© Коллектив авторов, 2019

УДК 616.895

DOI – <https://doi.org/10.14300/mnnc.2019.14054>

ISSN – 2073-8137

ГИПОМАНИАКАЛЬНЫЕ СОСТОЯНИЯ У БОЛЬНЫХ НЕРВНОЙ АНОРЕКСИЕЙ ПОДРОСТКОВОГО ВОЗРАСТА

В. В. Грачев¹, Ю. С. Шевченко¹, В. Л. Малыгин², Ю. Ф. Антропов¹, В. П. Зайцев²

¹ Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования, Москва

² Московский государственный медико-стоматологический университет им. А. И. Евдокимова, Россия

HYPOMANIC STATES IN ADOLESCENT PATIENTS WITH ANOREXIA NERVOSA

Grachev V. V.¹, Shevchenko Yu. S.¹, Malygin V. L.², Antropov Yu. F.¹, Zaycev V. P.²

¹ Russian Medical Academy of Continuous Professional Education, Moscow

² A. I. Evdokimov Moscow State University of Medicine and Dentistry, Russia

В последние десятилетия значительное внимание уделяется коморбидности нервной анорексии (НА) и аффективной патологии, причем подавляющее большинство исследований посвящено различным аспектам депрессивных состояний, тогда как повышенный аффект редко находится в центре внимания. Целью исследования явилось уточнение особенностей клинических проявлений маниакальных/гипоманиакальных состояний у больных НА подросткового возраста и анализ их влияния на клиническую картину и динамику НА. В исследование были включены 62 девушки в возрасте 13–17 лет, отвечавшие критериям типичной НА по МКБ-10, у которых на различных этапах развития заболевания были диагностированы гипоманиакальные состояния. Маниакальных состояний не наблюдалось ни в одном случае. Исследование продемонстрировало значительную распространенность гипоманий у больных подросткового возраста с типичной НА. Состояния повышенного аффекта были представлены в форме стержневой коморбидной симптоматики, проявляющейся повторными эпизодами в течение всей динамики заболевания, а в периоде ремиссии нередко приобретавшими характер хронической гипомании с формированием картины «гипоманиакальных» ремиссий НА. Исследование показало, что коморбидные гипоманиакальные состояния в периоде ремиссии НА являются значимым фактором устойчивости ремиссии и благоприятного исхода заболевания.

Ключевые слова: нервная анорексия, гипомания, аффективное биполярное расстройство, тимопатический диатез, аффективный темперамент

Last decades considerable attention is paid to the comorbidity of anorexia nervosa (AN) and affective pathology, with the vast majority of studies devoted to the different aspects of depressive states, while the manic affect is rarely the focus of the authors. The objective of this study was to clarify clinical manifestations of manic/hypomanic states and to analyze their influence on the clinical picture and dynamics of adolescent AN. The study included 62 girls aged 13–17 years who met the criteria for a typical AN on ICD-10 (F50.0), who had hypomanic states at various stages of the illness. The study demonstrated a significant prevalence of hypomania in adolescents with typical AN. Maniacal states were not observed in any case. Hypomanias appeared in the form of a core comorbid disorder, manifested by repeated episodes throughout the course of the disease, and in the period of remission often acquired the character of chronic hypomania, forming stable «hypomaniacal» remissions of AN. The study showed that comorbid hypomanic states in the period of remission of AN are a significant factor in stability of remission and the favorable outcome of the disease.

Keywords: anorexia nervosa, hypomania, affective bipolar disorder, thymopathic diathesis, affective temperament

Для цитирования: Грачев В. В., Шевченко Ю. С., Малыгин В. Л., Антропов Ю. Ф., Зайцев В. П. ГИПОМАНИАКАЛЬНЫЕ СОСТОЯНИЯ У БОЛЬНЫХ НЕРВНОЙ АНОРЕКСИЕЙ ПОДРОСТКОВОГО ВОЗРАСТА. *Медицинский вестник Северного Кавказа*. 2019;14(1.1):75-79. DOI – <https://doi.org/10.14300/mnnc.2019.14054>

For citation: Grachev V. V., Shevchenko Yu. S., Malygin V. L., Antropov Yu. F., Zaycev V. P. HYPOMANIC STATES IN ADOLESCENT PATIENTS WITH ANOREXIA NERVOSA. *Medical News of North Caucasus*. 2019;14(1.1):75-79. DOI – <https://doi.org/10.14300/mnnc.2019.14054> (In Russ.)

БАР – биполярное аффективное расстройство
ИМТ – индекс массы тела
НА – нервная анорексия

РПП – расстройства пищевого поведения
ЕАТ-26 – тест отношения к еде

В психиатрической литературе последних десятилетий значительное внимание уделяется коморбидности нервной анорексии (НА) и аффективной патологии, причем подавляющее большинство публикаций посвящено различным аспектам ассоциированных с НА депрессивных состояний, тогда как повышенный аффект у этой группы больных редко находится в центре внимания авторов.

Вместе с тем в клинической практике нередко приходится сталкиваться с такими состояниями, преимущественно гипоманиями, у лиц, страдающих НА, на различных этапах течения заболевания. По данным Р. А. Сулейманова [1], в 18 % случаев НА возникает на фоне повышенного настроения. Автором было показано наличие сезонных гипоманиакальных состояний, возникавших задолго до манифестации расстройств пищевого поведения (РПП). Маниакальные и гипоманиакальные состояния отмечаются и в активном периоде НА [2, 3, 4, 5, 6]. А. Е. Брюхин и Е. Ю. Онегина [3] выявили у части больных эпизоды повышенного аффекта на начальном этапе снижения массы тела, а у 7,4 % – эйфорический фон настроения, сопровождающийся сниженной критичностью к тяжести соматического состояния в кахексической стадии.

Учитывая значительно большую распространенность биполярного аффективного расстройства (БАР) в сравнении с униполярными депрессиями, можно предположить некоторую недооценку состояний повышенного аффективного тонуса у больных РПП. Такая недооценка гипоманиакальных состояний отмечается и в целом у больных с аффективной патологией. Сглаженные гипомании и смешанные состояния нередко пропускаются, из-за чего во многих случаях БАР долгое время остается нераспознанным, а больные часто получают недостаточно эффективное лечение [7, 8, 9].

Целью настоящего исследования явилось уточнение клинических особенностей маниакальных и гипоманиакальных состояний у больных НА подросткового возраста и анализ влияния повышенного аффекта на динамику и оформление клинической картины РПП.

Материал и методы. Из общего числа подростков женского пола, обращавшихся с РПП на кафедру детской психиатрии и психотерапии, а также проходивших стационарное лечение в подростковых отделениях, в исследование были включены 62 больные в возрасте от 13 лет 11 месяцев до 17 лет 10 месяцев (средний возраст – $15,7 \pm 1,6$ года) на момент первичного осмотра авторами, отвечавшие критериям типичной НА по МКБ-10 (рубрика F50.0), у которых в манифестном периоде, на этапе активных клинических проявлений и в ходе катамнестического проследивания были выявлены состояния, соответствующие критериям маниакального эпизода (рубрика F30 МКБ-10). Во всех случаях (100 %) повышенное настроение соответствовало критериям гипомании (F30.0), повышенные настроения до уровня мании обнаружено не было.

Исключались больные с первичной эндокринной патологией, тяжелыми соматическими заболеваниями и расстройствами шизофренического спектра.

Тяжесть РПП оценивались как психопатологическим, так и психометрическим методом с использованием шкалы-опросника «тест отношения к еде» (EAT-26) [10].

Контрольная группа включала 30 больных женского пола и подросткового возраста с типичной НА без коморбидной гипомании. Средний возраст больных контрольной группы ($15,3 \pm 1,1$ года) не отличался

значимо от возраста основной группы ($p=0,37$). Тяжесть клинических проявлений основной и контрольной групп, оцененные психометрически с помощью опросника EAT-26, значимо не различались (средние показатели в группах – $43,9 \pm 12,9$ и $41,9 \pm 11,2$ соответственно, $p=0,48$). Показатели индекса массы тела (ИМТ) на момент включения в исследование также достоверно не различались в основной и контрольной группах, составляли $14,8 \pm 1,5$ и $15,2 \pm 1,5$ кг/м² ($p=0,81$).

Срок катамнестического проследивания составил от 2 до 7 лет. Статистическая обработка полученных результатов осуществлялась с помощью статистической компьютерной программы AtteStat [11]. При сравнении групп использовали критерий Стьюдента.

Результаты и обсуждение. Исследование показало значительную распространенность гипоманиакальных состояний у больных НА с манифестацией заболевания в подростковом возрасте. Гипомании представляли в форме стержневой коморбидной симптоматики, проявляющейся повторными эпизодами на различных этапах заболевания. Преобладание в структуре коморбидных НА аффективных расстройств повышенного настроения явилось значимым фактором благоприятного исхода, а наличие гипоманиакальных состояний в периоде реконвалесценции и становления ремиссии во многом определяло устойчивый характер ремиссий.

У всех больных, включенных в исследование, в преморбидном периоде отмечались более или менее выраженные черты тимопатического диатеза в понимании Ю. С. Шевченко и Е. И. Баздырева [12] или аффективного темперамента, концептуально разработанного Н. Акискал [13, 14] на основании представлений Е. Краепелин и Е. Кретшмер о спектре аффективных расстройств. В 40 (65 %) случаях были выявлены конституционально обусловленные циклотимические проявления или циклотимический темперамент (в 12 (20 %) случаях колебания аффективного тонуса носили сезонный характер), в 19 (30 %) – гипертимический темперамент и в 3 (5 %) – конституциональные дистимические черты или депрессивный темперамент.

У 14 (22 %) больных уже в доманифестном периоде НА колебания настроения достигали уровня клинической значимости: в 11 (17 %) случаях имели место легкие депрессивные эпизоды, а в 3 (5 %) – непродолжительные (1–3 месяца) гипоманиакальные состояния.

В 26 (50 %) случаях НА манифестировала на фоне текущего эпизода гипомании, начало которого на 1–7 (в среднем $3,2 \pm 2,5$) месяца опережало РПП. У 20 (76 %) больных развитие гипомании было аутохтонным, а у 6 (24 %) – психогенно спровоцировано. В случае аутохтонного начала гипомании сопровождалось повышением продуктивности с улучшением успеваемости в учебных заведениях, а в клинической картине присутствовали все три компонента маниакальной триады.

У девочек-подростков с уже существующими доминирующими или сверхценными идеями необходимости улучшения своей фигуры и достижения стройности, которые могли появляться за месяцы и годы до развития гипомании, повышенный аффект придавал дополнительную активность и силы для их реализации и начала строгого ограничения приема пищи. Идеи улучшения фигуры могли впервые появляться и в периоде гипомании, отражая характерную для этого состояния потребность в достижении успеха во всех сферах, в том числе и идеальной внешности.

При психогенном начале у 3 (12 %) больных гипомании развивались под влиянием субъективно позитивно воспринимаемых событий, таких как влюбленность или признание окружающими значимости успехов подростка в тех или иных областях, особенно касающихся улучшения внешности и фигуры. Этим больным был присущ выраженный тимопатический диатез с преобладанием повышенного аффективного тонуса, а в период гипомании была характерна жизнерадостность с несколько эйфорическим оттенком настроения, повышенная двигательная активность при слабой выраженности или отсутствии ускорения ассоциативных процессов.

У других 3 (12 %) больных гипомании развивались в связи с психической травматизацией: неприятием сверстниками, пребыванием во враждебной обстановке, у одной больной иноязычной, у другой – в ситуации судебного преследования и ареста близкого родственника. В этих случаях имела место атипичная гипомания с повышением активности, ускорением ассоциативного процесса при слабой выраженности, несмотря на подъем «духа», собственно тимическо-го компонента и преобладанием возбужденности. В структуре гипомании повышенный аффект сочетался с тревогой, со склонностью к сверхценным образованиям, с истеро-паранойяльными проявлениями, в целом соответствующая описанному у взрослых картинам «реакций экзальтации», «реактивных» или «травматических» гипоманий [15, 16]. Формированию анорексических построений способствовало компенсаторное стремление к достижению успеха («доказать окружающим») и самоутверждению.

В периоде нарастающего снижения массы тела гипоманиакальные состояния наблюдались у 53 (85 %) больных НА, при этом у 26 из них, у которых эти состояния проявились еще в доманифестном периоде, наблюдалось дальнейшее нарастание их выраженности.

Гипомании, развившиеся в этом периоде НА, отличались высокой активностью и работоспособностью, нередко сохранявшиеся даже при значительном снижении массы тела и белково-энергетической недостаточности, раздражительность, стремление к интригам, манипуляциям как сверстниками, так и взрослыми, эгоцентрические тенденции поведения, склонность к сверхценным и паранойяльным построениям, но, главное, безудержная деятельность, направленная на борьбу с мнимыми недостатками фигуры.

Продолжительность гипоманиакальных состояний составляла от 2 до 12 месяцев (в среднем $5,3 \pm 3,4$ месяца). По мере развития заболевания и нарастания дефицита массы тела у всех 62 больных на смену гипомании приходили депрессивные состояния. Такая динамика, по-видимому, является характерной для НА подросткового возраста [17].

В периоде реконвалесценции и постепенного восстановления питания в 58 (94 %) случаях вновь отмечалось улучшение настроения с формированием картины гипомании, которая, как правило, развивалась постепенно на фоне приема антидепрессантов через этап смешанного аффекта. Гипомании периода реконвалесценции характеризовались некоторым благодушием, больные смирившись с пребыванием в стационаре и прибавкой массы тела, при этом ассоциативный процесс не был ускорен, а двигательная активность оставалась сниженной. По мере становления ремиссии гипомания становилась более типичной, повышалась идеаторная и двигательная активность, нарастало стремление к деятельности

с появлением новых доминирующих, а часто сверхценных интересов и увлечений (учеба, влюбленность, спорт, занятия музыкой и др.), замещающих направленность на достижение максимальной стройности.

Наблюдение в динамике показало, что в 40 (65 %) случаях гипомания приобретала хроническое течение и отмечалась на всем протяжении катамнестического прослеживания. Еще у 16 (25 %) больных на фоне хронической продуктивной гипомании наблюдались редкие кратковременные легкие аутохтонные депрессивные состояния, не превышавшие по продолжительности 2 месяцев. Таким образом, в 56 (90 %) случаях диатетическая пропорция была резко смещена в сторону повышенного настроения. У этих больных ремиссия НА носила устойчивый характер, симптоматика РПП отсутствовала на всем протяжении катамнестического наблюдения (до 7 лет).

Хроническая гипомания в периоде ремиссии НА отличалась стабильностью и некоторой монотонностью симптоматики, малой подверженностью влиянию внешних факторов, продуктивностью, но несколько однообразной сверхценной деятельностью. Следует отметить гиперсоциальную направленность интересов пациенток со стремлением к достижению общественного признания и соответствию социальным стандартам. Больные поступали и оканчивали вузы, при этом активно подрабатывали и занимались общественной работой. Клинические проявления на этом этапе можно определить как «гипертимическую» ремиссию НА.

У остальных 6 (10 %) больных основной группы в течение 1 года после выписки развивались затяжные депрессивные состояния, которые сопровождалась срывом ремиссии с возвращением симптоматики типичной НА, в 2 случаях потребовавшей повторной госпитализации.

В сравнении с контрольной группой клинко-социальный исход у больных с гипоманиакальными состояниями был значительно лучше. Так, число больных, у которых отсутствовали какие-либо клинические проявления РПП, было статистически значимо выше ($p=0,005$) в основной группе, чем в контрольной, составляя 56 (90 %) и 18 (61 %) соответственно. Через 2 года катамнестического наблюдения показатели ИМТ в основной группе были достоверно выше ($p=0,0001$), а показатель тяжести НА, полученный с использованием шкалы-опросника EAT-26, достоверно ниже, чем в контрольной ($p=0,0003$).

В основной группе наличие гипомании в периоде реконвалесценции и ремиссии высоко значимо положительно коррелировало с благоприятным исходом (коэффициент корреляции Пирсона $r=0,624$, $p=0,007$, проверка нормальности распределения осуществлялась по критерию Шапиро – Уилка).

В настоящее время принято рассматривать выявленный у большинства больных НА в преморбидном периоде тимопатический диатез или аффективный темперамент как минимальные проявления аффективного расстройства или предрасположенность к его развитию, что находит свое отражение в основных современных классификациях психической патологии: МКБ-10 и DSM-5, в которых дистимические, циклотимические и гипертимические состояния, ранее относимые к аномалиям формирования личности, включены в рамки аффективной патологии. Наличие аффективного преморбида, а также высокая частота манифестации НА в коморбидной связи с текущими гипоманиакальными и депрессивными эпизодами [1, 3, 17, 18, 19] позволяют говорить не о простом сочетании аффективных расстройств с РПП, а о премор-

бидно присущей таким пациентам предрасположенности к нарушениям в сфере регуляции аффекта.

Исходя из современных классификаций психических заболеваний, наличие как минимум одного депрессивного и одного гипоманиакального состояний, дает основание для установления диагноза БАР. Это позволяет рассматривать большинство больных НА в обследованной группе как страдающих коморбидным БАР (2-й тип по DSM-5). В то же время обращает на себя внимание особое течение биполярной патологии у большинства больных НА с формированием после 2–3 очерченных гипоманиакальных и депрессивных фаз хронического многолетнего гипоманиакального состояния. При этом наибольшая выраженность колебаний настроения приходится на активный период течения НА.

Значимая роль собственно нарушений питания в развитии коморбидной НА патологии, в том числе

аффективной, предполагается рядом авторов [17, 19, 21, 22]. По-видимому, высокая распространенность и особенности клинической динамики аффективно-коморбидных РПП, сопровождающихся «голодовым стрессом», белково-энергетической недостаточностью, дефицитом поступающих с пищей предшественников биологически активных веществ, которые способны спровоцировать у лиц с наследственно-конституциональной предрасположенностью к биполярной патологии и мягкой аффективной симптоматикой ее экзacerbацию и длительное персистирование.

Закключение. Исследование показало, что коморбидные гипоманиакальные состояния в периоде ремиссии НА являются значимым фактором устойчивости ремиссии и благоприятного исхода заболевания.

Конфликт интересов отсутствует.

Литература/References

1. Сулейманов Р. А., Артемьева М. С. Коморбидность депрессии и нервной анорексии. *Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова*. 2007;107(4):73-77. [Suleimanov R. A., Artemyeva M. S. Comorbidity of depression and anorexia nervosa. *Zh. Nevrol. Psikiatr. im. S. S. Korsakova*. – *Journal of Neurology and Psychiatry named after S. S. Korsakov*. 2007;107(4):73-77. (In Russ.)].
2. Siegel D. M. Bulimia, tricyclic antidepressants, and mania. *Clin. Pediatr. (Phila)*. 1989;28(3):123-126. <https://doi.org/10.1177/000992288902800303>
3. Брюхин А. Е., Онегина Е. Ю. Аффективные нарушения у пациентов с нервной анорексией и нервной булимией. *Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова*. 2011;111(1):21-26. [Briukhin A. E., Onegina E. Yu. Affective disorders in patients with anorexia nervosa and bulimia. *Zh. Nevrol. Psikiatr. im. S. S. Korsakova*. – *Journal of Neurology and Psychiatry named after S. S. Korsakov*. 2011;111(1):21-26. (In Russ.)].
4. Ozten M., Erol A. Fluoxetine induced hypomanic shift in a bulimic patient: case report. *Bulletin of Clinical Psychopharmacology*. 2013;23(2):183-185. <https://doi.org/10.5455/bcp.20130112010027>
5. Cabetas Hernández I. Malnutrition in anorexia nervosa: psychosomatic approach and multidisciplinary treatment. *Nutr. Hosp.* 2004;19(4):225-228.
6. Nozaki T., Motoyama S., Arimura T., Morita C., Koreeda-Arimura C. [et al.]. Psychopathological features of anorectic patients who dropped out of inpatient treatment as assessed by the Minnesota multiphasic personality inventory. *Biopsychosoc. Med.* 2007;1(15):1-5. <https://doi.org/10.1186/1751-0759-1-15>
7. Hirschfeld R. M. Differential diagnosis of bipolar disorder and major depressive disorder. *J. Affect. Disord.* 2014;169(Suppl1):12-16. [https://doi.org/10.1016/S0165-0327\(14\)70004-7](https://doi.org/10.1016/S0165-0327(14)70004-7)
8. Perugi G., Fornaro M., Akiskal H. S. Are atypical depression, borderline personality disorder and bipolar II disorder overlapping manifestations of a common cyclothymic diathesis? *World Psychiatry*. 2011;10(1):45-51.
9. Yerevanian B. I., Koek R. J., Mintz J., Akiskal H. S. Bipolar pharmacotherapy and suicidal behavior Part 2. The impact of antidepressants. *J. Affect. Disord.* 2007;103(1-3):13-21. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2007.05.017>
10. Garner D. M. The Eating Disorder Inventory-3 Professional Manual. Odessa FL: Psychological Assessment Resources Inc; 2004.
11. Гайдышев И. П. Программное обеспечение анализа данных AtteStat. Руководство пользователя. Версия 13. М., 2012. Режим доступа: <http://биостатистика.pdf/files/13.pdf>. Ссылка активна на 21.09.2018. [Gajdyshv I. P. AtteStat data analysis software. User guide. Version 13. Moscow; 2012. (In Russ.). Available at: <http://биостатистика.pdf/files/13.pdf>. Accessed September 21, 2018. (In Russ.)].
12. Шевченко Ю. С., Баздырев Е. И. Природа и проявления психопатологического диатеза (эволюционно-биологический взгляд). В кн.: Шевченко Ю. С., ред. Детская и подростковая психиатрия. Клинические лекции для профессионалов. 2-е изд. М.: Медицинское информационное агентство; 2017:34-59. [Shevchenko Yu. S., Bazdyrev E. I. Nature and manifestations of psychopathological diathesis (evolutionary-biological view). In: Shevchenko Yu. S., eds. Child and adolescent psychiatry. Clinical lectures for professionals. 2nd ed. Moscow: «Medicinskoe informacionnoe agentstvo»; 2017:34-59. (In Russ.)].
13. Akiskal H. S., Mallaya G. Criteria for the «soft» bipolar spectrum: treatment implications. *Psychopharmacology Bulletin*. 1987;23(3):68-73.
14. Vazquez G. H., Gonda X. Affective temperaments and mood disorders: a review of current knowledge. *Current Psychiatry Reviews*. 2013;9(1):21-32. <https://doi.org/10.2174/1573400511309010004>
15. Смуглевич А. Б., Ротштейн В. Г. Психогенные заболевания. М., 2001. [Smulevich A. B., Rotshtejn V. G. Psychogenic diseases. Moscow; 2001. (In Russ.)].
16. Белокрылов И. В. Психогенные мании (клинико-катамнестическое исследование). *Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова*. 1996;96(1):53-7. [Belokrylov I. V. Psychogenic manias (A clinico-catamnestic study). *Zh. Nevrol. Psikiatr. im. S. S. Korsakova*. – *Journal of Neurology and Psychiatry named after S. S. Korsakov*. 1996;96(1):53-57. (In Russ.)].
17. Грачев В. В. Депрессивные состояния в периоде развернутых клинических проявлений нервной анорексии у подростков. *Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова*. 2014;114(9):9-15. [Grachev V. V. Depressive states at the stage of broad clinical presentations of anorexia nervosa in adolescents. *Zh. Nevrol. Psikiatr. im. S. S. Korsakova*. – *Journal of Neurology and Psychiatry named after S. S. Korsakov*. 2014;114(9):9-15. (In Russ.)].
18. Wildes J. E., Marsha D. M., Fagioli A. Prevalence and correlates of eating disorder co-morbidity in patients with bipolar disorder. *Psychiatry Res.* 2008;161(1):51-58. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2007.09.003>
19. Бобров А. Е. Психопатологические аспекты нервной анорексии. *Альманах клинической медицины*. 2015;1(1):13-23. [Bobrov A. E. Psychopathological aspects of anorexia nervosa. *Al'manah klinicheskoy mediciny*. – *Almanac of Clinical Medicine*. 2015;1(1):13-23. (In Russ.)].
20. Kaye W. H. Neurobiology of anorexia and bulimia nervosa. *Physiol. Behav.* 2008;94(1):121-135. <https://doi.org/10.1016/j.physbeh.2007.11.037>
21. Mattar L., Thiébaud M. R., Huas C., Cebula C., Godart N. Depression, anxiety and obsessive-compulsive symptoms in relation to nutritional status and outcome in severe anorexia nervosa. *Psychiatry Res.* 2012;200(2-3):513-517. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2012.04.032>
22. Zandian M., Ioakimidis I., Bergh C., Södersten P. Cause and treatment of anorexia nervosa. *Physiol. Behav.* 2007;91(1-2):283-290. <https://doi.org/10.1016/j.physbeh.2007.05.052>

Сведения об авторах:

Грачев Виталий Викторович, кандидат медицинских наук, доцент кафедры детской психиатрии и психотерапии;
тел.: 89104750773; e-mail: gratchev@mail.ru

Шевченко Юрий Степанович, доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой;
тел.: 84959541314; e-mail: shevchenko_2010@mail.ru

Малыгин Владимир Леонидович, доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой
психологического консультирования, психокоррекции и психотерапии; e-mail: malyginvl@yandex.ru

Антропов Юрий Федорович, доктор медицинских наук, профессор кафедры
детской психиатрии и психотерапии; тел.: 84959541314; e-mail: europsy@mail.ru

Зайцев Вадим Петрович, доктор медицинских наук, профессор кафедры клинической психологии;
тел.: 89161506414; e-mail: 89161506414@yandex.ru

© Коллектив авторов, 2019

УДК 616.5-002.72

DOI – <https://doi.org/10.14300/mnnc.2019.14055>

ISSN – 2073-8137

КОНФОКАЛЬНАЯ ЛАЗЕРНАЯ СКАНИРУЮЩАЯ МИКРОСКОПИЯ КОЖИ ПРИ ГРИБОВИДНОМ МИКОЗЕ: ПРИМЕР СОПОСТАВЛЕНИЯ С ПАТОМОРФОЛОГИЧЕСКИМИ КРИТЕРИЯМИ ДИАГНОСТИКИ

И. А. Куклин, М. М. Кохан, Н. В. Зильберберг, Г. Д. Сафонова, Е. П. Топычканова

Уральский научно-исследовательский институт дерматовенерологии
и иммунопатологии, Екатеринбург, Россия

REFLECTANCE CONFOCAL MICROSCOPY OF SKIN IN THE DIAGNOSTICS OF THE MYCOSIS FUNGOIDES: AN EXAMPLE OF THE COMPARISON WITH PATHOMORPHOLOGICAL CRITERIA OF THE DIAGNOSTICS

Kuklin I. A., Kokhan M. M., Zilberberg N. V., Safonova G. D., Topychkanova E. P.

Ural Research Institute of Dermatovenereology and Immunopathology, Ekaterinburg, Russia

Обсуждается проблема диагностики ранних стадий грибовидного микоза в практике врача-дерматовенеролога. Приводится сравнение результатов конфокальной лазерной сканирующей микроскопии кожи и патоморфологических исследований биоптатов кожи у 25 больных грибовидным микозом, проведенных двумя независимыми экспертами. Полученный опыт диагностики проиллюстрирован на клиническом примере.

Ключевые слова: грибовидный микоз, конфокальная лазерная сканирующая микроскопия кожи, патоморфологические исследования кожи, критерии диагностики

The article discusses the problem of diagnostics of early stages of mycosis fungoides in the practice of dermatologist. The authors compare the results of reflectance confocal microscopy of skin and pathomorphological studies of skin biopsy specimens in 25 patients with mycosis fungoides conducted by two independent experts. The obtained experience of the diagnostics is illustrated by a clinical example.

Keywords: mycosis fungoides, reflectance confocal microscopy of the skin, pathomorphological studies of skin, diagnostic criteria

Для цитирования: Куклин И. А., Кохан М. М., Зильберберг Н. В., Сафонова Г. Д., Топычканова Е. П. КОНФОКАЛЬНАЯ ЛАЗЕРНАЯ СКАНИРУЮЩАЯ МИКРОСКОПИЯ КОЖИ ПРИ ГРИБОВИДНОМ МИКОЗЕ: ПРИМЕР СОПОСТАВЛЕНИЯ С ПАТОМОРФОЛОГИЧЕСКИМИ КРИТЕРИЯМИ ДИАГНОСТИКИ. *Медицинский вестник Северного Кавказа*. 2019;14(1.1):79-82. DOI – <https://doi.org/10.14300/mnnc.2019.14055>

For citation: Kuklin I. A., Kokhan M. M., Zilberberg N. V., Safonova G. D., Topychkanova E. P. REFLECTANCE CONFOCAL MICROSCOPY OF SKIN IN THE DIAGNOSTICS OF THE MYCOSIS FUNGOIDES: AN EXAMPLE OF THE COMPARISON WITH PATHOMORPHOLOGICAL CRITERIA OF THE DIAGNOSTICS. *Medical News of North Caucasus*. 2019;14(1.1):79-82. DOI – <https://doi.org/10.14300/mnnc.2019.14055> (In Russ.)