эндокринных нарушений. Полиморфизм психопатологической симптоматики, прогрессивность течения заболевания определяют особую трудность осуществления эффективной лечебно-реабилитационной тактики при нервной анорексии у мужчин.

Одним из главных диагностических критериев заболевания является большой дефицит массы тела (до 25-40% от преморбидной). Больные достигают похудания различными способами, что приводит к разным видам алиментарной недостаточности. Они сознательно отказываются от еды, главным образом путём сознательного сокращения количества пищи, ограничивая употребление еды, богатой углеводами и жирами, предпочитая различные варианты так называемой белковой диеты. В других случаях больные прибегают с целью похудания к искусственной рвоте с последующим промыванием желудка большим количеством воды, что приводит к общей алиментарной недостаточности (резкое ограничение не только жиров и углеводов, но и белков). У больных с искусственно вызываемыми рвотами отмечалось снижение в плазме крови уровня холестерина, калия, кальция, натрия, хлоридов. Таким образом при искусственно вызываемой рвоте все показатели метаболизма значительно отличались от таковых у больных с простым самоограничением в еде. Это необходимо учитывать при разработке комплексного лечения и индивидуальной диетотерапии.

Со времени описания гипопизарной кахексии (Соммондс, 1914 г.) до 30-х годов двадцатого века длился так называемый «эндокринологический» этап в изучении нервной анорексии. Морфологическим субстратом болезни Симмондса является тотальная атрофия гипофиза с разрушением его передней доли и замещением фиброзной тканью со снижением веса гипофиза до 0,25-0,13 г (при норме 0,5-0,6 г). Обычно причиной заболевания являются ишемический или геморрагический инсульт, черепно-мозговая травма, опухоль гипофиза и гипоталамической области, нейроинфекции и интоксикации. Н.А.Шерешевским с соавт (1925), Я.И.Шапиро (1963) и др. описаны случаи развития гипопизарной кахексии вследствие сифилиса, базального менингита, туберкулеза, циститцеркоза, метастатического абсцедирования. Поражение гипоталамо-гипопизарной системы обуславливает выраженное нарастающее снижение продукции адренокортикотропного, гонадотропных, соматотропного, тиреотропного гормонов, что влечёт за собой гипофункцию и атрофию соответствующих эндокринных желёз, гипотрофию внутренних органов и скелета, трофические расстройства, нарушение всех видов обмена, что сопровождается признаками преждевременного старения организма. В особо тяжелых случаях болезнь Симмондса приводит к летальному исходу. При своевременной диагностике и систематической интенсивной заместительной терапии прогноз гипопизарной кахексии благоприятный. Учитывая определённое внешнее клиническое сходство нервной анорексии и болезни Симмондса, между ними необходимо проводить тщательную дифференциальную диагностику, при этом особое внимание следует уделять выявлению наследственной отягощённости психическими заболеваниями, преморбидным личностным особенностям, анамнезу, выявлению причин похудания, динамике психопатологических расстройств, особенностям пищевого поведения.

Нервная анорексия ранее специально не изучалась патоморфологами. Поскольку причиной кахексии у больных нервной анорексией является недостаточность или неполноценность питания вследствие голодания, заболевание проявляется алиментарным истощением (так называемой алиментарной дистрофией). Кахексия выражается нарастающим общим исхуданием и атрофией внутренних органов. Раньше всего и наиболее значительно атрофируется жировая ткань (до 90% её первоначальной массы), затем мышечная ткань (до 45%), сердце, селезёнка, печень, последним в процесс вовлекается головной мозг, что гистологически в первую очередь проявляется «мутным набуханием», «восковидным перерождением», гомогенностью структуры, кариоцитоллизом, выраженной вакуолизацией и изъеденностью контуров клетки (П.Я.Розенбах, 1883). Таким образом, то что проблеме нервной анорексии уделяется большое внимание врачами разных специальностей (психиатрами, психотерапевтами, педиатрами, терапевта-

ми, эндокринологами, неврологами, патоморфологами) обусловлено чрезвычайной сложностью этого заболевания, так как нет другой болезни, где бы психические расстройства так тесно переплетались с соматическими, влияя друг на друга.

Литература

1. Марилов В.В., Цивилько М.А., Баринов А.М. О неспецифическом лечении больных нервной анорексией на стадии кахексии. Материалы VII
2. Коркина М.В., Цивилько М.А., Марилов В.В. Нервная анорексия. М. Москва, 1986.
3. Коркина М.В., Марилов В.В., Цивилько М.А., Карева М.А. Нервная анорексия у мужчин. // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С.Корсакова. 1980, 11, с. 1562-1568.
4. Снесарев П.Е. Теоретические основы патологической анатомии психических болезней. М. Медгиз, 1956.

ABOUT MALE ANOREXIA NERVOSA.

**M.A. TSYVILKO, M.V. KORKINA, A.E. BRIOUKHIN, M.S. ARTEMIEVA,
M.A. KAREVA**

Department of Psychiatry and Medical Psychology RPFU.
Moscow. 117198. M-Maklaya st. 8. Medical faculty

In this report were given some data about the development of the study of anorexia nervosa and bulimia nervosa. Problem of male anorexia nervosa was taken under particularly consideration. Premorbid, initial period, clinical features, the course and outcomes, treatment and rehabilitation of male anorexia nervosa and bulimia nervosa were discussed. The problems of differential diagnosis between Simmonds disease and anorexia nervosa were taken under consideration. The authors discussed the results of autopsy of a patients with kahexia.