



УДК 616.8-008.-44+616.891.4



ДЕМЕШКИНА Л.В., СЕРДЮЧЕНКО О.Н., ПТУШКИНА Д.А., ПЕТИШКО О.П.  
ГУ «Институт гастроэнтерологии НАМН Украины», г. Днепропетровск

## НЕРВНАЯ АНОРЕКСИЯ: ОБЗОР И КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

**Резюме.** Статья посвящена актуальной проблеме — нервной анорексии. Авторы рассматривают эту проблему с учетом современных знаний и рекомендаций относительно нервной анорексии. В статью приводятся данные о распространенности, критериях диагностики, стадиях, клинических проявлениях и современных подходах к лечению нервной анорексии. Детально проанализирован клинический случай выявления и лечения нервной анорексии в условиях стационара у больной Г.

**Ключевые слова:** нервная анорексия, распространенность, клиника, лечение.

Нервная анорексия (НА) — относительно редкое заболевание, встречающееся в некоторых странах Западной Европы с частотой 1 случай на 1 млн жителей, а у лиц женского пола в возрасте 15–20 лет — примерно 16 случаев на 100 тыс. [1–3]. При этом следует отметить резкое увеличение частоты НА за последние 20–30 лет [4]. Анорексия происходит от греческого слова *анорексия* — «без аппетита». Может быть не только «нервной» (синоним «психической», лат. — *anorexia nervosa*), но и являться одним из признаков основной болезни. Как синдром анорексия может наблюдаться при различных органических заболеваниях нервной системы, особенно глубоких ее отделов, эндокринной системы (так называемые нейроэндокринопатии), интоксикациях, отравлениях, острых инфекционных заболеваниях, стрессовых ситуациях, болезнях желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), опухолях различной локализации и т.д.

**Историческая справка.** В 1873 году В. Галлон описал болезнь под названием *anorexia nervosa* (нервная анорексия), которая в настоящее время носит название «анорексия нервно-психическая» или «нервная (психическая) анорексия». С 2005 года 16 ноября — Международный день борьбы с анорексией [5].

НА — серьезное психическое заболевание, отличительными чертами которого являются одержимость сбрасыванием веса, отказ от пищи и наличие выраженного страха прибавить в весе. Следует подчеркнуть, что на сегодняшний день однозначного определения дан-

ного заболевания нет: во многих источниках слово «психическое» не включается.

Согласно Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (10-й пересмотр) (МКБ-10), НА не относится к невротическим расстройствам, а рассматривается в рубрике «Поведенческие синдромы, связанные с физиологическими и физическими факторами» [6].

**Класс V. Психические расстройства и расстройства поведения (F00-F99)**

**Поведенческие синдромы, связанные с физиологическими нарушениями и физическими факторами (F50-F59)**

F50 Расстройство питания

F50.0 Нервная анорексия

F50.1 Атипичная нервная анорексия

F50.2 Нервная булимия

F50.3 Атипичная нервная булимия

F50.4 Передание, связанное с другими психологическими расстройствами

F50.5 Рвота, связанная с другими психологическими расстройствами

F50.8 Другие расстройства приема пищи

F50.9 Расстройство пищи неуточненное

© Демешкина Л.В., Сердюченко О.Н., Птушкина Д.А., Петишко О.П., 2015

© «Гастроэнтерология», 2015

© Заславский А.Ю., 2015

Согласно МКБ-10, НА определяется как расстройство, характеризующееся преднамеренным снижением веса, вызываемым и/или поддерживаемым самим пациентом.

В США критерии диагноза НА определяются по DSM-V (май 2013 г.) и публикуются Американской психиатрической ассоциацией (American Psychiatric Association). Согласно DSM-V, для постановки диагноза «нервная анорексия» нужны четыре критерия [7]:

А. Отказ поддерживать массу тела в пределах минимальной нормы для данного возраста и роста или неспособность набрать 85 % от ожидаемого веса за установленный период времени.

В. Нарушение восприятия веса или формы своего тела; неоправданно большое влияние массы или формы тела на самооценку; отрицание серьезности текущих проблем, возникших в результате недоедания.

С. Сильный страх перед ожирением, даже несмотря на недостаток массы тела.

Д. У девушек в процессе полового созревания — отсутствие трех последовательных менструальных циклов.

Диагностика НА представляет определенные трудности. Этот диагноз не следует ставить, если имеются свидетельства наличия соматического заболевания, вызывающего потерю массы тела, а также при отсутствии одного из ключевых симптомов. В таких случаях целесообразно ставить диагноз «атипичная НА» (рубрика F50.1 по МКБ-10), то есть расстройство, отвечающее некоторым чертам НА, но полная клиническая картина которого не позволяет поставить этот диагноз. Так, один из ключевых симптомов вышеуказанного расстройства, такой как аменорея или выраженная боязнь ожирения, может отсутствовать при наличии заметной потери массы тела и поведения, направленного на достижение похудения.

В клинике пациента с НА могут присутствовать и другие симптомы [3, 4]:

- отрицание больным проблемы;
- постоянное ощущение больным собственной полноты;
- нарушения способов питания (еда стоя, дробление пищи на маленькие кусочки);
- нарушения сна;
- панический страх поправиться;
- депрессивность;
- необоснованный гнев, чувство обиды;
- увлечение темами, связанными с едой: внезапно появившийся интерес к приготовлению пищи, коллекционирование рецептов, просмотр кулинарных книг, увлечение кулинарией и приготовление роскошных трапез для родственников и друзей без участия самого больного в приеме пищи; интерес к разным диетам;
- изменения в социальной и семейной жизни: нежелание присутствовать на встречах и общих трапезах, прекращение общения с близкими, частые и долгие посещения ванной комнаты или чрезмерные занятия спортом вне дома.

Часто у пациентов с НА проявляются расстройства со стороны разных органов и систем (табл. 1) [3, 4].

Следует отметить, что на начальном этапе развития болезни пациенты часто ошибочно наблюдаются у гастроэнтеролога по поводу неприятных ощущений, вызываемых приемом пищи (тяжесть в желудке, боли, изжога, отрыжка), и нередко — у эндокринологов.

Факторами риска развития НА являются:

- женский пол;
- расстройства питания в семейном анамнезе;
- перфекционистическая личность;
- трудности в преодолении негативных эмоций;
- трудности в устранении конфликтов;
- низкая самооценка и др. [2, 4, 5, 8].

**Таблица 1 — Клинические проявления у больных НА со стороны различных органов и систем**

<b>Органы и системы организма</b>	<b>Клинические проявления</b>
Расстройства, связанные с желудочно-кишечным трактом	Запор, замедленная эвакуация желудочного содержимого, расширение желудка с возможным разрывом, эзофагит, хронический гастрит/гастроудоденит, функциональная диспепсия, опущение желудка, синдром Маллори — Вейсса (продольный разрыв слизистой оболочки пищевода, происходящий при сильных позывах к рвоте или во время самой рвоты), кишечная непроходимость, ослабление рвотного рефлекса, эрозия эмали зубов, травма неба, увеличение слюнных желез, повышение уровней трансаминаз
Нарушения работы сердечно-сосудистой системы	Сердечная аритмия, брадикардия, нередко приводящая к внезапной сердечной смерти из-за отсутствия калия и магния, а также прочих минеральных веществ и общего нарушения баланса электролитов, приступы обморока, головокружение, постоянное ощущение холода из-за замедленного пульса
Нарушения кожи и волосяного покрова	Выпадение волос, сухая кожа, бледность кожи, появление мелких волос на лице и на спине вследствие недостатка белков, нарушение структуры ногтей
Нарушения работы эндокринной системы	Недостаток гормонов щитовидной железы, замедление обмена веществ, аменорея, неспособность зачать
Психические последствия	Неспособность сосредоточиться, депрессия, самоубийство, обсессивно-компульсивное расстройство
Прочие последствия	Остеопороз, переломы костей, позвонков, уменьшение массы мозга

Причины возникновения НА окончательно не установлены. Исследователи полагают, что основными причинами ее развития являются:

- биологические (генетическая предрасположенность);
- психологические (влияние семьи и внутренние конфликты);
- социальные (влияние общества);
- генетические и др. [2–4, 10].

Среди некоторых зарубежных авторов существует мнение о том, что главным при НА является неправильное воспитание, когда в семье главенствующую роль занимает деспотичная мать при подчиненном положении отца, уделяющего мало внимания воспитанию ребенка. Отказ его от еды якобы является формой протеста против деспотичной матери. По мнению других исследователей, первоначальная основа анорексии нередко закладывается еще в грудном возрасте в виде отвращения к пище. Имеется в виду изменение условий кормления, в частности, прикорм, насильственное кормление, что может вызвать защитную анорексию. Иногда в стремлении кормить ребенка строго по часам родители отрывают его от игр и других занятий на самом интересном месте. Это может вызвать крик, плач, реакцию протеста. Снижение аппетита может возникнуть от обильного потребления сладостей, особенно накануне приема пищи [4].

Все это способствует выработке отрицательного условного рефлекса на еду, что может проявиться в дальнейшем под влиянием дополнительных психогенных воздействий. Не менее важно и влияние социальных причин. Так, резко участившиеся случаи заболевания НА ученые объясняют распространением популярности суперстройной фигуры. Причем идеалы красоты давно уже перешагнули грань между физиологической нормой и нездоровьем. Американские ученые, исследуя индекс массы тела (ИМТ) участниц конкурса «Мисс Америка» за последние 78 лет, обнаружили, что в первые десятилетия существования конкурса этот показатель практически всегда укладывался в нормальный диапазон (20–25), однако во второй половине века соотношение массы и роста участниц шоу



**Рисунок 1** — Фото французской модели **Изабель Каро**, которая умерла в возрасте 28 лет от НА

стало неуклонно приближаться к отметке 18,5. Наиболее выраженное снижение индекса массы тела наблюдается у девушек в модельном бизнесе. Девушки-модели стремительно понижают свой вес с целью участия в показах мод и часто не могут остановиться: организм продолжает терять вес, что приводит к летальному исходу (рис. 1).

Хотя окончательного и однозначного мнения о причинах развития данной патологии нет, все медики признают НА серьезным заболеванием, которое сопровождается тяжелыми осложнениями, частыми рецидивами и высокой летальностью (5–10–20 %), причем наиболее частыми причинами смерти больных НА являются сердечно-сосудистые осложнения и самоубийство [2, 11].

НА бывает 2 типов [3]:

1) ограничительный, для которого характерно ограничение больным себя в приеме пищи, при этом пациент практически никогда не наедается до чувства насыщения, после приема пищи искусственно провоцирует рвоту;

2) очистительный, когда анорексик постоянно наедается до чувства насыщения, после чего провоцирует рвоту, опорожнение кишечника (путем приема слабительных препаратов), пользуется мочегонными средствами и т.д.

Люди с очистительным типом НА обычно много едят (больше, чем здоровый человек схожей комплекции), поскольку у них нет внутреннего контроля над приемом пищи.

Исход НА:

1. Выздоровление: меньше половины больных (40–55 % больных).

2. Рецидивирующее (волнообразное, возобновляющееся) течение.

3. Смерть (5–10–20 % больных) [2, 3, 12].

Для облегчения диагностики НА существуют специальные тесты. Одним из них является EAT-тест, основанный на ответах пациента об особенностях его питания, отношении к еде и страху располнеть. Был разработан Институтом психиатрии Кларка университета Торонто в 1979 году. Состоит из 26 вопросов, защищен авторским правом, однако на официальном сайте EAT-26 Self-Test имеется свободный доступ к его использованию без денежной компенсации [13].

Выделяют 3 стадии НА: дисморфоманическую, аноректическую и кахектическую (табл. 2) [1].

Некоторые исследователи при успешном лечении отдельно выделяют этап редукции НА, при котором ведущее место в клинической картине принадлежит астенической симптоматике, страху поправиться, фиксации на патологических ощущениях со стороны желудочно-кишечного тракта [2]. В этот период на незначительной прибавке массы тела вновь актуализируется дисморфомания, появляется стремление к коррекции внешности, нарастает депрессивная симптоматика. В течение первых 2 лет возможны выраженные рецидивы синдрома, требующие стационарного лечения.

Следует отметить, что выделение нескольких стадий в течении НА носит условный характер, так как большинство симптомов устойчивы и определяются на протяжении всего заболевания. На наш взгляд, хотя дисморфоманическая стадия выделяется исследователями, она часто учитывается уже *post factum*, когда развиваются следующие стадии (аноректическая и кахектическая).

Лечение пациентов с НА определяется тяжестью заболевания и базируется на таких направлениях:

1. Коррекция нутритивного статуса.
2. Симптоматическое лечение с учетом имеющихся изменений других органов и систем.
3. Психологическая коррекция [2, 3, 14].

Фармакотерапия пациентов с НА никогда не является единственным и первостепенным звеном лечения.

Можно выделить два этапа лечения. Неспецифический, или экстренный этап, длящийся, как правило, 2–3 недели, направлен на ликвидацию тяжелых последствий недостаточности питания (устранение гипотермии, гипогликемии, нарушений водно-электролитного баланса, стабилизация сердечно-сосудистой системы). Проводится только в условиях стационара. После нормализации жизненно важных функций и электролитных нарушений, при адекватной переносимости питания, прибавке в весе больной НА переводится на этап специфического лечения. Этот этап может затянуться на длительный срок. Проводится как в стационаре, так и в амбулаторном режиме. Включает в себя, кроме нутритивного восстановления и перевоспитания, психологическую коррекцию, направленную на причину болезни.

Все лечебные мероприятия должны сопровождаться тщательным мониторингом соматического статуса пациента, в частности массы тела и специфических индикаторов соматического риска.

Показаниями к госпитализации являются:

1. Низкая масса тела или быстрое снижение массы тела.

2. Выраженный электролитный дисбаланс.
3. Температура тела меньше чем 36 °С.
4. Пульс меньше 45 ударов за 1 минуту.
5. Ортостатическое уменьшение частоты пульса больше чем на 30 ударов за 1 минуту.
6. Расстройства сознания, головокружение или другие соматические расстройства.
7. Психоз с высоким риском суицида.
8. Отсутствие эффекта от амбулаторного лечения.
9. Невозможность начать психотерапию амбулаторно.

Следует отметить, что организация качественного лечения пациентов с НА требует внимания ко многим сферам. Немаловажное значение имеет и мотивация самого больного на успех и сотрудничество с врачами разных профилей (рис. 2).

Алиментарные вмешательства без учета психологического контекста вряд ли будут успешными. Важно тесное сотрудничество между специалистами, осуществляющими психологическую терапию, и теми, кто ответственен за медицинскую помощь пациенту и за его питание, а также родственниками и друзьями пациента [16–18].

При выборе того или иного метода психотерапии следует руководствоваться:

1. Показаниями и противопоказаниями.
2. Желаниями самого пациента или его родственников.

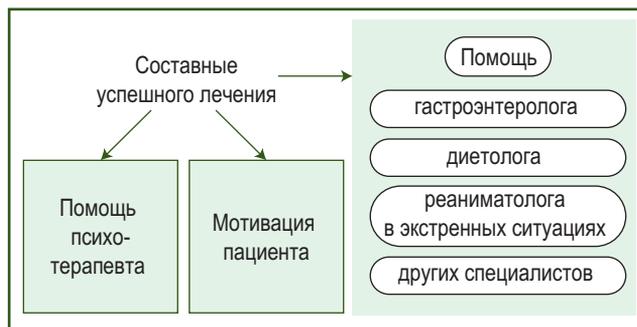
Психотерапевтические методы лечения НА включают в себя несколько направлений:

1. Когнитивная аналитическая терапия.
2. Когнитивная поведенческая терапия.
3. Интерперсональная психотерапия.
4. Фокальная психодинамическая терапия.
5. Семейная психотерапия, направленная на коррекцию расстройств питания.

Психотерапевтическое лечение проводится в стационаре и амбулаторно на протяжении длительного периода времени (не менее 12 месяцев).

**Таблица 2 — Стадии нервной анорексии**

Стадии	Развитие стадий	Клинические проявления
Дисморфоманическая	Начальная (первичная, инициальная) стадия	Преобладают мысли о собственной неполноценности и ущербности в связи с мнимой полнотой, то есть дисморфомания — патологическая убежденность в дефекте тела или отдельной его части с активным стремлением к его исправлению. Симптомы депрессии
Аноректическая	Возникает на фоне стойкого голодания	Снижение веса на 20–30 %, что сопровождается эйфорией и жесточением диеты, «чтобы похудеть еще больше». При этом больной активно убеждает себя и окружающих в отсутствии у него аппетита и изнуряет себя большими физическими нагрузками. Из-за искаженного восприятия своего тела пациент недооценивает степень похудения. Объем циркулирующей в организме жидкости уменьшается, что вызывает гипотонию и брадикардию. Это состояние сопровождается зябкостью, сухостью кожи и алопецией. Еще один клинический признак — прекращение <i>mensis</i> у женщин и снижение полового влечения и сперматогенеза у мужчин. Также нарушается функция надпочечников, вплоть до надпочечниковой недостаточности. Из-за активного распада тканей подавляется аппетит
Кахектическая	Период необратимой дистрофии внутренних органов. Наступает через 1,5–2 года	В этот период снижение веса достигает более 50 %. При этом возникают безбелковые отеки, нарушается водно-электролитный баланс, резко снижается уровень калия в организме. Данный этап, как правило, необратим



**Рисунок 2 — Составные успешного лечения больного НА**

### Клинический случай

Больная Г., 26 лет, поступила в отделение заболеваний желудка и двенадцатиперстной кишки, диетологии и лечебного питания ГУ «Институт гастроэнтерологии НАМН Украины» 06.11.2013 в связи с наличием гастроэнтерологических жалоб, быстрым снижением массы тела, отсутствием эффекта от амбулаторного лечения.

Жалобы при поступлении на вздутие живота, колющие боли в различных отделах живота сразу после приема пищи, периодический дискомфорт в левом подреберье, запор, отсутствие аппетита, похудение, отсутствие менструации в течение последних 10 лет, отеки на ногах.

Анамнез: считает себя больной около 5–6 лет с тенденцией к прогрессированию. До настоящего момента не лечилась и не обследовалась. Строгая вегетарианка последние 10 лет. Образование высшее, но не работает (домохозяйка). Живет в двухкомнатной квартире с 7 родственниками.

Объективно: общее состояние средней степени тяжести. Рост 169 см, вес 37 кг, ИМТ 12,95. Сознание ясное, фиксирована на собственных ощущениях, плаксива, тревожна. Астенизирована. Кожные покровы бледные, сухие, с пушковыми волосами, тургор и эластичность снижены. Со стороны сердечно-сосудистой системы и легких — без значительных изменений. Язык влажный, обложенный белым налетом. Живот вздут, болезненный умеренно во всех отделах. Печень и селезенка не пальпируются. Стул 1 раз в 2–3 дня, с затруднением, кал без патологических примесей.

### Обследования

Из амбулаторной карты: ультразвуковое исследование (УЗИ) щитовидной железы от 04.11.2013: признаки гипоплазии щитовидной железы. Эзофагогастродуоденоскопия от 04.11.2013: недостаточность кардии, дуоденогастральный рефлюкс, очаговый поверхностный гастрит. УЗИ органов брюшной полости (ОБП) от 04.11.2013: признаки деформации желчного пузыря, дискинезии желчевыводящих путей, МКД, свободной жидкости малого таза, колита. Компьютерная томография ОБП от 05.11.2013: признаки опухолевого панкреатита в зоне тела (до 35 мм), непрямые признаки энтероколита.

### В стационаре

УЗИ ОБП от 08.11.2013: признаки панкреатита, диффузных изменений паренхимы печени, вторичных изменений в желчном пузыре.

Р<sup>с</sup>-скопия ЖКТ от 21.11.2013: гастроптоз.

ММРІ (многофазный личностный тест) от 7.11.2013: тяжелый невроз (шкалы: ипохондрия — 83 балла, депрессия — 87 баллов, параноидальность — 96 баллов, психастения — 98 баллов, шизоидность — 99 баллов).

Общий анализ крови от 19.11.2013: Нб — 110 г/л, эритроциты —  $3,2 \times 10^{12}$ , ЦП — 1,01, лейкоциты —  $3,8 \times 10^9$ , скорость оседания эритроцитов (СОЭ) — 6 мм/час, палочкоядерные — 2 %, сегментоядерные — 52 %, эозинофилы — 2 %, лимфоциты — 41 %, моноциты — 3 %.

Общий анализ крови от 7.11.2013: Нб — 113 г/л, эритроциты —  $3,46 \times 10^{12}$ , ЦП — 0,97, лейкоциты —  $4 \times 10^9$ , СОЭ — 5 мм/час, палочкоядерные — 2 %, сегментоядерные — 49 %, эозинофилы — 5 %, лимфоциты — 41 %, моноциты — 3 %.

Биохимический анализ крови от 19.11.2013: белок — 60 г/л, билирубин общий — 10,4 мкмоль/л, аланинаминотрансфераза — 49,9 ЕД/л, аспартатаминотрансфераза — 28,3 ЕД/л, железо общее — 25,5 мкмоль/л, амилаза — 26 мг/ч · мл, глюкоза — 3,7 ммоль/л.

Общий анализ мочи от 7.11.2013: удельный вес — 1015, реакция щелочная, значительное количество фосфатов, белок и сахар не выявлены, лейкоциты 1–2 в поле зрения. Копрограмма в норме. Анализ кала на дисбиоз кишечника от 14.11.2013: лактобактерий не выявлено, повышено количество условно патогенных энтеробактерий рода *Enterobacter aerogenes* —  $10^7$  (при норме до  $10^4$ ).

**Выставлен клинический диагноз:** хронический гастрит в стадии обострения с сохраненной секрецией, Нр(–). Дуоденогастральный рефлюкс. Хронический панкреатит в стадии обострения. Дисбиоз кишечника. Белково-энергетическая недостаточность III ст. Нервная анорексия, кахектическая стадия.

### Проведенное лечение

Пептамен (смесь для энтерального питания) по 1 стакану в день перорально, фестал по 1 табл. 3 р/сут во время еды, итомед по 1 табл. 3 р/сут, креон 10 000 ЕД по 1 капс. 3 р/сут во время еды, ципралекс 10 мг 1 р/сут, гизадепам 20 мг 1/2 табл. на ночь, дуфалак по 25 мл 1 р/сут, нейрорубин внутримышечно по 2 мл № 10, инфезол 200 мл внутривенно (в/в) капельно № 10, реадон 10 мл на глюкозе 4% — 200 мл в/в капельно № 10, эссенциале 10,0 в/в струйно на аутокрови № 10, цитофлавин 10,0 на физиологическом растворе 200 мл в/в капельно № 10, индивидуальная короткофокусная психодинамическая психотерапия (10 сеансов).

### Особенности нутритивной поддержки

Исходя из соматометрических показателей пациентки (рост 169 см, вес 37 кг, ИМТ 13) была определена тяжелая степень белково-энергетической недоста-

точности. Целевой вес — 53 кг (ИМТ 18,5). Суточная потребность организма в макронутриентах и энергии на 1 кг фактической массы тела при такой степени гипотрофии составляет 2,0 г/кг белков, 2,0 г/кг жиров, 6,0 г/кг углеводов, 50 ккал/кг калорий. Исходя из этого нашей пациентке был разработан рацион питания общей калорийностью 1900 ккал, из них 74 г белка, 74 г жира, 222 г углеводов. Ожидался прирост веса от 0,5 до 1 кг/неделю.

Режим питания: 6–7 приемов небольшими порциями под присмотром персонала.

Запрещались сырые овощи и фрукты, субпродукты, жирные сорта мяса, рыбы, птицы, мясные и рыбные консервы, жирные молочные продукты, маринад, специи, маргарин, спред, лимонад, колбасы, торты.

Кулинарная обработка: приготовление на пару или отваривание.

После еды не менее 1 часа пациентка должна была соблюдать покой (лучше лежать в постели).

К пероральному питанию была добавлена энтéraleльная полуэлементная смесь пептамен (100% сывороточный гидролизат) в виде напитка, объемом 250 мл в день.

### Особенности симптоматической терапии

В первые дни питания наблюдался синдром перегрузки пищей, который проявлялся тяжестью, чувством распираания во время приема даже небольшого количества еды. Купировался приемом прокинетики итомед, ферментативным препаратом фестал. Помимо питания, проводилась коррективная дефицита микроэлементов препаратами реадон и цитофлавин в/в.

### Особенности оказания психологической помощи

Был сформирован психотерапевтический фокус, в рамках которого работали: «Как это — быть постоянно ущемленной своей мамой».

Слова пациентки: «...Когда я с мамой, меня половина. Все, что я говорю, мои мысли, мое поведение — все является неправильным. Я не так хожу, не так говорю, не так стою, я все делаю не так. Наверное, я просто ошибка, которая появилась на свет. Я бы хотела набрать вес, но когда буду полностью здоровой, она не будет меня совсем жалеть, а будет просто ненавидеть еще больше. (Комментарии: симптом, ее состояние — как второстепенная выгода от болезни.) ...Когда я такая несчастная и на меня страшно смотреть, мама не будет меня пилить и ругать... Она никогда не понимала, что это конфликт между ней и мной, она всегда считала, что это проблема употребления еды». (Комментарии: очень много чувств не проработано. Это и развод родителей. Когда пациентке было 20 лет, отец ушел в другую семью. Она восприняла это как предательство и не хотела говорить о нем. Описывала отца как беспокойного, часто раздраженного.) ...Моя мама очень давила на него, а он часто пил... Когда мне дают есть, я сразу ощущаю себя как ведро для мусора и очень хочется оттуда все выкинуть. Совсем неважно как, поносом или рвотой...»

Осуществлялся постоянный мониторинг веса и психоэмоционального состояния пациентки, гемодинамических показателей (артериальное давление, частота сердечных сокращений, частота дыхания, температура), лабораторных маркеров (клинические анализы крови и мочи, биохимический анализ крови).

Пациентка выписана на 24-е сутки (30.11.2013) по настоянию с улучшением. Учитывая сложность и обязательную длительность терапии НА, у пациентки был достигнут частичный положительный эффект: отмечалось уменьшение выраженности болевого синдрома в животе, тревожности, улучшение настроения, нормализовался стул. Набор пациенткой веса (в среднем 400–450 г за неделю) также трактовался как положительный результат лечения в стационаре.

Были даны советы по питанию, рекомендовано принимать пептамен до нормализации веса, омега-3, витаминно-минеральный комплекс витрум энержи, кальций D<sub>3</sub>. Сделан акцент на необходимости психотропной терапии препаратом ципралекс до 5–6 мес.

### Выводы

1. НА — это серьезное, трудно поддающееся лечению заболевание, требующее участия многих специалистов в подборе комплексной терапии (прежде всего диетолога и психотерапевта, а также гастроэнтеролога, кардиолога, гинеколога и т.д. в зависимости от присутствующей клинической симптоматики).

2. Лечение НА включает в себя несколько этапов. Неспецифический, или экстренный, этап направлен на ликвидацию тяжелых последствий недостаточности питания и проводится только в условиях стационара. Этап специфического лечения наступает после нормализации жизненно важных функций, при адекватной переносимости питания, прибавке в весе. Проводится как в стационаре, так и в амбулаторном режиме. Включает в себя, кроме нутритивного восстановления и перевоспитания, психологическую коррекцию, направленную на причину болезни. Все лечебные мероприятия должны сопровождаться тщательным мониторингом соматического статуса пациента, в частности массы тела и специфических индикаторов соматического риска.

3. Прогноз лечения при НА зависит от своевременной диагностики данного заболевания и обусловленных им осложнений, принятия адекватных лечебно-тактических решений и мотивирования больного к проведению терапии и выздоровлению.

### Список литературы

1. Bulik C. Prevalence, Heritability, and Prospective Risk Factors for Anorexia nervosa / C. Bulik, F. Patrick // Archives of General Psychiatry. — 2006. — № 63. — P. 305–312.
2. Коркина М.В. Нервная анорексия / М.В. Коркина, М.А. Цивилько, В.В. Марилов. — М.: Медицина, 1986. — 176 с.
3. Любан-Плюцца Б. Психосоматический больной на приеме у врача / Б. Любан-Плюцца, В. Пельдингер, Ф. Крегер. — СПб.: НИИ им. В.М. Бехтерева, 1994. — 245 с.

4. Исаев Д.Н. Эмоциональный стресс, психосоматические и соматопсихические расстройства у детей / Д.Н. Исаев. — СПб.: Речь, 2005. — 400 с.
5. Николаева Н.О. История и современное состояние исследований нарушений пищевого поведения (культурные и психологические аспекты) / Н.О. Николаева // Клиническая и специальная психология. — 2012. — № 1. — С. 23-27.
6. *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10<sup>th</sup> Revision (ICD-10) Version for 2010.*
7. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Health Disorders' 5<sup>th</sup> edition / American Psychiatric Publishing, 2013. — 5 edition. — P. 991.*
8. Davis C. *Not just a pretty face: physical attractiveness and perfectionism in the risk for eating disorders / C. Davis, G. Claridge, J. Fox // International Journal of Eating Disorders. — 2000. — Vol. 27, № 1. — P. 67-73.*
9. Devlin B. *Linkage analysis of anorexia nervosa incorporating behavioral covariates / B. Devlin, S.A. Bacanu, K.L. Klump [et al.] // Human Molecular Genetics. — 2002. — № 11. — P. 689-696.*
10. Lloyd S. *Perfectionism in anorexia nervosa: novel performance based evidence / S. Lloyd, J. Yiend, U. Schmidt, K. Tchanturia // PLoS One. — 2014. — № 31; 9(10). — e111697.*
11. Hunt D. *Diagnosing and managing anorexia nervosa in UK primary care: a focus group study / D. Hunt, R. Churchill // Fam. Pract. — 2013. — № 30(4). — P. 459-65.*
12. Hay P.J. *A qualitative exploration of influences on the process of recovery from personal written accounts of people with anorexia nervosa / P.J. Hay, K. Cho // Women Health. — 2013. — № 53(7). — P. 730-40.*
13. Клиника и лечение соматоневрологических и психических расстройств на кахектическом этапе нервной анорексии / М.С. Артемьева, Р.А. Сулейманов, А.Р. Темирова [и др.] // Неврологический вестник. — 2007. — № 3. — С. 39-44.
14. *Nutritional rehabilitation in anorexia nervosa: review of the literature and implications for treatment / E. Marzola, J.A. Nasser, S.A. Hashim [et al.] // BMC Psychiatry. — 2013. — № 13. — P. 290.*
15. Цель нутритивной поддержки больных нервной анорексией / В.Н. Сергеев, В.И. Михайлов, Л.В. Тарасова [и др.] // Вестник неврологии, психиатрии и нейрохирургии. — 2013. — № 7. — С. 25-41.
16. Методические рекомендации по лечебному питанию при нервной анорексии: отчет совета CR 130 / К. Winston, S. Gowers, A. Jackson [et al.] // Обзор современной психиатрии. — 2006. — № 2.

Получено 20.05.15 ■

Демешкіна Л.В., Сердюченко О.М., Птушкіна Д.О., Петішко О.П.  
ДУ «Інститут гастроентерології НАМН України», м. Дніпропетровськ

### НЕРВОВА АНОРЕКСІЯ: ОГЛЯД І КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК

**Резюме.** Стаття присвячена актуальній проблемі — нервовій анорексії. Автори розглядають дану проблему з урахуванням сучасних знань і рекомендацій стосовно нервової анорексії. У статті наведені дані про поширеність, критерії діагностики, стадії, клінічні і сучасні підходи до лікування

нервової анорексії. Детально проаналізований випадок виявлення та лікування нервової анорексії в умовах стаціонара у хворої Г.

**Ключові слова:** нервова анорексія, поширеність, клініка, лікування.

Demeshkina L.V., Serdiuchenko O.N., Ptushkina D.A., Petishko O.P.  
State Institution «Institute of Gastroenterology of National Academy of Medical Sciences of Ukraine», Dnipropetrovsk, Ukraine

### ANOREXIA NERVOSA: REVIEW AND CLINICAL CASE

**Summary.** The article deals with an actual problem — *anorexia nervosa*. The authors consider this problem taking into account up-to-date knowledge and recommendations concerning *anorexia nervosa*. Data on the prevalence, criteria of diagnostics, stages, clinical manifestations and modern approaches to the treatment of *anorexia*

*nervosa* are provided in the article. The paper analyzed in detail a clinical case of detection and treatment of *anorexia nervosa* in the hospital in a patient H.

**Key words:** *anorexia nervosa*, prevalence, clinical picture, treatment.