

УДК 616. 395.08

Формирование, клиника и лечение нервной анорексии

В.Н. Сергеев, д-р мед. наук,

В.И. Михайлов, д-р мед. наук, проф.,

Л.В. Тарасова, д-р мед. наук,

А.Г. Одинец, д-р биол. наук, проф.,

З.Р. Щербова

ФБГУ «РНЦ МР и К» Миздрава России (директор – В.А. Линок, заслуженный врач России)

Резюме. Особый интерес к нервной анорексии возник в последние десятилетия, что обусловлено ее все большим распространением – «60-е годы стали настоящим бумом для больных этого рода». Анорексию в 1960-х гг. называли синдромом Твигги (именем известной в то время модели, которая голоданием довела себя до клинической смерти), позже – синдромом Барби. «Аноректический взрыв в популяции» W. Baeyer (1965) прямо или косвенно связывает с «эмансипацией женщин», включением их в производственную деятельность и широкую сферу общения.

Ключевые слова: формирование, клиника и лечение нервной анорексии.

Адрес авторов: doc_svn@mail.ru

FORMATION, CLINICS AND TREATMENT OF ANOREXIA NERVOSA

V.N. Sergeev, V.I. Mikhailov, L.V. Tarasova, A.G. Odinetz, Z.R. Sherbova

Summary. Last decades were time, when particular interest to anorexia nervosa started to grow rapidly. That was provided by the fact of its growing proliferation - «60s became a real boom for patients of this kind». Anorexia of the 60s was called Twigg syndrome (by the name of well known at these times model, whose starvation brought her to clinical death), and later it was called as Barbie syndrome. W. Baeyer (1965) directly or indirectly connects «anorectic explosion in the population» with «women emancipation», their penetration into industrial activity and wide sphere of communication.

Key words: formation, clinics and treatment of anorexia nervosa.

Пищевое поведение человека относится к инстинктивным формам деятельности, т. е. определяется врожденными потребностями. Его нарушения могут быть вызваны очень разными причинами, они многообразны и имеют выраженную возрастную специфику. Расстройства пищевого поведения сложны, в них замешаны две группы нарушений. Первая из них непосредственно связана с едой и весом. Вторая

затрагивает отношение к себе и взаимоотношения с окружающими. Термин «расстройство пищевого поведения» не совсем точен, поскольку создает впечатление, будто человек неправильно ест и нуждается лишь в обучении. На деле эти расстройства часто сопровождаются депрессией, тревожными расстройствами, психопатиями и очень сложны в диагностике. Психологи, физиологи и врачи из США, Швеции,

Канады, Австралии, Англии, Германии, Голландии сообщают о широкой распространенности нарушений пищевого поведения: нервная анорексия, компульсивное переедание и нейрогенная булимия являются потенциально опасными для жизни расстройствами, имеющими психологические и физические последствия. Данные заболевания характеризуются рядом неадекватных форм пищевого поведения, в корне которых лежат нереалистичные ожидания в отношении формы и массы тела, а также в отношении режима питания, в том числе нервной анорексии и булимии, среди лиц молодого и подросткового возраста.

Особый интерес к нервной анорексии возник в последние десятилетия, что обусловлено ее все большим распространением – «60-е годы стали настоящим бумом для больных этого рода». Анорексию в 1960-х гг. называли синдромом Твигги (именем известной в то время модели, которая голоданием довела себя до клинической смерти), позже – синдромом Барби. «Аноректический взрыв в популяции» W. Ваеуер (1965) прямо или косвенно связывает с «эмансипацией женщин», включением их в производственную деятельность и широкую сферу общения. Он считает, что нервная анорексия принадлежит к кругу заболеваний, «характерных для определенного века, определенного культурного уровня». Отличительной чертой нервной анорексии является статистика смертности пациентов с этой патологией. Капитальное исследование Н.-С. Steinhausen, которое называется «Результаты лечения нервной анорексии в XX веке», обобщает литературные данные о 5590 больных. Их судьбу удалось проследить на протяжении длительного времени, результаты таковы: смертность – 5 %, выздоровление – 50 %, улучшение и хроническое течение – 20 %.

В настоящее время в МКБ-10 (ICD-10) имеются следующие диагно-

стические определения для описания нарушений пищевого поведения:

- F50.0 – нервная анорексия;
- F50.1 – атипичная нервная анорексия;
- F50.2 – нервная булимия;
- F50.3 – атипичная нервная булимия;
- F50.4 – переедание – реакция на дистресс;
- F50.5 – психогенная рвота;
- F98.2 – расстройство питания у младенцев;
- F98.3 – поедание несъедобного (пика).

Диагностика нервной анорексии осуществляется согласно международной классификации болезней (ICD-10) и ставится при наличии следующих показателей. Вес тела составляет менее 85 % от принятой нормы или индекса массы тела – менее 17. Данный показатель высчитывается по формуле: вес (в килограммах) разделить на квадрат роста (в метрах).

Снижение веса является сознательной целью, для достижения которой в соответствии с убеждением «пища полнит» применяются один или несколько способов выведения пищи из организма, таких как искусственное вызывание рвоты, поноса, чрезмерные физические нагрузки, применение средств, отбивающих аппетит и др.

Искаженное представление о собственном теле, панический страх располстеться.

Нарастающие эндокринологические нарушения со стороны гипоталамуса, гипофиза и половых желез, которые выражаются у девушек в развитии аменореи. Она может быть вторичной, когда имеет место отсутствие не менее трех подряд месячных циклов, или первичной – если месячные кровотечения так и не начались. У юношей эти нарушения выражаются в исчезновении потенции.

Диагностические критерии в МКБ-10 в течение последнего десятилетия

не пересматривались. В США существуют критерии нарушения пищевого поведения, DSM-IV, включающие нервную анорексию и булимию, предложенные Американской психиатрической ассоциацией в 1989 г. Обе классификации схожи, однако в соответствии с МКБ-10 лицам с низкой массой тела, эпизодами переедания и очищения организма устанавливают диагноз нервной булимии, тогда как в DSM-IV такое расстройство относится к подтипу нервной анорексии. В этом отношении критерии в DSM-IV согласуются с интуицией большинства врачей и, возможно, являются всеобъемлющими. Несмотря на то что диагностические признаки нервной анорексии и нервной булимии зафиксированы в МКБ-10, постоянно ведется оживленная дискуссия о том, насколько точно они отражают клинические феномены. Уже более четверти века назад некоторые авторы считали диагностические критерии нервной анорексии и булимии надуманными, умозрительными конструктами и предлагали термин «синдром пищевого хаоса», отражающий пищевое поведение психически больных. Авторы считают, что диагностические рубрики МКБ-10 не позволяют описать феноменологию нарушений пищевого поведения. Вероятно, имеется в виду необходимость включения в диагностические признаки нервной анорексии сенестопатической симптоматики.

ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ

Нервная анорексия (*anorexia nervosa*) переводится с греческого как отсутствие позывов к еде, т. е. отсутствие аппетита, при наличии физиологической потребности в питании. Это обычный симптом нарушения в желудочно-кишечном тракте или эндокринной системе. Также она характерна при сильных психических нарушениях. Этот симптом наблюдается при беспокойстве, хронических болях, плохой гигиене

ротовой полости, повышении температуры тела из-за жары или лихорадки, смене вкусов, часто сопровождающих взросление или старение. Анорексия может стать последствием приема некоторых лекарств или злоупотребления ими. Кратковременная анорексия практически не угрожает здоровью пациента. Однако при длительной анорексии снижается сопротивляемость организма и повышается восприимчивость его к различным заболеваниям. Хроническая анорексия может вылиться в опасное для жизни истощение. Это заболевание, характеризующееся частичным или полным отказом от пищи, чаще диагностируется у девочек-подростков и юных девушек (весьма редко у мужчин этого же возраста) и выражающееся в сознательном, чрезвычайно стойком и целеустремленном стремлении к похуданию, нередко достигающему выраженной кахексии с возможным летальным исходом. Специалисты выделяют несколько видов анорексии:

- первичная анорексия характеризуется отсутствием чувства голода, связанного с неврологией, гормональными нарушениями или злокачественными опухолями;
- нервная анорексия – ограничение или отказ от еды, связанный с желанием похудеть;
- психическая анорексия – отсутствие аппетита из-за психиатрических расстройств (депрессия, мания отравления);
- лекарственная анорексия наступает в результате приема подавляющих аппетит препаратов, антидепрессантов, психостимуляторов.

Чаще всего больным ставят диагноз «нервная анорексия». Нервная анорексия обычно тесно связана с дисморфоманией – болезненной убежденностью в каком-либо мнимом или чрезвычайно переоцениваемом недостатке собственной внешности и очень

упорным стремлением этот «недостаток» исправить. Для больных с болезненными мыслями об «излишней полноте» методом такой «коррекции» является стремление «худеть любым путем». Мотивом такого поведения, обычно тщательно диссимулируемого, является болезненная убежденность в собственной излишней («безобразной», «уродливой», «неэстетичной») полноте всего тела или отдельных его частей. Этиология нервной анорексии представлена сочетанием психологических, биологических и социальных факторов. В психологическом профиле больных в преморбидный период часто можно выявить тревожные расстройства, которые иногда сопровождаются серьезными аффективными состояниями (например, депрессией). Установить точные причины анорексии сложно, но наиболее вероятно, что ее вызывает множество факторов. Таким образом, становится очевидным, что не существует одной причины, которая может повлиять на возникновение анорексии. В настоящее время рассматриваются следующие основные факторы риска развития анорексии.

Генетические факторы. Стремление к худобе и навязчивость наиболее тесно связаны с нервной анорексией, обуславливая новые генетические локусы на хромосомах 1 для смешанного показателя и 13 для стремления к худобе [Devlinetal, 2002]. Исследования по изучению связей сфокусированы на изучении генов, имеющих отношение к специфическим нейрохимическим факторам пищевого поведения. Одним из таких кандидатов является HTR2A-ген серотонинового рецептора 5-HT_{2A}. Ген мозгового нейротрофического фактора (BDNF) также задействован как ген восприимчивости к нервной анорексии. Этот белок участвует в регулировании пищевого поведения на уровне гипоталамуса, в том числе и в регулировании уровня серотонина, снижение которого вызывает депрессию. Генетическая

уязвимость, вероятно, заключается в предрасположенности к определенному типу личности к психическому расстройству (аффективное расстройство или тревожное расстройство) или к дисфункции нейромедиаторных систем. Следовательно, генетическая предрасположенность и уязвимость могут проявиться в неблагоприятных условиях, например при неправильной диете или после эмоционального стресса.

Социальные факторы. Анорексия стала очень модной и активно пропагандируется в средствах массовой информации. Худоба сейчас – признак успешности, признак того, что ты можешь контролировать свои поступки и благодаря этому чего-то добиться. В медицинских кругах распространено следующее определение анорексии: синдром Барби – добровольный отказ от пищи. Еще раньше он получил название синдрома Твигги – по имени экстравагантной модели, которая голоданием довела себя до клинической смерти. О массовости распространения анорексии говорить пока рано, но очевидно, что использование строгих диет, мочегонных средств, провокация рвоты после приема пищи или изнурительные физические нагрузки – распространенная мировая практика борьбы с неудовлетворенностью своей внешностью.

Психологические факторы. В психоаналитической феноменологии анорексии отказ от пищи выглядит всего лишь как средство. Целью выступает определенное желание, структурированное на сознательном и бессознательном уровнях. Сознательно – это стремление соответствовать определенному идеалу, который зачастую есть не что иное, как конвенционально навязанный масс-медиа образ женственности. Бессознательное желание и несформулированные цели выглядят, скорее, как отказ от женственности и выражение внутреннего протеста на фоне четких психологических расстройств. Психоаналитическое наблюдение показывает,

что особыми факторами при анорексии являются бессознательные агрессивные импульсы к обладанию, такие как зависть и ревность. Эти импульсы, если они подавляются совестью, могут вести к тяжелым нарушениям аппетита. Иллюстрацией этого принципа служит пост, который представляет собой публичную форму покаяния. Кроме того, нервной анорексии может предшествовать крайний интерес к пище, доходящий даже до булимии. Так, по некоторым оценкам, риск развития нервной анорексии при депрессии увеличивается в 2,2 раза, при фобиях – в 2,4 раза, а при алкогольной зависимости – в 3,2 раза.

Биологические факторы – избыточная масса тела и раннее наступление первой менструации. Кроме того, причина заболевания может крыться в дисфункции регулирующих пищевое поведение нейромедиаторов, таких как серотонин, дофамин, норадреналин. Исследования наглядно продемонстрировали дисфункцию всех трех указанных выше медиаторов у пациентов с расстройствами пищевого поведения. Пищевые дефициты – дефицит цинка играет роль в анорексии, но не является причиной болезни. В 1994 г. рандомизированное исследование с плацебо показало, что цинк (14 мг в день) удвоил скорость увеличения массы тела по сравнению с пациентами, принимающими плацебо.

Семейные факторы – больше шансов возникновения расстройства пищевого поведения у тех, кто имеет родственников или близких, страдающих нервной анорексией, нервной булимией или ожирением. При наличии члена семьи или родственника, страдающего депрессией, злоупотреблением алкоголем или наркотиками или зависимостью от них, также повышается риск возникновения расстройства.

Личностные факторы – к психологическим факторам риска относятся перфекционистски-обсессивный тип

личности, особенно для ограничительного типа нервной анорексии. Низкая самооценка, чувство собственной неполноценности, неуверенности и несоответствия требованиям являются факторами риска развития нервной анорексии. Худоба рассматривается как путь к успеху. И выбор делается именно в ее пользу, так как этот путь требует наименьших усилий: достаточно просто перестать есть. Не надо учиться или работать.

Культуральные факторы. К ним относятся: проживание в индустриально развитой стране и акцент на стройности (худобе) как главном признаке женской красоты. Стрессовые события, такие как смерть близкого родственника или друга, сексуальное или физическое насилие, также могут быть факторами риска развития расстройства пищевого поведения.

Возрастной фактор. С точки зрения психологов отечественной психологической школы возраст является одним из важнейших условий, определяющих предрасположенность к нервной анорексии. Группой риска является подростковый и юношеский возраст. В последние десятилетия наметилась динамика снижения возраста манифестации заболевания. Относительно недавно нервная анорексия считалась исключительно женским заболеванием. Однако, как выяснилось в последние годы, подобным расстройством страдают и мальчики препубертатного возраста. Правда, гораздо реже – примерно в 5 % случаев. Остальные же 95 % случаев приходятся на девочек и женщин в возрасте от 12 до 30 лет, как правило, из материально благополучных семей. Причем пик заболеваемости приходится на 13–14 и 17–19 лет. В школе такие дети отличаются прекрасной успеваемостью. Нередко они чуть-чуть полноваты и из-за насмешек сверстников решают придерживаться диеты, а когда начинают худеть, то отрицают это.

Антропологические факторы. С точки зрения доктора медицинских наук, психофизиолога Вадима Ротенберга, нервная анорексия связана с поисковой активностью человека.

Органические факторы. К развитию анорексии может приводить нарушение одного или нескольких механизмов:

- **наркотическая зависимость от чувства голода.** Опиаты (вещества, подобные морфию), выделяемые в состоянии голода и пониженного веса тела, усиливают выработку дофамина в центре голода, расположенном в коре головного мозга;
- **влияние катехоламинов.** Известно, что в процессе размножения и дифференцирования кровяных клеток в организме выделяются специфические вещества, факторы роста, которые называют колониестимулирующими факторами (CSF). У них высок уровень катехоламинов (среди них адреналин, норадреналин). Предполагается, что их повышенный уровень служит пусковым моментом для развития болезни;
- **повышение секреции серотонина** (серотонин подавляет чувство голода);
- **генетический компонент:** у однойцевых близнецов отмечается 40–50 %-ная вероятность развития болезни у обоих.

В настоящее время к факторам риска нервной анорексии относят следующие:

- женский пол;
- нарушения питания в семейном анамнезе;
- перфекционалистическую личность;
- трудности в преодолении отрицательных эмоций;
- трудности в улаживании конфликтов;
- низкую самооценку.

Типы нервной анорексии:

1. **Ограничивающий тип.** При этом типе нервной анорексии у больного не наблюдается регулярных эпизодов переедания и «очищения» (т. е. вызывания рвоты или злоупотребления слабительными средствами, диуретиками либо клизмами).
2. **Тип с перееданием и «очищением».** При данном эпизоде анорексии больной регулярно практикует переедание с дальнейшим очищением (т. е. провоцирует рвоту или злоупотребляет слабительными средствами, диуретиками или клизмами).

КЛИНИКА НЕРВНОЙ АНОРЕКСИИ

Термин «анорексия», который буквально означает отсутствие аппетита, в целом неправильный, поскольку такие пациенты в действительности страдают от голода, а их мысли постоянно заняты едой. Больные анорексией могут готовить изысканные блюда для других, создавать запасы пищи, устраивать странные ритуалы, которыми сопровождают свой процесс приема пищи. Это в определенной степени напоминает поведение лиц с обсессивно-компульсивными расстройствами, к тому же такие странности часто не ограничиваются пищей. Как правило, больные нервной анорексией скрывают свои привычки, касающиеся питания, в большой тайне, а попытки выявить в этой сфере проблемы наталкиваются на неистовый отпор. Часто они носят одежду большего, чем нужно, размера, чтобы не было заметно их похудение, или отказываются от совместного приема пищи. Пациентов подросткового возраста в большинстве случаев приводят к врачу родители в связи с тем, что их состояние и поведение вызывают беспокойство, или же больные обращаются по своей инициативе с жалобами

на недомогание, усталость, головную боль, головокружение, желудочные расстройства, запоры, стрессовое состояние либо депрессию. При обследовании больных с такими жалобами всегда следует помнить о возможных нарушениях питания, поскольку они, как правило, отрицают наличие проблем с приемом пищи и отвергают какие-либо вмешательства, направленные на выявление анорексии. Различают следующие периоды (стадии) заболевания при нервной анорексии.

Дисморфоманический (преданорексический) период – преобладают мысли о собственной неполноценности и ущербности в связи с мнимой полнотой. Характерно подавленное настроение, тревога, длительное рассматривание себя в зеркале. В этот период возникают первые попытки ограничивать себя в еде, поиск идеальной диеты. Мысли об излишней полноте могут быть либо сверхценными, либо бредовыми. Этот период нервной анорексии длится от 2 до 4 лет.

Анорексический период возникает на фоне стойкого голодания. Достигается снижение веса 20–50 %, что сопровождается эйфорией и ужесточением диеты, «чтобы похудеть еще больше». При этом больной активно убеждает себя и окружающих в отсутствии у него аппетита и изнуряет себя большими физическими нагрузками. Выраженными проявлениями потери массы тела становятся чрезмерная слабость, головокружения, повреждение кровеносных сосудов на лице, одутловатость щек, уменьшение пульса и артериального давления. Из-за искаженного восприятия своего тела больные недооценивают степень похудения, игнорируют голод, худобу, слабость. Все мысли у больных сосредоточены на еде, больные любят угощать других блюдами собственного приготовления. Если в силу обстоятельств или во время еды больные съедают больше обычного, они как можно скорее вызывают рвоту, иногда прямо в общественном туалете.

Искусственно вызываемая рвота у ряда больных может сопровождаться приступами булимии. Объем циркулирующей в организме жидкости уменьшается, что вызывает гипотонию и брадикардию. Это состояние сопровождается зябкостью, сухостью кожи и алопецией. Еще один клинический признак – прекращение менструального цикла у женщин и снижение полового влечения и сперматогенеза у мужчин. Также нарушается функция надпочечников вплоть до надпочечниковой недостаточности. Жировая прослойка не определяется, кости проступают сквозь кожу. Интересно, что ткань молочных желез у многих больных сохранна. Кожа сухая, шелушащаяся, часто имеет желтое окрашивание вследствие каротинемии (особенно заметна желтизна ладоней). Усилен рост волос на теле (как правило, это пушковое оволосение, но встречается и грубый гирсутизм). На этом этапе важное место в клинической картине заболевания занимают ипохондрические расстройства – вторичные гастроэнтероколиты, гастроэнтероптоз, развивающиеся результате ограничения в еде или неправильного пищевого поведения, сопровождаются болями в области желудка и по ходу кишечника после приема пищи, упорными запорами. Происходит фиксация больных на неприятных ощущениях в желудочно-кишечном тракте. Типичный для этого этапа нервной анорексии страх перед едой обусловлен не только боязнью поправиться, но и возможностью появления тягостных и болевых ощущений в эпигастральной области. На этом этапе нервная анорексия приобретает клиническую завершенность, заостряются имеющиеся до заболевания психопатические черты характера.

Кахексический период – период необратимой дистрофии внутренних органов. Наступает через 1,5–2 года. В этот период снижение веса достигает 50 % и более от своей массы. При этом возникают безбелковые отеки, у

больных полностью исчезает подкожная жировая клетчатка. Нарастают дистрофические изменения кожи и мышц, развивается миокардиодистрофия, нарушается водно-электролитный баланс, резко снижается уровень калия в организме. Данный этап, как правило, необратим. Дистрофические изменения приводят к необратимому угнетению функций всех систем и органов и смерти. В период выраженной кахексии больные полностью утрачивают критическое отношение к своему состоянию и по-прежнему продолжают упорно отказываться от еды. Будучи крайне ис-

тощенными, они нередко утверждают, что у них имеется избыточная масса тела. Иными словами, имеется бредовое отношение к своей внешности, в основе чего лежит нарушение восприятий собственного тела.

Период редукции нервной анорексии – при своевременном и адекватном лечении происходит постепенное восстановление нарушенного психосоматического и питательного статуса.

Наиболее часто диагностируемые отклонения результатов лабораторных исследований у больных нервной анорексией представлены в *табл. 1*.

Таблица 1

Лабораторные исследования при нервной анорексии

Показатель	Результат
<i>Клинический анализ крови</i>	
Гемоглобин	Норма или нормоцитарная нормохромная анемия; если обнаруживается значительная анемия, следует искать другое заболевание
Лейкоциты	Возможна лейкопения (риск инфекций при этом не возрастает)
Тромбоциты	Тромбоцитопения
СОЭ	Норма. При повышении СОЭ нужно искать органическую патологию
<i>Биохимическое исследование крови</i>	
Белки	Норма
Глюкоза	Гипогликемия вследствие сниженного потребления углеводов и истощения запасов гликогена
Натрий	Гипонатриемия в связи с повышенным потреблением воды или снижением уровня антидиуретического гормона
Калий	Гипокалиемия (при рвоте)
Кальций	Возможна гипокальциемия
Кислотно-щелочной баланс	При рвоте – гипокалиемический гипохлоридемический метаболический алкалоз; при злоупотреблении слабительными средствами – ацидоз
Показатели функции печени	Несколько повышены, однако никогда не достигают уровней, характерных для активного гепатита
Показатели функции почек	Норма; при дегидратации возможно повышение уровня азота мочевины
Холестерин	Уровень существенно возрастает, что развивается вторично относительно снижения уровня трийодтиронина (Т3), снижения уровня белка, связывающего холестерин, а также поступления в кровь внутрипеченочных запасов холестерина
Общий анализ мочи	Нормальные показатели. Выполняется с целью исключения инфекции мочевыводящих путей, дегидратации либо ацидоза почечного генеза
Анализ кала на скрытую кровь	У больных с рвотой или злоупотребляющих слабительными средствами результат может быть положительным в связи с травмой пищевода, желудка или толстой кишки

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ

Нервную анорексию необходимо отличать от потери веса, вызванных другими заболеваниями. Это должно осуществляться на основе тщательно собранного анамнеза заболевания, результатов клинико-биохимических и инструментальных исследований, индивидуального осмотра больного. Вот перечень наиболее известных заболеваний и состояний, при которых диагностируются проявления анорексии и которые следует учитывать при постановке диагноза «нервная анорексия»:

1. Анорексия на фоне хронических заболеваний: Ne-oplasms, туберкулез.
2. Эндокринопатии:
 - аденокортикальная гипопункция. При этом нарушении анорексия развивается медленно и вяло, вызывая постепенную потерю веса;
 - гипопитуитаризм (недостаточность функции гипофиза или гипоталамуса). В этом случае анорексия также развивается медленно. Сопутствующие симптомы варьируют в зависимости от степени болезни, а также от числа и типа недостающих гормонов;
 - микседема. Анорексия – обычно признак недостатка гормонов щитовидной железы.
3. Анорексия на фоне заболевания желудочно-кишечного тракта: при хронических воспалениях кишечника (язвенный колит, болезнь Крона, дивертикул), заболевания поджелудочной железы, желчного пузыря и печени (гепатит, холецистит, желчнокаменная болезнь, панкреатит, кисты и опухоли перечисленных органов и пр.).
4. Нередко аппетит пропадает, когда у человека имеется индивидуальная непереносимость целиакия, лактозы или других компонентов продуктов питания.
5. Анорексия при других заболеваниях:
 - злокачественная анемия;
 - рак. Хроническая анорексия наблюдается наряду с возможной потерей веса, слабостью, апатией и общим истощением;
 - алкоголизм;
 - анорексия при приеме лекарственных препаратов и процедур: в результате употребления амфетамина, кофеина и других психостимуляторов, препаратов химиотерапии, симпатомиметиков (например, эфедрина) и некоторых антибиотиков.

ЛЕЧЕНИЕ НЕРВНОЙ АНОРЕКСИИ

Не существует универсального и эффективного лекарства против анорексии. Так, раньше в лечении анорексии широко применялись такие методы терапии, как гормонотерапия, инсулинотерапия, электросудорожная терапия, ударные дозы нейролептиков, психотерапия, включая различные варианты психоанализа. В последние годы, однако, выявился более дифференцированный подход к лечению различных вариантов нервной анорексии: стали широко использовать антидепрессанты для лечения как «классической» нервной анорексии, так и ее булимического варианта. Лечение анорексии направлено на достижение следующих целей: подъем веса до показателей, максимально близких к идеальным и составляющих 95 % от нормы, что позволяет исправить большинство физиологических и ментальных отклонений в ор-

ганизме, восстановить менструальный цикл (или привести к началу месячных, если речь идет о девочках более раннего возраста), организовать нормальный процесс питания, исключив тем самым вредные привычки, характерные для анорексии, возвращение к функционированию в рамках семьи и общества и предупреждение рецидивов заболевания. В легких случаях лечение анорексии может быть амбулаторным, но чаще больных приходится госпитализировать из-за резкого истощения. Лечение нервной анорексии состоит в профилактике и лечении серьезных осложнений этого состояния. Как правило, терапевтическая тактика базируется на комплексном подходе, предусматривающем психотерапию, формирование навыков здорового питания, а при необходимости также медикаментозное лечение. Госпитализируют лишь пациентов с риском соматических либо психических осложнений. Показания для госпитализации следующие:

- низкая масса тела или быстрое уменьшение массы тела;
- выраженный электролитный дисбаланс;
- температура тела ниже 36 °С;
- пульс менее 45 ударов в минуту;
- ортостатическое уменьшение частоты пульса более чем на 30 ударов в минуту;
- нарушения сознания, головокружение или другие проявления тяжелого голодания;
- осложнения со стороны сердечно-сосудистой системы или другие соматические расстройства;
- психоз с высоким риском суицида;
- неспособность изменить ошибочный стиль питания;
- невозможность начать психотерапию амбулаторно;
- отсутствие эффекта от амбулаторного лечения.

Нельзя допускать, чтобы пациенты воспринимали госпитализацию как наказание. Все мероприятия, которые необходимо провести в стационаре, следует заранее обсудить с больным и его семьей. Элементами дискуссии является выработка здоровых навыков питания, обсуждение базисных внутренних конфликтов (как, например, низкая самооценка, возможности формирования новых стратегий поведения и т. п.) и поощрение усовершенствования стиля общения. Ведущим методом лечения больных с нервной анорексией на фоне выраженной недостаточности питания и дефицитом или дисбалансом макро- и микронутриентов, вызывающим функциональные, морфологические и энергетические расстройства и нарушения гомеостаза, является, с одной стороны, сочетание медикаментозной терапии с различными видами психотерапии, с другой стороны, подбор адекватного индивидуального рациона питания для каждого этапа медицинской реабилитации больного с нервной анорексией. Лечение нервной анорексии требует дифференцированного, индивидуализированного (персонифицированного), этапного подхода к лечению и зависит во многом от индивидуальных обстоятельств и наличия различных симптомов анорексии, но в целом должно быть направлено:

- на возвращение пациента к нормальному весу;
- нормализацию самостоятельного приема пищи;
- устранение физических нарушений, возникших в результате анорексии;
- психологическую коррекцию нездорового отношения к приему пищи;
- формирование адекватного восприятия собственной внешности;
- организацию поддержки со стороны родственников.

В лечении анорексии традиционно различают два этапа.

Этап первый – неспецифический (диагностический). Лечение на этом этапе предусматривает:

- улучшение физического состояния больного. Для этого после тщательного обследования терапевтом или диетологом состояния пищевого (нутриентного) статуса согласно рекомендованному нами Диагностическому алгоритму, больным анорексией назначают, как правило, высококалорийную диету с 6–8-разовым режимом приема пищи и щадящим вариантом кулинарной обработки (согласно приказу Минздрава России от 05.08.2003 № 330);
- на этом этапе больные получают общеукрепляющие средства, витамины, кровезаменители, им назначается постельный режим;
- для преодоления отказа от еды назначают инсулин, который усиливает аппетит и ферментные препараты (Креон, Эрмиталь, Мезим форте и т.п.), для лучшего усвоения белка на фоне снижения внешнесекреторной функции поджелудочной железы у больных с анорексией. Через несколько недель «неспецифического» лечения анорексии достигается повышение массы тела. Считается, что прибавка веса в 2–4 кг в течение 4 недель является оптимальной.

Этап второй – специфический (лечебный). Лечение на этом этапе предусматривает:

- перевод больных на общий режим. К продолжающейся общеукрепляющей терапии добавляют мягкие транквилизаторы и антидепрессанты;
- присоединяется рациональная психотерапия (объяснение вреда голодания, ценностная переориентация), в отдельных случаях

эффективен гипноз. Следует учитывать личностные особенности больного и хвалить пациента за соблюдение процедур, желание сотрудничать с врачом;

- для устранения неприятных ощущений в теле можно применять сеансы аутогенной тренировки;
- групповая поведенческая психотерапия служит на данном этапе основой положительного результата и направлена на устранение эмоциональных нарушений, связанных с приемами пищи, коррекцию пищевого поведения, формирование правильного отношения к своей внешности;
- для успеха терапии очень важна работа с родственниками, призванными создавать правильный режим для больных и осуществлять контроль за их лечением.

Лечебное питание больных нервной анорексией составляет важную часть их комплексного лечения и направлено прежде всего на нормализацию водно-солевого, электролитного, углеводного, жирового и белкового обмена. Однако в публикациях принципам такого вмешательства уделено сравнительно мало внимания, поэтому современная практика основывается главным образом на опыте, а не на опубликованных данных.

Организация адекватного, персонализированного питания больных с нервной анорексией требует внимания ко многим сферам. Важное значение для составления оптимальной персонализированной программы питания на начальном этапе лечения отводится тщательному изучению пищевого статуса больного и контроль над возобновлением питания в контексте его культурных, этических и религиозных истоков. У больных следует тщательно собрать информацию об изменениях (уменьшении) массы тела за последние 6 или 12 месяцев, особенностях диеты, характере выполняемой работы и до-

полнительных физических нагрузках. Однако любое алиментарное вмешательство неизбежно имеет психологический смысл для пациента, следовательно, нормализация выявленных нарушений пищевого статуса у больных с анорексией всегда должна рассматриваться в широком психологическом контексте.

При проведении диагностических исследований пищевого статуса пациентов для составления адекватных коррекционных программ выявленных отклонений, на наш взгляд, необходимо соблюдать следующие принципиальные моменты:

- во-первых, проведенные исследования не должны растягиваться во времени (двое, трое и более суток), должны занимать короткий временной промежуток (1–2 часа), учитывая известную вариабельность метаболизма и корректность интерпретации полученных результатов;
- во-вторых, проводимые исследования должны быть малоинвазивными и высокоинформативными;
- в-третьих, объем проводимых исследований должен носить системный характер, т. е. отражать интегральную функцию органов и систем организма для построения адекватной психосоматической модели функционального состояния организма на момент исследования с целью построения адекватной коррекционной метаболической программы;
- в-четвертых, диагностическое оборудование должно быть компактным, высокоинформативным, удобным для проведения исследований.

ОЦЕНКА ПИТАНИЯ

Определенная форма оценки питания (пищевого статуса, статуса питания

и т.п.) у больных с нервной анорексией должна быть частью общего обследования больного, а формализованная оценка состояния питания целесообразна при поступлении в стационар. Первоначальная оценка должна осуществляться в соответствии с местным протоколом и включать только те аспекты, которые важны для принятия неотложных решений. К ним относятся:

- недавнее изменение привычек, связанных с приемом пищи;
- скорость потери массы тела;
- переедание;
- провоцирование у себя рвоты и употребление слабительных средств;
- функционирование органов желудочно-кишечного тракта;
- гидратация;
- ограничение ассортимента приемлемых продуктов;
- другие состояния, при которых может возникнуть необходимость в лечебном питании (например, сахарный диабет, хроническая почечная недостаточность и т.п.);
- употребление алкоголя;
- наличие состояний, которые могут влиять на пищевые потребности (например, инфекционное заболевание и половое созревание).

Нами предложен алгоритм диагностического исследования пищевого статуса пациентов и коррекции выявленных нарушений пищевого статуса нутритивно-метаболическими средствами. Этот алгоритм предполагает использование высокоинформативного диагностического оборудования для оценки пищевого статуса пациентов, в том числе с нервной анорексией, единой медицинской документации и использования сопоставимых нутритивно-метаболических средств коррекции пищевого статуса в случаях его нарушения. Исследование пищевого статуса, согласно предложенному

Таблица 2

Объем диагностических исследований

Аппарат	Функции
Весы и ростомер	Определение роста и массы тела, расчет индекса массы тела (ИМТ = вес (кг) : рост (м ²))
Биоимпедансный анализатор состава тела «ABC-01 – Медасс»	Определение состава массы тела (процент содержания жировой, мышечной массы, активной клеточной массы и жидкости)
Денситометр	Определение плотности костной ткани
Секундомер	Измерение ЧСС, ЧД и других диагностических параметров
Нейроэнергокартограф (НЭК)	Определение характера метаболических процессов, кислотно-щелочного равновесия и уровня антистрессового потенциала ЦНС
Медицинская кушетка	Проведение физикальных врачебных осмотров
АМП неинвазивный анализатор крови Малыхина-Пулавского	Исследование 117 показателей функционального состояния организма, в том числе ЭКГ, ФВД, клинический и биохимический анализ крови и т.п.
Эксперсс-анализаторы мочи (Уресис и т. п.)	Проведение биохимических экспресс-исследований мочи (исследование 10 показателей за 2–3 минуты)
Аппарат для проведения УЗ-исследований органов и систем организма	Исследование эндокринной системы, органов ЖКТ, системы мочевого выделения, органов малого таза и т.п.
Контейнеры для забора биологических субстратов (крови, волос, мочи, фекалий)	Исследование витаминов, минералов, симбионтной микрофлоры организма
Кроме того, больному с анорексией необходимо исследовать минеральный статус (25–40) по методу д-ра мед. наук профессора А.В. Скального (волосы или ногти).	

нами алгоритму, начинается с разработанной анкеты-опросника, включающей жалобы на момент обращения, пищевые пристрастия, качественный и количественный состав рациона питания, переносимость пищевых продуктов, режим питания, наличие пищевой аллергии, функциональное состояние различных органов и систем организма, условия работы и проживания, наличие вредных привычек, наличие или отсутствие поддерживающей медикаментозной терапии на момент обследования и пр. Далее пациенту проводится необходимый объем диагностических исследований с использованием следующего высокоинформативного оборудования, которое с большой долей вероятности позволяет решить поставленные выше проблемы (табл. 2).

Далее пациент проходит стандартный врачебный осмотр, включающий измерение ЧД, АД и ЧСС. На основании анализа анкетно-опросных, антропометрических, физикальных и клинико-биохимических исследований пациенту составляется индивидуальная (персонифицированная) программа коррекции выявленных нарушений пищевого (нутрициологического) статуса нутритивно-метаболическими средствами.

В соответствии с приказом Минздрава России от 05.08.2003 № 330 «О мерах по совершенствованию лечебного питания в лечебно-профилактических учреждениях Российской Федерации» используемые виды нутритивной поддержки включают:

- парентеральное питание;
- энтеральное питание;

- систему стандартных диет и лечебное питание с применением смесей энтерального питания.

Объем и состав назначаемой нутритивной поддержки должны предполагать адаптацию состава диеты к особенностям патогенетических механизмов заболевания с учетом:

- особенностей клинического течения, фазы и стадии заболевания;
- характера и тяжести метаболических расстройств;
- нарушения процессов переваривания и всасывания пищевых веществ.

Корректирование состава тканей организма при нервной анорексии, несомненно, является основной целью персонифицированной нутритивной поддержки, и она может быть достигнута только при условии правильного клеточного функционирования. У больных с выраженной недостаточностью питания при нервной анорексии происходят два отдельных, но связанных между собой процесса.

Во-первых, недостаточное употребление пищи при нервной анорексии приводит к истощению и функциональным изменениям во всех тканях и системах организма. Данное состояние адекватно было бы назвать синдромом полиорганной дисфункции у больных с нервной анорексией.

Во-вторых, общая метаболическая реакция у больных с нервной анорексией на различные повреждения, психоэмоциональный или физический стресс будет сопровождаться дополнительной потерей энергетических и пластических веществ, что будет усугублять повреждение и дисфункцию клеток. Несомненно, что целью лечения в данной ситуации должно быть возвращение к норме состава органов и тканей организма, что требует наличия соответствующего метаболического механизма. Следовательно, первым шагом должно быть восстановление этого механизма, при этом восстановление структурной целостности органов и тканей у больных с нервной анорексией должно являться вторым важным фактором лечения на первом неспецифическом этапе.



Рецензируемый научно-практический журнал

Журнал входит в *Перечень рецензируемых изданий ВАК*, в которых должны быть опубликованы основные научные результаты диссертаций на соискание ученой степени доктора и кандидата наук.

Особое внимание издание уделяет освещению таких вопросов, как гигиена окружающей среды и населенных мест, экология человека, гигиена детей и подростков, радиационная гигиена, гигиена труда, гигиена питания и социальная гигиена; новое в лабораторной диагностике; опыт российских и зарубежных коллег.

Журнал старается делать упор на практическую направленность публикуемых материалов, возможность использования передового опыта, наработанного в России и за рубежом, внедрение новых инновационных технологий, совершенных форм организации работы, которые базируются на последних достижениях науки и в условиях нашей экономики дают наибольший эффект.

Ежемесячное издание. Формат — А4. Объем — 80 с.

Распространяется по подписке и на отраслевых мероприятиях.

(495) 664-2790, medizdat@bk.ru (редакция)

(495) 749-2164, podpiska@panor.ru (отдел подписки)

www.sanvrach.panor.ru, www.Медиздат.РФ, www.medizdat.com

На правах рекламы