

УДК 616.89-008.441.42:618.76-07-053.7

ОСОБЕННОСТИ ПРЕДИСПОЗИЦИИ И КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ АТИПИЧНОЙ НЕРВНОЙ АНОРЕКСИИ У ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ С ОЛИГО-АМЕНОРЕЕЙ

© 2013 г. Л.М. Лев, В.О. Андреева, В.Г. Заика, А.С. Андреев, Н.В. Ткаченко

Лев Любовь Михайловна – аспирант, врач-психиатр, Психоневрологический диспансер Ростовской области, ул. Гайдара, 1а, г. Ростов н/Д, 344013, e-mail: lubalev@mail.ru.

Lev Lubov Mikhailovna – Post-Graduate Student, Psychiatrist, Mental Hospital of Rostov Region, Gajdar St., 1a, Rostov-on-Don, Russia, 344013, e-mail: lubalev@mail.ru.

Андреева Вера Олеговна – доктор медицинских наук, главный научный сотрудник, акушерско-гинекологический отдел, Ростовский научно-исследовательский институт акушерства и педиатрии, ул. Мечникова, 43, г. Ростов н/Д, 344013.

Andreeva Vera Olegovna – Doctor of Medical Science, Main Scientific Researcher, Obstetrics Department, Rostov Scientific Research Institute of Obstetrics and Pediatrics, Mechnikov St., 43, Rostov-on-Don, Russia, 344013.

Заика Владимир Григорьевич – доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой психиатрии, Ростовский государственный медицинский университет, пер. Нахичеванский, 29, г. Ростов н/Д, 344022.

Zaika Vladimir Grigorjevich – Doctor of Medical Science, Professor, Head of the Department of Psychiatry, Rostov State Medical University, Nakhichevanskiy Lane, 29, Rostov-on-Don, Russia, 344022.

Андреев Алексей Сергеевич – кандидат медицинских наук, врач-психиатр, заведующий мужским психиатрическим отделением № 1, Психоневрологический диспансер Ростовской области, ул. Гайдара, 1а, г. Ростов н/Д, 344013.

Andreev Aleksey Sergeevich – Candidate of Medical Science, Psychiatrist, Head of Male Psychiatric Units №1, mental Hospital of Rostov Region, Gajdar St., 1a, Rostov-on-Don, Russia, 344013.

Ткаченко Наталья Владимировна – аспирант, врач-психиатр, Психоневрологический диспансер Ростовской области, ул. Гайдара, 1а, г. Ростов н/Д, 344013.

Tkachenko Natalja Vladimirovna – Post-Graduate Student, Psychiatrist, Mental Hospital of Rostov Region, Gajdar St., 1a, Rostov-on-Don, Russia, 344013.

Одной из возможных причин возникновения нервной анорексии (НА) являются нарушения в гипоталамо-гипофизарной системе, обусловленные факторами predisposition. Особенности атипичных форм НА является совокупность отягощенной психической и эндокринной наследственности в преморбиде, сензитивный радикал у личности, превалирование обсессивно-компульсивных расстройств. Терапия атипичной НА является менее эффективной, чем типичной. В связи с этим необходимо дальнейшее изучение predisposition и особенностей клинической картины атипичной НА для определения диагностических критериев и оптимизации тактики лечения у девочек-подростков с олиго-аменореей.

Ключевые слова: атипичная нервная анорексия, олиго-аменорея, сверхценная дисморфоманическая идея, predisposition, обсессивно-компульсивные расстройства.

One of the possible causes of anorexia nervosa (AN) are disorders of the hypothalamic-pituitary system, by the pathological predictors. Especially atypical forms on a set of mental and endocrine burdened heredity in premorbid, sensitivity radical of the personality, the prevalence of obsessive-compulsive disorders. Treatment of atypical NA is less efficient than a typical AN. Therefore, further study of predisposition and clinical features of atypical AN diagnostic criteria for determining and optimizing treatment strategy in adolescent girls with oligo-amenorrhea.

Keywords: atypical anorexia nervosa, oligo-amenorrhea, dismorphomaniacal idea, predictors, obsessive-compulsive disorder.

Социальная значимость и актуальность нарушений пищевого поведения у детей и подростков определяют интерес широкого круга специалистов. Подростковый возраст, имеющий биологические и психологические специфические особенности, является критическим в плане нарушения поведения вообще и расстройства пищевого поведения в частности [1]. Несмотря на выявленные в последние десятилетия клинические и нейроэндокринологические особенности нервной анорексии (НА), до сих пор значительной проблемой остается несвоевременная диагностика НА, относительно низкая эффективность медицинской помощи [2]. Особый интерес к НА возник в последние десятилетия, что обусловлено все большим ее распространением в популяции. «Омоложение» НА привело к тому, что пик заболеваемости сместился на подростковый возраст, хотя ее начало в 8–10 лет, даже с 6 лет, также уже не является редкостью. В последние десятилетия НА страдают от 0,5 до 1 % девочек-подростков [2–4]. В клинике НА отмечаются не только дисморфофобия/дисморфомания, но и аффективные нарушения, которые во многом обуславливают течение и дальнейший прогноз заболевания, нередко являясь причиной рецидивов и одним из хронифицирующих факторов. Обсессивно-компульсивные симптомы (ОКР), возникающие при НА, зачастую принимают на себя ведущую роль, приводя к клинической картине черты атипичности. Одной из причин, приводящей к поздней диагностике, ухудшению прогноза НА, а также грубым нарушениям репродуктивной функции в дальнейшем, является некомплаенс между врачом и пациентом, отсутствие критики пациентки к заболеванию. Таким образом, актуальность изучения атипичных форм НА обуславливается ее значимой ролью в этиопатогенезе, клинике, динамике и прогнозе нарушений пищевого поведения. Многочисленные попытки идентификации факторов риска развития НА основывались в том числе и на изучении predispositions. По современным данным, накопление патологических predispositions факторов имеет прямую связь с особенностями клиники и типом течения НА [5], а расстройства личности выявляются у 32–97 % больных НА [6]. Патогенез НА можно рассматривать как совокупность взаимосвязанных и иницирующих действие друг друга факторов, таких как генетическая предрасположенность, нарушение в нейротрансмиттерной и нейроэндокринной системах, личностные черты и акцент на похудении в обществе [7]. В основные звенья патогенеза вовлечены гипоталамические моноамины, в частности, серотонин, нейропептиды и лептин [7–9]. В результате ограничения потребления пищи концентрация лептина в сыворотке уменьшается [8, 9]. Снижение связывания рецепторов серотонина, остающееся у больных НА после восстановления массы тела и при отсутствии голодания, предполагает, что нарушение серотонинергической трансмиссии может быть фундаментальным проявлением патофизиологии НА. Таким образом, выявление особенностей predispositions при атипичной НА, а также взаимосвязи психопатологических расстройств и нейрометаболических нарушений на разных этапах атипичной НА позволило бы на ранних этапах диагностировать данную форму НА и начать своевременное лечение.

Цель исследования – изучение особенностей клинической картины и predispositions при атипичной НА у девочек-подростков с олиго-аменореей.

Материалы и методы

Нами обследованы 2 группы девочек-подростков с диагнозом типичная и атипичная НА и с нарушением менструального цикла по типу вторичной олиго-аменореи. В I группу включены 80 пациенток с диагнозом НА, обратившихся к гинекологу по поводу аменореи, наступившей после преднамеренного снижения массы тела. Индекс массы тела (ИМТ) девочек при первичном обращении в среднем составлял 15,6 (17,5; 11,6). Во II группу вошли 60 пациенток с атипичными проявлениями НА со средним значением ИМТ 14,55 (17,34; 10,2). Группы были сопоставимы по возрасту, который в среднем составлял 16 (18; 14) лет. Обе группы были обследованы при первичном обращении – на аноректическом этапе и через 3 мес. от начала лечения – на этапе редукции НА. В соответствии с этим первая группа подразделялась на две подгруппы: № 1 – 40 девочек на аноректическом этапе НА; № 2 – 40 пациенток на этапе редукции НА. Вторая группа подразделялась на две подгруппы: № 1 – 30 девочек на аноректическом этапе атипичной НА; № 2 – 30 пациенток на этапе редукции атипичной НА. В группу контроля вошли 20 здоровых девочек-подростков с нормальным ИМТ и регулярным менструальным циклом. Основными методами исследования были клиничко-психопатологический с соматическим, неврологическим и лабораторным обследованием; антропометрический; расчет ИМТ при поступлении, еженедельно в динамике лечения и при выписке. Также применялись экспериментально-психологический, катamnестический методы и психометрическое шкалирование: шкала депрессии Монгмери–Асберга (MADRS), госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS), обсессивно-компульсивная шкала Йеля–Брауна (Y-BOCS). Пациенткам обеих групп в течение 3 мес. проводилось комплексное лечение, направленное на коррекцию метаболических расстройств, нормализацию массы тела, а также психофармакотерапию тиоридазином, вальпроевой кислотой, клоназепамом. Психофармакотерапия во всех группах дополнялась психотерапевтическим воздействием, направленным на изменение патологического стереотипа пищевого поведения и формирование навыков рационального питания. Статистическое обоснование различий между выделенными группами пациенток проводилось с использованием U-критерия Манна–Уитни при максимальном допустимом уровне вероятности ошибки первого рода $p=0,05$. Расчеты проводились в среде пакета прикладных программ Statistica 6.0.

Результаты исследования

Преморбидно пациентки I группы в большинстве своем – 60 пациенток (75 %) – отличались общительностью, активностью, целеустремленностью, стеничными чертами характера, отчетливым «перфекционизмом» и ответственностью во всем, что касалось реализации жизненных целей, были мало подвержены влиянию микросоциальной группы, в данной группе превалировал эпилептоидный радикал личности.

Таблица 1

Структура наследственной отягощенности синдрома атипичной и типичной НА

Заболевания	Типичная НА, I группа (n=80) n (% от общего числа пациенток)	Атипичная НА, II группа (n=60) n (% от общего числа пациенток)
Психические расстройства	24 (30)	46 (76,6)
Эндогенные заболевания	10 (41,6)	33 (71,7)
Хронический алкоголизм	7 (29,2)	7 (15,2)
Умственная отсталость	5 (20,8)	–
Эпилепсия	3 (12,5)	7 (15,2)
Соматическая патология	32 (40)	36 (60)
Патология эндокринной системы	30 (37,5)	49 (81,6)
Патология сердечно-сосудистой системы	15 (18,75)	30 (50)
Онкозаболевания	7 (8,75)	24 (40)

Меньшая часть этой группы – 14 пациенток (17,5 %) – отличалась тревожно-мнительными чертами характера, были обязательными, исполнительными и ответственными, стремились к общению. Оставшаяся часть группы – 6 девочек (7,5 %) – имела равномерно распределенные различные личностные радикалы (истерический, астенический). Пациентки II группы (с атипичной НА) в большинстве случаев – 39 пациенток (65 %) – отличались замкнутостью, повышенной сензитивностью, склонностью к рефлексии, повышенной ответственностью, мнительностью, обидчивостью. Меньшая часть пациенток – 15 девочек (25 %) – отличалась стремлением к общению, повышенной чувствительностью, тревожностью, вспыльчивостью, эмоциональной лабильностью, отходчивостью. Также отмечались черты педантичности, брезгливости. Оставшаяся часть группы – 6 девочек (10 %) – отличалась психастеническими чертами характера. Следует отметить, что личностные особенности всех девочек не превышали, как правило, уровень акцентуации и не мешали адаптации пациенток в обществе и микросоциальной группе. В результате анализа психопатологической наследственности у пациенток с типичным вариантом НА выявлено, что отягощение психопатологией в роду отмечалось у 24 (30 %) пациенток. Удельный вес приходился на эндогенные расстройства – у 10 (41,6 %) (шизофрения, униполярное депрессивное расстройство), у 7 (29,2 %) – отягощение хроническим алкоголизмом, у 5 (20,8 %) – умственной отсталостью, у 3 (12,5 %) отмечалось отягощение по эпилепсии. При анализе психопатологической наследственности у пациенток с атипичной НА (II группа) обращает внимание, что из общего числа больных с НА 46 пациенток (76,6 %) имеют отягощенную психопатологическую наследственность. Из них 33 (71,7 %) приходится на долю эндогенных расстройств (шизофрения, униполярное депрессивное расстройство), 7 пациенток (15,2 %) – с отягощением хронического алкоголизма и столько же – эпилепсии. Отягощение соматической патологией выявлено у 32 (40 %) пациенток с типичным вариантом НА и у 36 (60 %) с атипичной НА. Среди соматической патологии в наследственности у пациенток I группы наибольшую распространенность имели болезни эндокринной системы: у 30 пациенток (37,5 %) имелась отягощенность по данной патологии, тогда как при атипичном варианте НА на долю эндокринных расстройств приходится 81,6 % – 49 пациенток. Также обращает на себя внимание отягощение по сердечно-сосудистой патологии: в I группе 15 пациенток (18,75 %), во II – 30 (50 %). В меньшей степени у обеих групп отмечалось отягощение по онкологической патологии, при атипичной НА – 24 пациентки (40 %), 7 (8,75 %) – в I группе (табл. 1).

Нами выявлено, что средний возраст матерей пациенток в I группе составил 27,5 (30; 18) года. В возрасте от 18 до 27 лет данная беременность наступила у 54 женщин (67,5 % от общего числа матерей пробандов I группы), старше 28 лет – у 26 женщин (32,5 %). Юных первородящих среди матерей пациенток обеих групп выявлено не было. Во II группе средний возраст матерей составил 23,8 (30; 18) года.

В возрасте от 18 до 27 лет данная беременность наступила у 42 женщин (70 % от общего числа матерей пробандов II группы), старше 28 лет – у 18 женщин (30 %). Юных первородящих среди матерей пациенток обеих групп выявлено не было.

В контрольной группе средний возраст матерей составил 25 (31; 22) лет. В возрасте от 18 до 27 лет забеременели 16 женщин (80 %), старше 28 лет – 4 (20 %). В I группе от первой беременности родились 22 пациентки (31,25 %), во II – 26 (50 %). В I группе у матерей первая половина беременности была осложнена гестозом у 10 чел. (12,5 %). Гестоз второй половины беременности был выявлен в 3 случаях (3,75 %). Течение родов у матерей пациенток I группы было осложнено родовым излитием околоплодных вод в 4 случаях (5 %), слабостью родовых сил – в 8 (10 %). Во II группе первая половина беременности была осложнена гестозом у 12 чел. (20 %). Гестоз второй половины был выявлен у 6 беременных (10 %). Во II группе течение родов было осложнено родовым излитием околоплодных вод в 12 случаях (20 %). Следовательно, суммарная патология беременности и родов была выявлена у 25 матерей пациенток I группы (41,25 %) и у 30 (50 %) II группы, что было существенно выше, чем в контрольной группе – 1 чел. (5 %). Таким образом, можно сделать вывод, что при обоих вариантах НА отмечался высокий удельный вес психопатологического отягощения, причем в обеих подгруппах преобладают эндогенные расстройства (шизофрения, униполярное депрессивное расстройство). При этом при атипичной НА данное значение выше в 1,9 раза, чем при типичной НА ($p < 0,05$). В обеих группах отчетливо прослеживалась связь накопления в наследственности эндокринной и сердечно-сосудистой патологии. Так, при атипичной НА частота отягощения эндокринных расстройств выше в 1,6 раза, чем при типичной НА ($p < 0,05$), а сердечно-сосудистой патологии – в 2 раза, чем при типичной НА ($p < 0,05$). Отягощение онкологическими заболеваниями при атипичной НА выше в 3,43 раза, чем при

типичной НА ($p < 0,05$). Выявлено, что средний возраст матерей пациенток I группы был в среднем на 3,8 года выше, чем во II группе ($p < 0,05$). Существенных статистических отличий между значениями в контрольной группе и в обеих группах не отмечалось ($p \leq 0,05$). При изучении клинических особенностей атипичной НА выявлено, что инициальный период, возникающий до первых клинических симптомов атипичной НА, был выявлен у 2 пациенток (6,6 %) за 1,5–2 года до дисморфоманического этапа, при этом отмечались повышенная сензитивность, колебания настроения, раздражительная бестактность. Данный период приходился на возрастной отрезок 13–14 лет. Психотравмирующие ситуации, предшествующие НА, отмечались у 11 пациенток (36,6 %), что приводило к формированию в дальнейшем дисморфофобических переживаний. Дисморфоманический этап атипичной НА выявлялся у 10 пациенток (33,3 %), протекал стерто, что определяло атипичность клиники НА, и проявлялся дисморфоманическими идеями собственной внешности, слабовыраженными колебаниями настроения в сторону гипотимии – у 2 пациенток (6,6 %), эпизодами реализации похудения – бег, тренажеры – 5 (16,6 %), приемом слабительного чая – 3 (10 %), а также незначительным ограничением в пище – в 2 случаях (6,6 %). Отчетливые дисморфоманические идеи на данном этапе отмечались у 2 пациенток (6,6 %), в остальных случаях удалось выявить недовольство внешностью, переживания по поводу насмешек при отрицании конкретных физических недостатков. Проявления аноректического этапа атипичной НА возникали от 1,5 мес. до 2 лет от начала дисморфоманического этапа, в среднем через 14,2 мес. У 9 пациенток (30 %) общая клиническая картина отличалась слабой выраженностью, не сопровождалась активными мерами похудения, наблюдалось лишь небольшое ограничение в рационе питания, соматические жалобы в виде дискомфорта в желудочно-кишечном тракте. Трое больных (10 %) категорически отрицали применение каких-либо методов для похудения и жаловались на распирающие боли в животе при приеме пищи, 15 (50 %) диссимулировали свое состояние. Активно высказывали дисморфоманическую идею 4 пациентки (13,3 %). Аффективные нарушения возникали от 6 мес. до 2 лет от начала НА, в среднем через 10,8 мес. от начала НА. У 2 пациенток (6,6 %) данные расстройства выявлялись до начала НА. Аффективные нарушения отмечались у 10 пациенток (33,3 %); в виде эмоциональной лабильности – у 7 (23,3 %) и тревожного субдепрессивного синдрома – у 3 (10 %). ОКР отмечались у 17 пациенток (56,6 %) и во многом определяли клиническую картину болезни. Активное стремление о необходимости исправить недостаток внешности приводило в исполнение через 6 мес. – 2 года от начала заболевания. До начала первой реализации эпизодов у 11 пациенток (36 %) отмечались признаки иллюзорно-компенсаторного поведения. Синдром психофизической зависимости у всех больных с наличием ОКР проявлялся труднопреодолимым стремлением к реализации аномального влечения, а также непосредственной реализацией эпизода. У 16 больных активная мера похудения начиналась с уменьшения объема рациона питания – 43,3 %,

у 9 (30 %) – с занятия спортом, 2 пациентки использовали в качестве мер для похудения прием слабительных средств (6,6 %), 4 (13,3 %) применяли клизмы, двое (6,6 %) – БАДы, направленные на снижение веса. У 8 (26,6 %) отмечались эпизоды булимии. У 1 больной (3,3 %) обсессивное влечение погашалось при перемене обстановки и усиливалось при возврате в привычную обстановку. У всех пациенток с ОКР психофизический комфорт был представлен своеобразным уходом от психоэмоционального дискомфорта. При реализации эпизодов 12 пациенток (40 %) отмечали прилив бодрости, активности, энергии, у 5 (16,6 %) появлялось чувство вялости, слабости, умиротворения. При невозможности реализовать эпизод у 11 больных (36,6 %) возникало чувство эмоционального дискомфорта, раздражительности, конфликтности, у 3 (10 %) отмечалась плаксивость. У 2 больных (6,6 %) через 2 года после первых клинических проявлений болезни отмечался нарушенный сон, усиление потливости при невозможности реализации эпизода. Таким образом, синдром психофизической зависимости проявлялся в основном патологическим психофизическим влечением и носил вид стойких, постепенно прогрессирующих, мало подверженных изменениям ритуалов. Через 1,5–2 года после первых клинических проявлений у 11 пациенток (36,6 %) отмечалось сужение круга интересов, общения, формирования узости мировоззрения, интересов и взглядов, направленных на реализацию эпизодов. Через 2–2,5 года у 8 больных (26,6 %) отмечались признаки заострения черт личности: сензитивного, эпилептоидного, что характерно для лиц с зависимым поведением. У всех пациенток через 4 мес. – 2 года после начала болезни выявлялась соматовегетативная дисфункция: расстройство сердечной деятельности – у 3 (10 %), у 25 больных (86,6 %) – гормональные расстройства, у 2 (6,6 %) – водно-электролитные нарушения, у 10 (33,3 %) на аноректическом этапе отмечались дискинезия ЖВП, признаки хронического гастрита, у 3 (10 %) выявлялись цефалгии. Нарушение менструального цикла возникало в период от 4 мес. до 2 лет от начала аноректического этапа атипичной НА, в среднем через 13,9 мес. У всех пациенток I группы при обращении на аноректическом этапе выявлялась дисморфоманическая идея сверхценного уровня, аффективные нарушения отмечались у 17 пациенток (42,5 %), ОКР были выявлены у 12 пациенток (30 %). На этапе редукции атипичной НА у 16 пациенток (53,3 %) присутствовала астеническая симптоматика, у 18 (40 %), несмотря на возобновление менструаций и повышение ИМТ, сохранялась фобия вновь набрать излишний вес и колебания дисморфофобической симптоматики. У 3 пациенток на данном этапе (10 %) отмечалась эмоциональная лабильность, у 9 (30 %) отмечались симптомы ОКР. На данном этапе во II группе на фоне проводимого лечения удалось добиться дезактуализации сверхценной идеи у 9 (30 %), купирования аффективных нарушений – у 7 (23,3 %), а ОКР – у 8 пациенток (26,6 %). В I группе во второй подгруппе произошла дезактуализация сверхценной идеи у 30 (75 %), купирования аффективных нарушений – у 18 (45 %), а ОКР – у 22 (55 %) пациенток (табл. 2).

Таблица 2

Психопатологические симптомы на аноректическом этапе и этапе редукции атипичной и типичной НА

Группа	Сверхценная дисморфоманическая идея n (%)	Аффективные расстройства n (%)	ОКР n (%)
I группа 1-я подгруппа (n = 40)	40 (100)	29 (42,5)	12 (30)
II группа 1-я подгруппа (n=30)	4 (13,3)	14 (33,3)	17 (56,6)
I группа 2-я подгруппа (n=40)	36 (90)	18 (45)	22 (55)
II группа 2-я подгруппа (n=30)	9 (30)	7 (23,3)	8 (26,6)

На этапе редукции НА в обеих группах удалось добиться восстановления менструального цикла, ИМТ на данном этапе составил в среднем 19,02; прибавка к ИМТ составила в среднем 4,47 ЕД по сравнению с аноректическим этапом. На этапе редукции в обеих группах статистически достоверно ($p < 0,05$) уменьшился средний суммарный балл по всем психометрическим шкалам.

При катamnестическом исследовании было выявлено, что в I группе второй подгруппы у 8 пациенток (20 %) в течение 6 мес. после получаемой терапии произошли рецидивы заболевания. Из 30 пациенток II группы второй подгруппы у 9 (30 %) произошли рецидивы заболевания в течение 6 мес., у 5 (16,6 %) повторная госпитализация наступила менее чем через год после окончания настоящего стационарного лечения (табл. 3).

Таблица 3

Динамика среднего суммарного балла (ССБ) по данным психометрических шкал депрессии и тревоги и обсессивно-компульсивной шкалы

Группы/ССБ	MADRS	HADS тревога/депрессия	Y-BOCS
1 группа 1-я подгруппа (n=40)	20,3	9,58/8,48	11,67
1 группа 2-я подгруппа (n=40)	10,07	5,35/5,35	2,27
2 группа 1-я подгруппа (n=30)	21,36	10,27/9,1	11,46
2 группа 2-я подгруппа (n=30)	13,7	7,53/7,2	7,8
Уменьшение ССБ в первой группе, %	50,4	44,2/36,9	80,5
Уменьшение ССБ во второй группе, %	35,9	26,7/20,9	32

По данным катamnеза выявлено, что у 75 % пациентов I и 55 % II групп вторых подгрупп проводимое лечение была эффективным и привело к нормализации пищевого поведения, аффективного статуса и соматического состояния. Таким образом, на основании результатов исследования можно заключить, что одной из возможных причин возникновения НА, появления ее атипичных вариантов, являются наруше-

ния различной степени выраженности в гипоталамо-гипофизарной системе, обусловленные predisponирующими факторами, связанными с накоплением психической и эндокринной патологии у родственников пациенток, возрастом родителей, соматическими и психическими заболеваниями матери до и во время беременности, а также течением беременности и ее осложнениями. По данным М.Т. Шутовой и Е.Д. Черниковой [5], нередко случаи внутриутробного поражения гипоталамо-гипофизарной системы, связанные с болезнями матери – ревматизмом, пиелонефритом, сахарным диабетом, гестозами, бактериальными и вирусными инфекциями. При изучении predisпозиции атипичной НА было выявлено, что наследственность при данной форме играла более весомую роль, нежели особенности психофизиологического развития в пубертате, которые существенно не отличались от особенностей пубертата в контрольной группе. Результаты исследования показывают, что чем более отягощена наследственность, тем чаще проявляется атипичность в клинической картине НА. Таким образом, можно предположить, что такие факторы predisпозиции, как наследственная отягощенность психическими (эндогенными) и соматическими (эндокринными) расстройствами, в дальнейшем могут определять атипичность клинической картины НА. Исследование преморбидных особенностей больных НА [6] наиболее часто отмечает чрезмерную аккуратность, пунктуальность, ригидность, эмоциональную незрелость с повышенной зависимостью от родителей, склонность к навязчивым сомнениям, стремление к самоутверждению в сочетании с неспособностью к принятию самостоятельных решений, а также склонность к уединенному приему пищи и практикуемые в семье установки на ограничение ее объема. В нашем исследовании при атипичной НА в отличие от преморбиды при типичной НА, где удельный вес в исследовании пришелся на эпилептоидный и истерический радикал, в большей степени превалировал сензитивный радикал личности в сочетании с повышенной обидчивостью, склонностью к интрапунтивному реагированию. Данное сочетание во многом определяло клиническую картинку болезни, диссимулятивное поведение. В клинике аноректического этапа синдрома атипичной НА преобладают ОКР, и фармакотерапия оказывается менее эффективной, чем при синдроме типичной НА, практически в равной степени оказывая незначительное влияние как на сверхценную идею, так и на ОКР с аффективными расстройствами, что отличает атипичную НА от типичной, где удельный вес положительного эффекта терапии пришелся на сверхценную дисморфоманическую идею и ОКР. По данным авторов [10], при атипичной НА, где отсутствуют дисморфобические переживания, отказ от еды зачастую обусловлен другими причинами (ОКР, ипохондрическими идеями, идеями самосовершенствования), или дисморфомания не связана с переживаниями избыточности массы тела. В нашем исследовании выявлено, что на аноректическом этапе атипичной НА удельный вес в клинической картине был представлен обсессивно-компульсивными расстройствами, что согласуется с вышеприведенным исследованием и позволяет предположить, что осо-

бенностью атипичной НА у девочек-подростков является превалирование именно симптомов ОКР с сопутствующими признаками зависимого поведения. На этапе редукции НА одним из признаков положительного эффекта терапии служило восстановление менструального цикла и повышение ИМТ. Согласно современным представлениям, первичным звеном гормональных расстройств, наблюдаемых при НА, считается резкое уменьшение массы тела и сопряженные с ним обменные нарушения, что подтверждает нормализация гормонального статуса больных НА по мере восстановления массы тела, прежде всего массы жировой ткани в организме. Результаты проведенных в последние десятилетия исследований свидетельствуют о том, что именно жировая ткань принимает важное участие в метаболической регуляции энергетического равновесия, несомненно, нарушенного у больных с расстройствами приема пищи. Открытие гормона жировой ткани – лептина – вызвало повышенный интерес к изучению его роли в развитии сомато-эндокринных отклонений при ожирении и пониженном питании, в частности, при НА [8]. Согласно ранее проведенным исследованиям [9], пациентки, перенесшие НА, после восстановления менструальной функции являются группой риска по возобновлению как расстройств менструального цикла, так и специфических расстройств пищевого поведения. Набор и стабилизация заданного веса, восстановление менструального цикла являются лишь формальными признаками наступления выздоровления, в силу того, что сохраняются как нейроэндокринно-метаболические нарушения регуляции репродуктивной системы, так и ведущие обязательные психопатологические симптомы НА, такие как наличие сверхценной идеи, которая на данном этапе дезактуализирована. Все это позволяет оценивать описанное состояние как ремиссию, требующую проведения дальнейшего наблюдения у гинеколога, эндокринолога и психиатра [9].

На основании вышеперечисленного мы считаем целесообразным продолжение психофармакотерапии на этапе редукции как типичной, так и атипичной НА, несмотря на восстановление менструального цикла и набор массы тела. По нашему мнению, более высокая эффективность терапии при типичной НА по сравнению с атипичной обусловлена не только более ранней диагностикой, основанной на критериях, изложенных в МКБ-10, нейроморфологическими

и нейрофункциональными особенностями головного мозга, но и особенностями личности и ее реагирования при разных формах НА. Данное предположение требует дальнейшего изучения этого вопроса в связи с недостаточным количеством исследований по данной теме. Наличие структурных и динамических факторов атипичности определяет диагностические и терапевтические затруднения для ведения пациенток с нервной анорексией и требует поиска объективных критериев для дифференциальной диагностики нервной анорексии с другими заболеваниями, сопровождающимися дефицитом массы тела и нарушением менструального цикла, а также разработки новых схем терапии и комплексного подхода для повышения качества терапии.

Литература

1. Самойлова Ю.Г., Семке В.Я., Белокрылова М.Ф., Олейник О.А., Энгерт А.В. Влияние психологических факторов на достижение компенсации сахарного диабета 1-го типа в детском и подростковых возрастах // Сиб. вестн. психиатрии и наркологии. 2010. № 1 (58). С. 35 – 40.
2. Мазаева Н.А., Осипова А.А. Нервная анорексия – проблема, далекая от разрешения // Журн. неврологии и психиатрии. 2007. Т. 107, № 10. С. 85 – 94.
3. Самочатова Н.В., Осипова А.А. Аменорея у больных нервной анорексией // Проблемы репродукции. 2009. № 1. С. 46 – 51.
4. Смулевич А.Б. Депрессии при соматических и психических заболеваниях. М., 2007. 427 с.
5. Шутова А.Т., Черникова Е.Д. Патологическая физиология развивающегося организма. М., 1974. 151 с.
6. Осипова А.А., Самочатова Н.В. Репродуктивные возможности женщин, болеющих нервной анорексией // Проблемы репродукции. 2007. № 5. С. 63 – 67.
7. Андреева В.О., Шабанова Л.Ю., Зинкина Е.В., Андреева А.А., Ермоленко Е.Н. Роль нейропептида Y в патогенезе репродуктивных расстройств у пациенток с нервной анорексией // Рос. вестн. акушера-гинеколога. 2008. Т. 8, № 3. С. 20 – 24.
8. Мазаева Н.А. Жировая ткань, лептин и нервная анорексия // Психиатрия и психофармакотерапия. 2008. № 2. С. 25 – 36.
9. Андреева В.О. Состояние репродуктивной системы у девочек-подростков при нервной анорексии: автореф. дис. ... д-ра. мед. наук. Ростов н/Д, 2008.
10. Брюхин А.Е., Ушкалова А.В. Атипичная нервная анорексия у мужчин // Журн. неврологии и психиатрии им. Корсакова. 2007. № 7. С. 59 – 61.