

Психогенный отек Квинке у пациентки с синдромом нервной анорексии

Р.А.Сулейманов, М.С.Артемяева, В.В.Мариллов,
И.Е.Данилин, А.Г.Лазукова
Кафедра психиатрии и медицинской
психологии Российского университета
дружбы народов, Москва

В статье изложен клинический пример нервной анорексии и булимии (F50.2) у больной со смешанным расстройством личности (F61), а также приводится подробный клинический разбор случая возникновения у нее повторного отека Квинке в области гортани в сочетании с отеком лица и шеи, возникшего при попытках вызывать рвоту. Требовалось проведение дифференциального диагноза между аллергическим, иммунологическим и воспалительным процессами.

Ключевые слова: отек Квинке, отек гортани, рекуррентное депрессивное расстройство, нервная анорексия, нервная булимия, смешанное расстройство личности.

A Case of Psychogenic Laryngeal Angioedema in a Patient with Anorexia Nervosa Syndrome

R.A.Suleymanov, M.S.Artemieva, V.V.Marilov,
I.E.Danilin, A.G.Lazukova
Department of Psychiatry and Medical
Psychology, RUDN University, Moscow

The article describes the case of mixed personality disorder complicated by recurrent depressive disorder, anorexia nervosa and bulimia nervosa disorders. The case study represents a detailed analysis of purging induced repeated psychogenic laryngeal angioedema, combined with swelling of the face and neck that required differentiation from true allergic, immunologic, and inflammatory processes.

Keywords: psychogenic angioedema, laryngeal edema, recurrent depressive disorder, anorexia nervosa, bulimia nervosa, mixed personality disorder.

Типичная клиническая картина нервной анорексии включает в себя триаду дисморфофобии-дисморфомании М.В.Коркиной (патологические идеи физического недостатка с тенденцией к диссимуляции переживаний, идеи отношения, депрессивные расстройства), снижение массы тела как минимум на 15% вследствие самоограничения в еде и аменорею. Булимический этап нервной анорексии представляет собой расстройство приема пищи, характеризующееся резким усилением аппетита, наступающим вслед за

периодом аноректического поведения (рестриктивным этапом), в виде приступов перееданий, сопровождающихся чувством мучительного голода. Пациенты, страдающие булимией, прибегают к активному контролю массы тела с помощью рвоты, физических нагрузок, использования слабительных, диуретиков и средств, подавляющих аппетит [2, 4].

В ходе исследования было обследовано более 300 пациенток, страдающих нервной анорексией и булимией, которые находились на стационарном лечении в Московской городской психиатрической больнице №14. Известно, что частота развития аллергических реакций, отека Квинке и других заболеваний аллергической природы (бронхиальная астма, поллиноз и др.) у таких больных не отличается от общей популяции. В наших наблюдениях повторное развитие отека Квинке в области гортани в сочетании с отеком лица и шеи сразу после вызывания рвоты отмечалось лишь у одной больной, что потребовало дифференциации от истинных аллергических, иммунологических и воспалительных процессов. Необходимо подчеркнуть, что рвота у данной больной вызывалась легко без механических травм рта и глотки. Данный случай представляет интерес в плане дифференциального диагноза, выбора тактики лечения, а также демонстрирует самопроизвольный отказ от рвот пациентки с нарушениями пищевого поведения из-за витального страха смерти от отека Квинке.

Пациентка С., 1986 г.р. (25 лет), не работает. Наблюдалась в Московской городской психиатрической больнице № 14 в 2012 г., поступила впервые. Масса тела при поступлении 56 кг, рост 160 см (ИМТ 22 кг/м²).

Диагноз: рекуррентное депрессивное расстройство (F33) с синдромом нервной анорексии (F50.1) и булимии (F50.2). Смешанное расстройство личности (F61).

Сопутствующий диагноз: хронический гастрит, обострение; хронический пиелонефрит; варикозное расширение вен нижних конечностей; бурсит нижней задней стенки левого коленного сустава.

Наследственность. Отец ушел из семьи до рождения девочки. По характеру был вспыльчивым, эмоционально холодным, страдал алкоголизмом [5]. Мать – 49 лет, физически здорова. Общительная, с выраженными гистрионическими чертами характера. Старшая сестра 1982 г.р. здорова. Больная родилась восьмимесячной с массой тела 2700 г. При рождении отмечалась гипоксия плода в родах в результате обвития пуповиной. В первые месяцы плохо ела, была вялой, сонливой. В дальнейшем вскармливалась нормально. С полугода стала отмечаться повышенная общая возбудимость и тревожность – многократно просыпалась по ночам с криком, не отпускала от себя мать. Ходить начала с 1 года, первые слова произнесла в 8 мес. Фразовая речь с 2 лет. Росла слабым болезненным ребенком. В детстве перенесла коклюш, ветряную оспу, частые ангины и ОРВИ, протекавшие непрерывной цепочкой эпизодов. Всегда была чрезмерно привязана к матери, отличалась повышенной впечатлительностью, плаксивостью. Детские дошкольные учреждения посещала мало, так как не смогла адаптироваться в течение месяца (плакала, звала маму, отказывалась от игр со сверстниками и еды). Со слов матери и бабушки пациентки, с первых лет жизни отмечалась повышенная истощаемость и быстрая утомляемость. Общая соматическая ослабленность сопровождалась формированием физической и психической невыносливости, общей тревожности. Росла несколько медли-

тельным, капризным ребенком, предпочитала неактивные игры. С дошкольного возраста появились и сохраняются до настоящего времени многочисленные страхи: темноты, насекомых, привидений, ощущение присутствия посторонних в комнате. Плохо переносила поездки в транспорте, до 4 лет отмечались эпизодические самопроизвольные рвоты. Легко обижалась на любые замечания, была очень плаксивой, обидчивой, упрямой.

С раннего детского возраста отмечались контрастные личностные особенности: признаки тревожного (уклоняющегося) расстройства личности (F60.6) в виде неуверенности в своих силах, обидчивости, застенчивости, ранимости, заниженной самооценки с чувством неполноценности, чрезвычайной чувствительностью к негативным оценкам окружающих и избеганием социального взаимодействия из-за страха быть осмеянной и отверженной сверстниками. Наряду с этим имели место характерные признаки астенического (зависимого) расстройства личности (F60.7): неспособность принимать самостоятельные повседневные решения без советов и подбадривания друзей или родственников, страх быть предоставленной самой себе, стремление переложить на других большую часть важных решений в своей жизни, чувство беспомощности в одиночестве. Вместе с тем, в узком семейном кругу пациентка демонстрирует гистрионические черты характера (F60.4): выраженную эгоцентричность, чрезмерную требовательность, склонность к драматизации, театральность в поведении. Любит быть в центре внимания, одновременно с этим отличается легкой внушаемостью, подверженностью влиянию окружающих. Не в меру озабочена физической привлекательностью, что выражается в непомерных тратах на одежду и украшения, постоянном манипулятивном поведении по отношению к родственникам для удовлетворения своих потребностей.

Школу начала посещать с 7 лет, в начальных классах училась вяло, быстро уставала, плохо усваивала материал. Отличалась неусидчивостью, училась посредственно, любимых предметов и интереса к занятиям не было. В дальнейшем, с 5–6 класса стала прогуливать занятия, с трудом окончила школу. Свободное время проводила дома с матерью и сестрой, однако помогать им по хозяйству не стремилась. В школе не было друзей, т.к. ничем не могла заинтересовать сверстников.

Со слов больной, с младшего школьного возраста отмечались периоды беспричинно пониженного, тоскливого настроения, испытывала чувство «собственной ненужности», «не интересности», незаслуженной вины. В дальнейшем отчетливые колебания настроения в виде периодов субдепрессии с преобладанием тоски, раздражительности и апатии с «ленью» длительностью от нескольких дней до недели сохранялись и усиливались. Когда такие периоды приходились на праздничные или выходные дни, больная могла провести нескольких дней в постели, вставая лишь для приема пищи. С 12–13 лет (возраст начала менструаций, установились сразу, болезненные, регулярные) интервалы пониженного настроения стали перемежаться беспричинными периодами приподнятого настроения с эйфорией, безотчетной радостью, «наслаждением от жизни».

До начала заболевания больная всегда была несколько повышенного питания, в 14 лет впервые появились мысли о возможности наличия дефекта внешности, после длительного разглядывания себя в зеркале пришла к выводу, что полновата, однако никаких действий, направленных на коррекцию массы

тела в тот период, не предпринимала. С 16 лет появилось отчетливое недовольство «слишком полными бедрами и ягодицами», в 17 лет для коррекции фигуры непродолжительное время занималась шейпингом. С 18 лет исключала из пищевого рациона мучное и сладкое, однако стойкого характера эти действия не носили, значительного снижения массы тела не происходило, так как больной не хватало силы воли. Считала свою внешность неудовлетворительной. На момент окончания средней школы масса тела была 65 кг.

По окончании школы, не пройдя по конкурсу в ВУЗ, непродолжительное время работала в разных организациях. Часто меняла место работы так как «быстро надоедало, сильно уставала». Подолгу искала новую работу, сознательно затягивала процесс поиска, трудоустраивалась под давлением родственников. В этот период отмечалось резкое ухудшение настроения с появлением немотивированной тревоги, чувством отгороженности от внешнего мира с ощущением трудности самоидентификации, – «не знала, кто я, какая я, зачем я». По совету матери в течение месяца принимала транквилизаторы, состояние улучшилось, однако в дальнейшем сохранялось неустойчивое настроение со склонностью к частым колебаниям в течение коротких промежутков времени, однако больная к врачам не обращалась.

В 2007 г. (21 год) познакомилась с мужчиной на 27 лет старше себя. До этого близких отношений с мужчинами не было. Переехала к нему, в течение года жила с ним в гражданском браке, находилась на его полном обеспечении, выполняла простую работу по дому. Отношения складывались неплохо, однако сожитель стал все чаще отмечать «избыточную полноту» пациентки, посмеивался над ней и требовал «сохранять фигуру», угрожая расстаться с ней под этим предлогом. Больная, обеспокоенная возможным разрывом отношений, стала резко ограничивать себя в еде, в течение месяца питалась исключительно яблоками, похудела на 10 кг до 50 кг, нравился свой новый внешний вид, считала себя похожей на фотомодел. Однако прекратились менструации. Больная решила усилить ограничения в еде, вместе с тем, на фоне неполноценного питания появилась тенденция к перееданиям. Для борьбы с появившимися и нарастающим на фоне ограничений в еде стойким усиленным чувством голода 2–3 раза в неделю начала принимать алкогольные напитки (до 100 мл водки). Весной 2008 г. (спустя 5 месяцев от начала ограничений в еде) сожитель, обеспокоенный состоянием пациентки, предложил ей прекратить «самоистязание». Больная была рада этому обстоятельству, вернулась к нормальному питанию, но с этого времени стала ежедневно взвешиваться, чтобы не допустить излишнего набора массы тела. С осени 2008 г. снова немотивированно снизилось настроение, стали отмечаться эпизодические, 2–3 раза в месяц, переедания. К лету 2009 г. установилось и сохранялось тревожно-тоскливое настроение, ничто не радовало, отмечался повышенный аппетит, масса тела возросла до 65 кг. В этот период сожитель пациентки, без объяснения причин, внезапно потребовал от нее съехать с квартиры. Больная пассивно подчинилась и переехала к матери, так как «не было сил и эмоций бороться и что-то доказывать». Родственники больной отнеслись к случившемуся с сочувствием, в течение года пациентка жила на иждивении матери, безрезультатно пыталась найти работу, занималась домашним хозяйством. Масса тела возросла до 70 кг. В дальнейшем, с весны 2010 г. без видимых причин выровнялось настроение, пациентка

решила заняться своим внешним видом. Вновь начала ограничивать себя в еде, за полгода постепенно похудела на 15 кг до 55 кг, менструации отличались нерегулярностью.

Зимой 2011 г., находясь на станции метро, повстречала своего бывшего сожителя, который предложил ей вернуться к нему. Испытывала чувство подъема сил, «прилива энергии», была «счастлива», практически не спала, была довольна своим внешним видом и массой тела, нравилось свое состояние, равнодушно отнеслась к наступлению аменореи. С целью понравиться сожителю практически прекратила прием пищи, похудела за 10 дней до 50 кг, не реагировала на обеспокоенность родственников ее истощением. Однако по возвращении домой к сожителю снова снизилось настроение, больная испытывала «упадок сил», все раздражало. Нарастала булимическая симптоматика. Вскоре перестала справляться с патологически усилившимся чувством голода. Испытывала панический страх прибавки массы тела из-за опасения повторения ситуации расставания с сожителем. За месяц до госпитализации в психиатрическую больницу для борьбы с переживаниями попыталась вызвать рвоту из-за страха прибавки массы тела. Несмотря на легкость освоения от пищи во время рвоты испытала резкое отвращение к себе и самому процессу рвоты. Спустя несколько часов, возникла отечность на губах, веках, щеках, слизистой рта, перешедшая в отек всего лица и шеи. Вслед за этим возникли боли в горле, усиливающиеся при глотании, ощущение инородного тела, изменение голоса, резкое затруднение процесса дыхания, чувство удушья. Больная была напугана своим состоянием, самостоятельно вызвала скорую помощь. Приехавшая бригада врачей установила диагноз: ангионевротический отек (отек Квинке). В результате введения антигистаминных препаратов состояние улучшилось, от госпитализации отказалась. Связала свое состояние с пищевой аллергией. Отвращение к факту рвоты и аллергическая реакция (ангионевротический отек лица, шеи и гортани) повторились по тишу клише спустя 2 дня, при следующей попытке вновь вызвать у себя рвоту. Состояние было купировано на месте врачом скорой помощи, больная госпитализирована в терапевтическое отделение городской клинической больницы. В течение недели за время лечения в больнице рвот не вызывала, отек не повторялся. Аллергодиагностика на пищевые, бытовые, грибковые и бактериальные аллергены, а также аллергены животных, растений и химические вещества дала отрицательные результаты. На следующий день после выписки из больницы, несмотря на «чувство омерзения к рвоте», вновь попыталась вызвать ее у себя вслед за переживанием. Спустя несколько минут после рвоты вновь начал развиваться отек лица и гортани, который больная предотвратила самостоятельным приемом антигистаминных средств. Учитывая прямую хронологическую зависимость между развитием отека и рвотой, пациентка сделала вывод о непосредственной связи между этими явлениями. Расстроенная невозможностью прибегнуть к данному способу активной коррекции массы тела, напуганная своим состоянием, больная обратилась за советом к родственникам. Мать больной, обеспокоенная патологическим пищевым поведением дочери, учитывая преобладающий подавленный фон настроения дочери, частые перепады настроения настояла на госпитализации в психиатрическую больницу.

Больная обратилась за помощью к сотрудникам кафедры психиатрии РУДН, занимающимся пище-

выми расстройствами, дала согласие на госпитализацию в специализированное отделение.

Психическое состояние при поступлении: в сознании, ориентирована полностью, правильно. Продуктивной психотической симптоматики не выявляет. Интеллект соответствует образовательному уровню. Формально критична к своему состоянию. Фон настроения снижен, эмоционально лабильна, легко плачет. Голос монотонный, на вопросы отвечает с сарказмом и подозрением. Напряжена, несколько демонстративна. Говорит, что ей нравится быть худой, но не знает, как поддерживать стабильную массу тела. Беспокоят навязчивые мысли о еде, просит помочь в преодолении депрессии и приступов перепадов. Испытывает страх смерти вследствие развития отека гортани из-за рвоты.

Результаты психологического обследования: жалуется на повышенную утомляемость. Нарушений мышления не выявлено. Объем памяти соответствует норме. Отмечается небольшое сужение объема внимания, инертность, повышенная утомляемость. Структура личности дисгармоничная, отмечается одновременная акцентуация по возбудимому и тормозимому типам, склонность к циклотимии. На первый план выступают эмоционально-личностные нарушения в виде общей напряженности, подозрительности, тревоги, подавленности, страхов. Выраженная ипохондрическая фиксация с тенденцией «к бегству в болезнь», легко вспыхивающими агрессивными тенденциями у эмоционально незрелой, эгоцентричной личности с чертами эмоциональной лабильности и демонстративности в поведении, с выраженными трудностями в интерперсональных отношениях (особенно с лицами противоположного пола) и социальной адаптации.

Заключение невропатолога: патологии не выявлено.

Анализ крови и мочи – в пределах физиологических норм.

ЭХО-ЭГ: MD=MS=72-76. Смещения срединных структур головного мозга не выявлено.

ЭЭГ: Признаки нейрофизиологической незрелости. Отчетливые очаговые изменения и пароксизмальная активность не зарегистрированы.

ЭКГ: Ритм синусовый. Вертикальное положение эл. оси сердца.

В процессе лечения быстро, в течение недели выравнилось и сохранялось хорошее настроение, полностью нормализовалось пищевое поведение, дезактуализировались навязчивые переживания, связанные с массой тела, рвотами, приемом пищи, в отделении чувствовала себя спокойно, общалась с окружающими, охотно выполняла все назначения, стала строить реальные планы на будущее. Довольна результатами лечения.

Анализ приведенного наблюдения.

Из анамнеза известно, что наследственность отягощена алкоголизмом и контрастными психопатологическими личностными особенностями отца больной. С раннего возраста структура формирующейся личности пациентки сочетала в себе мозаичные черты: тревожного (уклоняющегося) (F60.6), астенического (зависимого) (F60.7) и гистрионического расстройства личности (F60.4). Отмечались различные страхи. В школьном возрасте преобладала депрессивная оценка собственной личности и внешности, отчетливо формировалось рекуррентное депрессивное расстройство. В пубертатном возрасте больная начала ограничивать себя в еде, нараставшие в дальнейшем дисморфофобические и сенситивные идеи отношения трансформировались

в нервную анорексию. На фоне истощения и электролитных нарушений, связанных с истощением, присоединились типичные для больных нервной анорексией астенические расстройства, углублялась депрессия [1, 3, 6]. Обращает на себя внимание тесная связь личностных особенностей пациентки, подчиненного характера взаимоотношений с сожителем и характер пищевых нарушений, выразившийся в нарастании интенсивности ограничительного пищевого поведения, усилении недовольства внешностью в угоду требованиям гражданского мужа.

Особенностью данного наблюдения являлось наличие повторных острых эпизодов отека кожи и подкожной клетчатки головы, шеи и слизистых оболочек гортани. Психогенный характер возникновения отека Квинке на фоне эмоционального стресса (отвращение к рвоте), его повторяемость в однотипных ситуациях, отсутствие предшествующего аллергического анамнеза, а также отрицательные результаты аллергодиагностики на пищевые, бытовые, грибковые, бактериальные аллергены, как и аллергены животных, растений и химические вещества, дают основание рассматривать эти эпизоды как особые реактивные психосоматические состояния – психогенный вариант ангионевротический отека Квинке.

Литература

1. Артемьева М.С., Сулейманов Р.А. К вопросу о патогенезе и этиологии нервной анорексии в свете коморбидности с другими психическими расстройствами. Вестник РГМУ. М.: 2009; 3: 130. / Artem'eva M.S., Sulejmanov R.A. K voprosu o patogeneze i jetiologii nervnoj anoreksii v svete komorbidnosti s drugimi psikhicheskimi rasstrojstvami. Vestnik RGMU. M.: 2009; 3: 130. [in Russian]
2. Коркина М.В., Цивилько М.А., Марилов В.В. Монография. Нервная анорексия. М.: Медицина, 1986; 260. / Korkina M.V., Civil'ko M.A., Marilov V.V. Monografija. Nervnaja anoreksija. M.: Medicina, 1986; 260. [in Russian]
3. Сулейманов Р.А., Артемьева М.С., Леонов А.С. О роли психогений в развитии нервной анорексии. В сб. Социальная психиатрия. Вып. 2. / Под ред. Акад. Т.Б.Дмитриевой. М.: 2006; 68–70. / Sulejmanov R.A., Artem'eva M.S., Leonov A.S. O roli psikhogenij v razvitii nervnoj anoreksii. V sb. Social'naja psixiatrija. Vyp. 2. / Pod red. Akad. T.B.Dmitrievoj. M.: 2006; 68–70. [in Russian]
4. Сулейманов Р.А. Доманифестный период нервной анорексии и булимии. Монография, Калининград, 2015, изд. Балтийского федерального университета им. Канта, 194. / Sulejmanov R.A. Domanifestnyj period nervnoj anoreksii i bulimii. Monografija, Kaliningrad, 2015, izd. Baltijskogo federal'nogo universiteta im. Kanta, 194. [in Russian]
5. Цыганков Б.Д., Сулейманов Р.А., Артемьева М.С. Роль алкоголизма родителей в развитии нарушений пищевого поведения. Сб. мат. Республиканской научно-практической конференции «Биопсихосоциальный подход к терапии пищевой зависимости». Казань, 2015; 37–39. / Cygankov B.D., Sulejmanov R.A., Artem'eva M.S. Rol' alkogolizma roditel'ev v razvitii narushenij pishhevoogo povedenija. Sb. mat. Respublikanskoj nauchno-praktičeskoj konferencii «Biopsichosocial'nyj podkhod k terapii pishhevoj zavisimosti». Kazan', 2015; 37–39. [in Russian]
6. Цыганков Б.Д., Ширяев О.Ю., Махортова И.С. Выраженность тревожно-депрессивных расстройств у пациентов с синдромом ночной еды. Сб. мат. Республиканской научно-практической конференции «Биопсихосоциальный подход к терапии пищевой зависимости». Казань, 2015; 39–41. / Cygankov B.D., Shirjaev O.Ju., Makhortova I.S. Vyrazhennost' trevozhno-depressivnykh rasstrojstv u pacientov s sindromom nochnoj edy. Sb. mat. Respublikanskoj nauchno-praktičeskoj konferencii «Biopsichosocial'nyj podkhod k terapii pishhevoj zavisimosti». Kazan', 2015; 39–41. [in Russian]

Сведения об авторах:

Сулейманов Роман Александрович – к.м.н., доцент кафедры психиатрии и медицинской психологии РУДН, Москва

Артемьева Марина Станиславовна – д.м.н., профессор кафедры психиатрии и медицинской психологии РУДН, Москва

Данилин Иван Евгеньевич – к.м.н., доцент кафедры психиатрии и медицинской психологии РУДН, Москва

Лазукова Анастасия Геннадьевна – ассистент кафедры психиатрии и медицинской психологии РУДН, Москва

Марилов Валентин Васильевич – д.м.н., профессор кафедры психиатрии и медицинской психологии РУДН, Москва