



УДК 616.88-088.44+616.8.91.4+615.874.2



ПТУШКИНА Д.А.
ГУ «Институт гастроэнтерологии НАМН Украины», г. Днепропетровск

КАК НАКОРМИТЬ ПАЦИЕНТА С НЕРВНОЙ АНОРЕКСИЕЙ?

Резюме. В статье рассматриваются проблемы нутритивной реабилитации больных нервной анорексией, методы оценки нутритивного статуса, пищевое поведение, восстановление и скорость набора веса, этапы лечения, энтеральное питание.

Ключевые слова: нервная анорексия, белково-энергетическая недостаточность, вес, энергетическая ценность рациона.

Организация качественного лечебного питания пациентов с нервной анорексией (НА) требует внимания ко многим сферам. Алиментарные вмешательства без учета психологического контекста вряд ли будут успешными [4, 6]. Важно тесное сотрудничество между специалистами, осуществляющими психологическую терапию, и теми, кто ответствен за медицинскую помощь пациенту и за его питание, а также родственниками и друзьями пациента (рис. 1).

Клинически у пациентов с анорексией на первый план выступают проявления белково-энергетической недостаточности (БЭН).

Белково-энергетическая недостаточность (БЭН), или белково-калорийная недостаточность, алиментарная дистрофия, субстратно-энергетическая недостаточность, — состояние, характеризующееся развитием симптомов дефицита белков и энергии, а также других нутриентов (жиры, углеводы, витамины, минеральные вещества) в результате относительной или абсолютной их недостаточности, которая развивается вследствие частичного или полного голодания.

МКБ-10

БЭН тяжелой степени тяжести E43

БЭН легкой и умеренной степени тяжести E44

Классификация БЭН

Белково-энергетическая недостаточность бывает легкой, умеренной или тяжелой степени (табл. 1).

Для выявления случаев БЭН у пациентов проводят определение соматометрических и клинико-лабораторных показателей [8].

Соматометрические показатели: дефицит массы тела, индекс массы тела (ИМТ), окружность средней трети нерабочего плеча в сантиметрах (характеризует запасы мышечного слоя), толщина кожно-жировой складки над трицепсом по задней поверхности плеча, измеренная с помощью калипера-адипометра (характеризует жировые запасы организма).

Клинико-лабораторные показатели: общий белок, альбумин, трансферрин сыворотки крови, абсолютное количество лимфоцитов в периферической крови.

Следует учитывать тот факт, что показатели белков крови косвенно отражают состояние внутренних органов, поскольку при истощении резервного пула протеинов крови он пополняется за счет висцерального белка.

Отмечено, что на сегодняшний день существует небольшое количество научных работ, посвященных восстановительному питанию при НА. Базисом этой статьи является работа «Пищевая реабилитация при нервной анорексии: обзор литературы и принципы нутритивного лечения» группы американских авторов Enrica Marzola, Jennifer A. Nasser, Sami A. Hashim, Peian Betty Shih and Walter H. Kaye, опубликованная в журнале «ВМС Psychiatry» в 2013 г. [1]. Данный обзор интересен тем, что в нем проведен анализ литературных данных, относящихся к особенностям питания при НА, за период 1960–2012 гг. Целью этой работы явля-

© Птушкина Д.А., 2015

© «Гастроэнтерология», 2015

© Заславский А.Ю., 2015

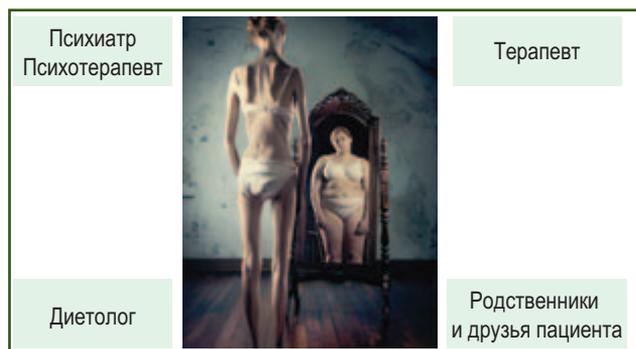


Рисунок 1 — Кто может повлиять на результат лечения пациента с НА

ется также стремление привлечь внимание к необходимости проведения фундаментальных исследований в данной сфере, чтобы лечение НА было научно обосновано в будущем. Рассматриваются такие аспекты, как пищевое поведение, восстановление веса, роль физических упражнений и обмена веществ в устойчивости к увеличению веса, медицинские последствия восстановления массы тела, скорость прироста массы, поддержание веса, употребление питательных веществ.

Пищевое поведение

Известно, что пациенты с НА по сравнению со здоровыми ограничивают общее потребление калорий и избегают высококалорийных продуктов. Этим пациентам присуще низкокалорийное, нерегулярное питание, вегетарианство, выбор узкого ассортимента продуктов питания, однообразная еда.

В среднем больные НА потребляют всего лишь 35 % от должной суточной калорийности.

Следует отметить, что здоровые молодые женщины, как правило, потребляют около 30–40 ккал/кг в день. Для женщины с весом 50 кг это означает,

что суточный калораж составляет 1500–2000 ккал. А пациенты с НА, как правило, с трудом потребляют больше чем 10–20 ккал/кг в сутки. Таким образом, при весе пациентки с НА 30 кг суточный калораж составит от 300 до 600 ккал.

В исследованиях, оценивающих разницу в употреблении продуктов питания между пациентами с НА и здоровой контрольной группой, показано низкое употребление всех типов жира и значительное повышение использования пищевых волокон.

Данные об употреблении белка и углеводов в разных исследованиях были противоречивы. В одних указывалось увеличение их квоты, в других — снижение (табл. 2).

Наблюдение за пациентами после выписки из больницы показало, что они, как правило, возвращаются к патологическому питанию и низкокалорийному рациону.

Что известно о восстановлении веса?

Пищевое и весовое восстановление — основной компонент программ по лечению НА. Несмотря на это, в данной области относительно мало исследований.

При хроническом голодании энергетические потребности снижены из-за уменьшения массы клеток тела, а также из-за наличия защитной метаболической реакции на голодание. Таким образом, можно добиться прибавки веса при относительно низком потреблении энергии в начале и постепенном его повышении, что дает пациенту время для адаптации к возрастающему потреблению.

Чтобы получить рекомендуемый прирост веса от 0,5 до 1 кг в неделю (при стационарном лечении), потребление калорий необходимо увеличивать постепенно в течение долгого времени, до количества от 60 до 100 ккал/кг/день [5].

Таблица 1 — Классификация БЭН

| Показатель | Норма | БЭН | | |
|--|-----------|-----------|-----------|---------|
| | | Легкая | Умеренная | Тяжелая |
| Соматометрические показатели | | | | |
| Дефицит массы тела, % | < 10 | 10–15 | 15–25 | > 25 |
| Индекс массы тела | 18,5–25 | 18,5–17,0 | 17,0–15,0 | < 15 |
| Окружность плеча, см | | | | |
| Мужчины | 25,7–23 | 23–20,4 | 20,4–18,0 | < 18,0 |
| Женщины | 23,4–21 | 21–18,9 | 18,9–16,4 | < 16,4 |
| Толщина складки над трицепсом, см | | | | |
| Мужчины | 10,5–9,5 | 9,5–8,4 | 8,4–7,4 | < 7,4 |
| Женщины | 14,5–13,0 | 13,0–11,6 | 11,6–10,1 | < 10,1 |
| Клинико-лабораторные показатели | | | | |
| Общий белок, г/л | > 65 | 65–55 | 55–45 | < 45 |
| Альбумин, г/л | > 35 | 35–30 | 30–25 | < 25 |
| Трансферрин, г/л | > 2,0 | 2,0–1,8 | 1,8–1,6 | < 1,6 |
| Число лимфоцитов, мкл | > 1800 | 1800–1500 | 1500–900 | < 900 |

Таблица 2 — Употребление макронутриентов и пищевой клетчатки пациентами с НА

| | Когорта | Жиры, % | Углеводы, % | Клетчатка, % | Белки, % |
|-----------------------|---------------|---------|-------------|--------------|----------|
| Misra, 2006 | Подростки | ↓ | | ↑ | |
| Hadigan, 2000 | Взрослые | ↓ | ↑ | | ↓ |
| Fernstrom, 1994 | Взрослые | ↓ | ↑ | | = |
| Beaumont, 1981 | Взрослые | ↓ | = | | ↑ |
| Jáuregui Lobera, 2009 | Взрослые | ↓ | ↓ | = | ↓ |
| Gwirtsman, 1989 | Взрослые | ↓ | ↓ | | ↓ |
| Affenito, 2002 | Подростки | ↓ | | | |
| Russell, 1967 | И те и другие | ↑ | ↓ | | ↑ |

Роль типа обмена веществ и физических упражнений в устойчивости к увеличению веса

Различия в метаболическом типе могут играть ключевую роль в темпе набора веса.

Различают следующие виды энергетического обмена:

1. Первый тип — «организм-скряга» (гипометаболизма).
2. Второй тип — идеальный энергетический обмен.
3. Третий тип — «организм-транжира» (гиперметаболизма).

Первый тип (гипометаболизм). Для него характерна очень высокая эффективность энергообмена с повышенным накоплением энергии про запас в виде жировой ткани. Все полученные с пищей калории расходуются экономно. Встречается этот тип энергообмена у 5–10 % людей. Такие люди очень медленно худеют, а при даже небольшом повышении потребления пищи быстро набирают вес.

Второй тип. Характерна высокая приспособляемость к внешним изменениям (количеству пищи, изменению энергозатрат) и устойчивая постоянная масса тела.

Третий тип (гиперметаболизм). Наблюдается малая способность к накоплению энергии в жировой ткани. Калории, полученные с пищей, практически полностью сгорают. Это вечные худышки.

Пациенты с НА, как правило, становятся гиперметаболическими. Они легко худеют, и им нужно съедать большое количество пищи, чтобы набрать вес. Но если в прошлом эти люди страдали избыточным весом или ожирением, то им необходимо небольшое количество пищи для нормализации веса.

Следует отметить, что чрезмерные физические упражнения являются общим поведением, демонстрируемым пациентами с НА. Несмотря на тяжелое истощение, многие длительно стоят, совершают беспокойные движения, бегают, активно посещают фитнес-залы.

Такое увеличение физической активности должно учитываться при определении энергоценности рациона. Кроме того, следует рекомендовать пациентам постельный режим или ограничение физической активности.

Также есть доказательства того, что потребляемая энергия может быть преобразована в тепло, а не быть направлена на пластику тканей. Пациенты с НА часто жалуются на потливость, чувство жара во время восстановительного питания, особенно в ночное время.

Это, вероятно, связано с повышением энергозатрат на специфически-динамическое действие пищи (СДДП). СДДП связывают с усилением окислительных процессов, необходимых для переваривания пищи, поэтому прием еды сопровождается повышением основного обмена на 14–15 % у здоровых людей, а при НА — до 30 %.

Кроме того, предполагается, что повышение термогенеза в период интенсивного питания может быть также тесно связано с изменениями в гормональной сфере или вегетативной нервной системе.

Принципы пищевой реабилитации при НА

Цели питания при реабилитации:

- восстановление веса;
- нормализация режима питания;
- достижение нормального восприятия чувства голода и сытости;
- правильная корректировка биологических и психологических последствий недоедания.

План лечебного питания должен быть четким. В нем следует указать целевой вес, суточную калорийность пищи, ожидаемый темп прибавки веса, запрещенные продукты.

Определение целевого веса

Общепринятой практикой является определение целевого веса в начале лечения. Отсутствует четкое согласие относительно того, как определять целевой вес. Достаточно распространенная практика заключается в том, что он рассчитывается, исходя из минимальной нормальной массы тела, например ИМТ 18,5. Это, по-видимому, необходимо модифицировать, исходя из индивидуальных обстоятельств, например, если преморбидный стабильный вес пациента был значительно выше или ниже указанного. Иногда стоит согласиться на более низкий целевой вес — например в качестве части плана специализированного лечения или в резистентных случаях, когда много-

кратные попытки лечения не приводят к достижению нормального веса.

Следует отметить, что возобновление менструации часто является более точным маркером адекватного восстановления веса.

Ожидаемый темп прибавки веса

В работе по достижению целевого веса следует установить ожидаемые темпы его контролируемой прибавки. У большинства пациентов с НА средний недельный прирост веса должен составлять от 0,5 до 1 кг в стационарных условиях и до 0,5 кг в амбулаторных условиях. Для этого требуется около 3500–7000 дополнительных калорий в неделю.

Прибавка более 1 кг в неделю должна вызывать опасения в плане задержки жидкости в организме и сердечной недостаточности [5, 7].

Энергетическая ценность рациона

На начальном этапе (начальная фаза увеличения массы тела) энергетическая ценность рациона должна составлять от 30 до 40 ккал/кг/день (1000–1600 ккал/день).

Затем по формуле 30 ккал/кг/день + 500 ккал/день каждые 5–7 дней.

В фазу контролируемого увеличения веса — 70–100 ккал/кг/день (женщины — 3000–4000 ккал/день, мужчины — 4000–4500 ккал/день).

В фазу поддержки — 40–60 ккал/кг/день.

После возвращения к здоровому весу все также требуется повышенное потребление калорий для его поддержания для лучшего прогноза в долгосрочной перспективе. Несоблюдение этой рекомендации может привести к рецидиву (наблюдается в 50 % случаев).

Последствия восстановления массы тела

На ранних стадиях возобновления питания наблюдается синдром перегрузки пищей [2, 3]. Именно в этот период высок риск возникновения нарушений баланса жидкости, биохимических и сердечно-сосудистых отклонений, поэтому следует тщательно контролировать состояние пациентов. Эти нарушения наиболее вероятны в течение одной-двух недель возобновления питания.

Побочных эффектов можно избежать или свести их к минимуму, начав с приема небольшого количества пищи и постепенно увеличивая его.

Лабораторно этот синдром характеризуется гипофосфатемией, гипомагниемией, гипокалиемией, нарушением толерантности к глюкозе, задержкой жидкости и дефицитом тиамина.

Клинические последствия — сердечная недостаточность, острый панкреатит, острое расширение желудка.

Биохимические признаки нарушения функции печени могут отмечаться в начале или на протяжении периода возобновления питания. Они, по-видимому, могут проходить самостоятельно, однако должны быть исключены другие причины дисфункции печени.

Замедленное опорожнение желудка может вызывать чувство быстрого насыщения или вздутие. В таком случае помогает частое дробное питание.

На ранних стадиях возобновления питания у некоторых пациентов могут возникать периферические отеки. Особенно часто это наблюдается у пациентов, злоупотреблявших слабительными или провоцировавших у себя рвоту перед поступлением на лечение. В тяжелых случаях это приводит к быстрому увеличению массы тела на несколько килограммов. Отеки в период возобновления питания необходимо дифференцировать с сердечной недостаточностью.

Железо. Низкое содержание гемоглобина может указывать на дефицит железа. Однако уровень гемоглобина может повыситься искусственно вследствие дегидратации, а кажущаяся анемия в начале лечения может быть результатом задержки жидкости и гидремии; следовательно, получаемые результаты необходимо интерпретировать с осторожностью. Кроме того, уменьшение массы тела сопровождается уменьшением массы эритроцитов. Железо меньшей массы эритроцитов не может выделяться, следовательно, оно накапливается, связываясь в виде ферритина. Источником повышенного риска является несвязанное железо, которое действует как центр для образования свободных радикалов и, следовательно, повреждения клеток. Таким образом, у индивидов с выраженной недостаточностью питания существует препятствие для эффективного использования железа, и в этой ситуации препараты железа невозможно использовать для достижения хороших результатов. Пищевые добавки железа в ранней стадии возобновления питания у этой категории пациентов ассоциировались с повышенным показателем смертности. Как только устраняются острые метаболические нарушения и восстанавливается клеточный метаболизм, возвращается способность к восстановлению функций тканей и массы эритроцитов. Вначале железо извлекается из депо, чтобы удовлетворить требованиям восстановления клеток и увеличения массы эритроцитов, однако на определенной стадии этот резерв исчерпывается, и тогда может возникнуть потребность в пищевых добавках железа.

Натрий. Гипонатриемия может быть следствием диареи и рвоты, злоупотребления мочегонными средствами или чрезмерного потребления воды. Может вызвать спутанность сознания и в экстремальных случаях отек мозга и судороги. Способ купирования гипонатриемии зависит от причины: замещение соли и воды необходимо в случае дегидратации, тогда как гипонатриемии, вызванную разбавлением, следует лечить ограничением потребления жидкости.

Цинк. Дефицит цинка вызывает нарушение восприятия вкуса, а также разнообразные нейропсихопатологические симптомы. Высказывается предположение, что использование препаратов цинка повышает интенсивность прибавки веса, однако эти данные пока еще нуждаются в подтверждении.

Кроме вышеуказанного, необходимо обратить внимание на дефицит фолиевой кислоты, витамина B₁₂,

рибофлавина, витаминов С, D, кальция и других макро- и микроэлементов. Необходим их контроль и коррекция за счет пищевых продуктов и дополнительного назначения витаминных и минеральных препаратов.

Можно выделить два этапа лечения:

- неспецифический, или экстренный (2–3 недели),
- специфический (длительный).

Неспецифический, или экстренный, этап

Тяжелая недостаточность питания является критическим с медицинской точки зрения состоянием, при котором необходимо безотлагательно устранить гипотермию, гипогликемию, нарушение электролитного обмена, обезвоживание и стабилизировать деятельность сердечно-сосудистой системы.

Полное парентеральное питание следует использовать при тяжелой степени БЭН и тяжелом поражении ЖКТ.

Энтеральное питание

Если пациент отказывается от приема пищи, то для сохранения его жизни предпочтительнее использовать энтеральное питание, а не парентеральное [2].

Выбор смесей зависит от степени питательной недостаточности, характера и тяжести течения заболевания, степени сохранности функций желудочно-кишечного тракта.

Виды смесей для энтерального питания:

1. Стандартные.
2. Полуэлементные смеси.
3. Модульные смеси.
4. Смесей направленного действия.

Качественные смеси должны:

- иметь достаточную энергетическую плотность (не менее 1 ккал/мл);
- не содержать лактозы и глютена;
- иметь низкую осмолярность (не более 300–340 мосм/л);
- иметь низкую вязкость;
- не вызывать избыточной стимуляции кишечной моторики;
- содержать достаточные данные о составе и производителе питательной смеси, а также указания на наличие генетической модификации нутриентов (белков).

Стандартные смеси содержат все необходимые макро- и микронутриенты в соответствии с суточными потребностями организма. Белки содержатся в цельном, негидролизованном виде (молочные, соевые). Жиры представлены растительными маслами (подсолнечное, соевое, кукурузное и др.). Углеводы — в виде мальтодекстринов (гидролизаты крахмала).

Стандартные смеси используются в большинстве клинических ситуаций, когда имеются показания к энтеральному питанию, за исключением выраженных нарушений пищеварения и всасывания нутриентов, а также органной патологии (печеночной, почечной и др.).

Полуэлементные смеси представляют собой также полностью сбалансированные нутриенты, в которых

белки представлены в виде пептидов и аминокислот (белковых гидролизатов). Они назначаются при выраженных расстройствах пищеварительной и всасывательной функции (мальабсорбция, диарея), в том числе в раннем послеоперационном периоде.

Модульные смеси содержат только один из нутриентов (белок, жир) или отдельные аминокислоты (глутамин), регуляторы метаболизма (L-карнитин). Они используются для дополнения рациона искусственного или обычного лечебного питания.

Протеиновые модули (белковые гидролизаты) направлены на увеличение белковой квоты в суточном рационе и используются при повышении белковой потребности или потере белка.

Энергетический модуль (состоящий из мальтодекстрина) позволяет увеличить энергетическую ценность диеты.

Модуль среднецепочечных триглицеридов содержит жирные кислоты с 6–12 атомами углерода (капроновую, каприловую и др.), которые всасываются без участия липазы и желчных кислот, в тонкой кишке — в кровь воротной вены, а не в лимфу. Этот модуль назначается при нарушениях переваривания, всасывания и усвоения жиров.

Модуль L-карнитина способствует окислению жиров в митохондриях клеток. В обычной пище карнитин содержат только мясные продукты. Он назначается при истощении любого происхождения, при беременности и кормлении грудью, на фоне разгрузочных и вегетарианских диет, в спортивном питании.

Модульные смеси могут использоваться для обогащения обычного перорального рациона и добавляться в натуральные продукты (каши, супы и т.п.).

Смеси направленного действия созданы таким образом, чтобы корректировать нарушения метаболизма, типичные для данной патологии (печеночная, почечная, дыхательная недостаточность, нарушения иммунитета, сахарный диабет).

Используются в виде:

- напитка,
- добавки к пище,
- энтерального зондового питания.

Зондовое кормление играет ограниченную роль в лечении НА, однако в некоторых ситуациях без него не обойтись. Решение о назначении зондового кормления относится к числу сложных и трудных, поэтому всегда должно приниматься осторожно. Эта процедура необходима в том случае, если речь идет о сохранении жизни пациента, однако ее можно практиковать в минимально короткий промежуток времени. У пациентов, находящихся в критическом состоянии, зондовое кормление позволяет добиться более высокой степени контроля потребления пищи. Иногда пациенты предпочитают искусственное кормление, поскольку это лишает их чувства ответственности за прием пищи. Однако чаще назогастральное кормление может приносить страдания пациенту и восприниматься им как насилие.

Рекомендуется проводить его до тех пор, пока у пациента не исчезнет опасность для соматического со-

стояния (т.е. при ИМТ = 14 кг/м²), а не продолжать до тех пор, пока не будет достигнут нормальный вес.

Пути зондового кормления:

— назогастральный зонд,

— назоеюнальный зонд, который позволяет преодолеть проблемы, возникающие в результате замедленной эвакуации содержимого желудка и желудочно-рефлюкса.

В период проведения зондового кормления пациенты нуждаются в тщательном контроле соматического состояния из-за связанных с ним возможных рисков, в особенности при нарушениях водно-солевого баланса. Чтобы свести к минимуму осложнения, зондовое кормление рекомендуется начинать медленно. Уровень электролитов в крови должен проверяться как минимум 1 раз в день, с немедленной коррекцией дефицитов. До стабилизации состояния пациента необходимо еженедельно исследовать функцию печени и проводить развернутый анализ крови. Вначале уровень глюкозы в крови должен проверяться каждые 4–6 часов, так как может развиться гипергликемия. Тщательно должен фиксироваться водный баланс. В начале зондового кормления существует риск гипофосфатемии и острого дефицита тиамина. Могут понадобиться дополнительные минеральные добавки. До начала зондового кормления пациентам рекомендовано парентеральное введение витаминов группы В и С.

Следует использовать стандартные изотонические — 1 ккал/мл (4,2 кДж/мл) — смеси. Концентрированные (гиперкалорические) смеси бесполезны, они вызывают чрезмерную осмотическую нагрузку на кишечник и чрезмерную водную нагрузку на почки.

Пероральное питание

С 4–5-го дня к энтеральному питанию подключают пероральный прием свежеприготовленного фруктового пюре из зеленого яблока, банана, груши. При первоначальном приеме — объем чайной ложки, далее постепенно нарастает до 100–150 мл. Питьевой режим может быть увеличен в объеме по состоянию больного. Режим питания — до 6–8 раз в сутки.

С 7–8-го дня вводится овощное пюре из отварной моркови, свеклы, запаренной репы, зерновой хлеб, овощные отвары, фруктовые, ягодные и овощные соки, разведенные в 2–3 раза кипяченой водой. Разрешается питье щелочной минеральной воды без газа.

С 11–12-го дня каждая порция доводится до объема 150–250 мл, в промежуточные кормления — 100–150 мл. Энтеральные сбалансированные смеси следует употреблять в виде напитков. Вводятся каши — овсяная, рисовая, гречневая — без соли и сахара, овощные супы и овощные суфле с растительным маслом (рапсовое, подсолнечное от 1 до 5 мл), зеленью. Режим питания — 5–6 раз в день.

Через три недели постепенно вводятся животные белки — несладкий обезжиренный (или жирностью не более 1 %), первоначально разведенный в 2 раза кефир (простокваша, йогурт), обезжиренный домашний творог с яблочным пюре, паровые белковые омлеты и т.п.

Должен проводиться ежедневный контроль артериального давления, пульса, массы тела.

Специфический этап (7–8 недель)

При адекватной переносимости смешанного энтерально-перорального питания, подтверждающейся нормализацией жизненно важных функций и электролитного баланса, прибавкой в весе 3–4 кг к концу неспецифического этапа лечения (три недели стационарного лечения), больной с нервной анорексией переводится на этап специфического лечения.

Режим питания: 6–7 приемов пищи небольшими порциями под присмотром персонала. При этом 2–3 приема за счет сбалансированных смесей (например, второй завтрак и поздний ужин).

Соотношение белки/жиры/углеводы = 20/30/50 %.

Запрещено: 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 часа больные должны соблюдать покой (лучше лежа в постели).

Режим полупостельный, затем общий.

С 4–5-й недели вводятся нежирные сорта рыбы: минтай, лещ, путассу и пр. (в виде суфле).

На завтрак и ужин можно давать по два блюда общим объемом до 300 мл, обед — три блюда, до 500 мл.

С 6-й недели (при нормальной адаптации) можно добавить постное мясо птицы: курица, индейка отварная (первоначально в виде суфле), цельный нежирный кефир, блюда из песочного нежирного теста, горький шоколад.

С 7-й недели — сливочное, топленое масло от 5 до 15 г на прием, маложирный сыр.

Сладости: простое мороженое, с изюмом или орехами, мед 1–2 чайные ложки в день.

Рекомендовано обеспечить 2–3-разовый прием белка в течение дня.

Дневное потребление жира должно быть постепенно увеличено до 30–50 г в день.

Макаронные изделия, говядина, нежирная свинина, искусственные сладости (торты, жирное печенье) разрешаются через 6–12 месяцев.

Постепенно происходит адаптация больного сначала к щадящему, а затем и к стандартному варианту диетического питания с индивидуальной модификацией в сторону повышения суточной квоты белка.

После выписки из стационара больные должны переводиться на поддерживающее лечение в амбулаторных условиях современными антидепрессантами с постоянным систематическим контролем веса больных.

У большей части больных через 5–7 месяцев может наступить рецидив анорексии, поэтому им может понадобиться повторная госпитализация. Лечение таких пациентов длительное, занимает месяцы, порой даже годы.

Лечебное питание пациентов с НА в амбулаторных условиях

Комплексное амбулаторное лечение больных НА проводится по той же схеме (с небольшими вариациями), что и в стационаре, так как всех мероприятий в полном объеме на этапе неспецифического лечения не требуется. Необходимо больше внимания уделять работе не только с больными, но и с их родственниками, чтобы создать наиболее приемлемый «семейный климат» и обеспечить правильный режим жизни больных.

Наиболее эффективен индивидуальный подход. Оптимальная интенсивность прибавки веса определяется рядом факторов, включая текущий вес, уровень мотивации, частоту контактов и возможности осуществлять контроль состояния соматического здоровья. С точки зрения риска осложнений при слишком быстрой прибавке веса прибавка более чем на 0,5 кг в неделю, вероятно, неблагоприятна. Пациентам рекомендован регулярный контроль уровня общего и биохимического анализа крови. Необходимо подчеркнуть, что при

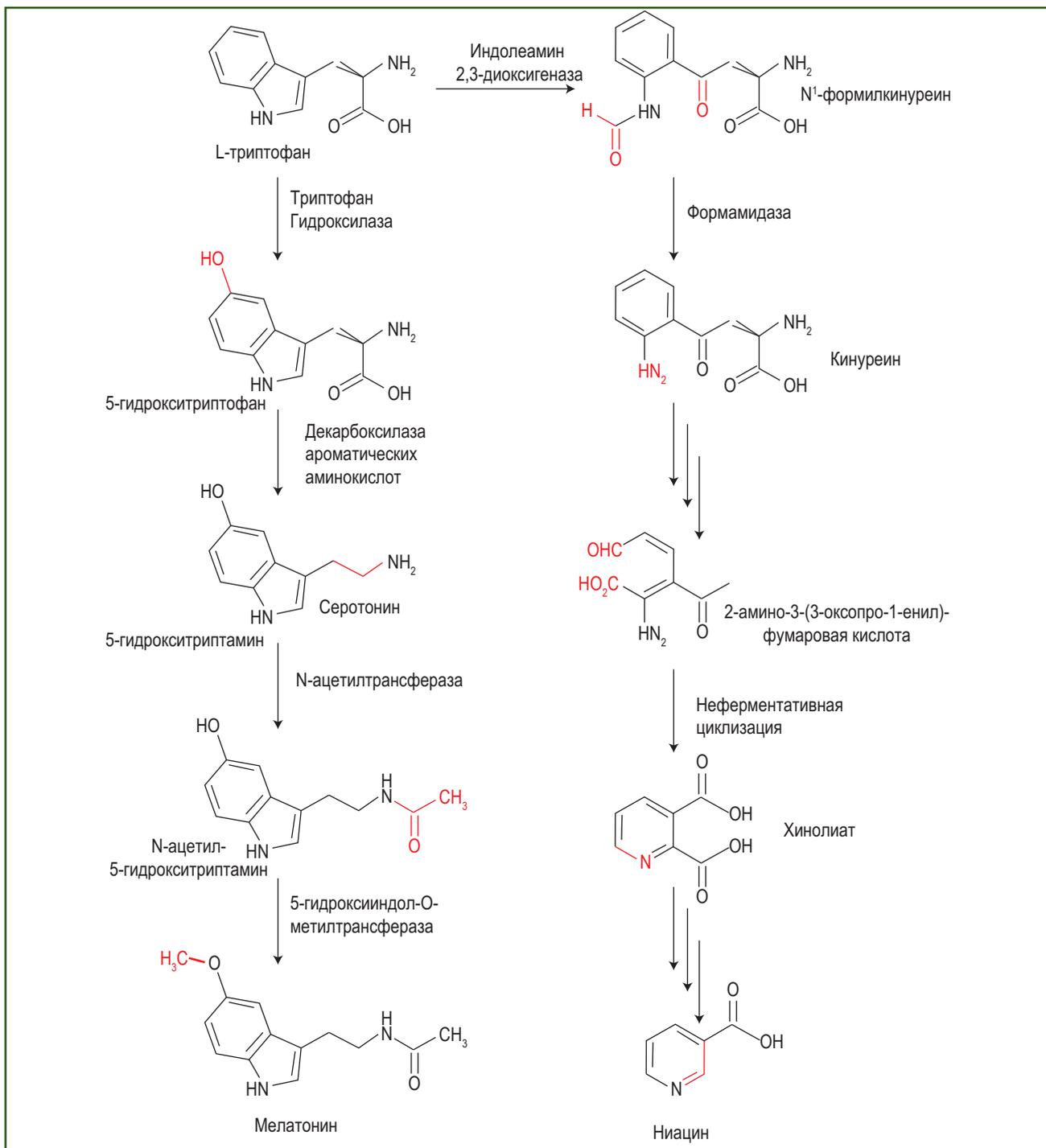


Рисунок 2 — Метаболизм триптофана

чисто амбулаторном ліченні выздоровлення больно-го займає більше часу і во багато залежить від відносин родичів до больно-го і їх участя в ліченні.

Крім того, як стаціонарним, так і амбулаторним пацієнтам рекомендується додатковий прийом макро- і мікроелементів, поліненасичених жирних кислот (класу омега-3), про- і пребіотиків.

Триптофан

Важким аспектом в харчуванні пацієнтів з НА являється адекватне надходження в організм триптофану, який належить до групи незамінних гетероциклічних амінокислот і широко відомий завдяки своєму здатності посилювати виробку нейротрансмітера в головному мозку — серотоніну, відповідального за настрій, якість сна і сприйняття болю (рис. 2). Крім того, він грає важливу роль, допомагаючи організму виробляти гормон мелатонін (гормон сну) і вітамін В₃ (вітамін РР, нікотинова кислота, ніацин). Тем самим покращує настрій і сон, зменшує почуття тривоги, страху, напруження, знімає депресивне стан, сприяє зменшенню шкідливого впливу нікотину, зменшує болючість, стимулює виробку гормону росту і сприяє процесам росту і регенерації тканин.

Активно застосовується в ліченні НА, так як покращує апетит і по вищезазначених причинах. Крім того, потреба в триптофані зростає при депресії, підвищеній подразливості і агресивності, сезонних функціональних розладах, тривожних станах (в т.ч. при ПМС), мігрени і головних болях різних типів, неврозі нав'язливих станів і шизофренії, розладах сну, підвищеній чутливості до болю, алкогольної залежності, синдромі хронічної втоми.

Слід зауважити, що для повного і правильного метаболізму триптофану необхідно наявність вітамінів С, В₆, фолієвої кислоти (вітамін В₉), магнію. Крім того, він краще засвоюється з їжею,

якої містить вуглеводи. Приймаючи триптофан, не слід забувати також і про ці елементи харчування.

Суточна потреба в ньому становить 0,8–1 г.

Продукти, багаті триптофаном: індюшати, молоко і молочні продукти, яйця, горіхи і насіння, соя, спіруліна, гриби, фініки. В пшениці і інших хлібних злаках його небагато.

Список літератури

1. *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. — 290. — <http://www.biomedcentral.com/1471-244X/13/290>
2. *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.
3. *Методические рекомендации по лечебному питанию при нервной анорексии: отчет совета CR 130* / K. Winston, S. Gowers, A. Jackson [et al.] // *Обзор современной психиатрии*. — 2006. — № 29.
4. *Steinhausen H. The outcome of anorexia nervosa in the 20th century* / H. Steinhausen // *Am. J. Psych.* — 2002. — № 8. — P. 1284–1293.
5. *American Dietetic Association. Position of the American Dietetic Association: nutrition intervention in the treatment of anorexia nervosa, bulimia nervosa, and eating disorders not otherwise specified (EDNOS)* // *J. Am. Diet. Assoc.* — 2001. — № 7. — P. 810–819.
6. *Александр Ф. Психосоматическая медицина* / Ф. Александр / Под ред. С.Л. Шишкина. — М.: Институт общегуманитарных исследований, 2006.
7. *Palmer B. Нужна революция. Пересмотр лечения нервной анорексии* / B. Palmer // *Advances in Psychiatric Treatment*. — 2006. — № 12. — P. 5–12.
8. *Сергеев В.Н. Алгоритм исследования и коррекции пищевого статуса* / В.Н. Сергеев и соавт. // *Международный конгресс «Восстановительная медицина и реабилитация — 2005»: тезисы участников*. — М., 2005. — С. 216–217.

Получено 15.09.15 ■

Птушкіна Д.О.

Державна установа «Інститут гастроентерології НАМНУ», м. Дніпропетровськ

ЯК НАГОДУВАТИ ПАЦІЄНТА З НЕРВОВОЮ АНОРЕКСІЄЮ?

Резюме. У статті розглядаються проблеми нутритивної реабілітації хворих на нервову анорексію, методи оцінки нутритивного статусу, харчова поведінка, відновлення та швидкість набору ваги, етапи лікування, ентеральне харчування.

Ключові слова: нервова анорексія, білково-енергетична недостатність, вага, енергетична цінність раціону.

Ptushkina D.O.

State Institution «Institute of Gastroenterology of National Academy of Medical Sciences of Ukraine», Dnipropetrovsk, Ukraine

HOW TO FEED A PATIENT WITH ANOREXIA NERVOSA?

Summary. The article presents the problems of nutritional rehabilitation of patients with anorexia nervosa, methods for evaluation of nutritional status, eating behavior, weight restoration and weight gain rates, stages of treatment, enteral nutrition.

Key words: anorexia nervosa, protein-energy malnutrition, weight, energy value of the diet.