Нервная анорексия

Работу выполнила:
студентка 15-04 группы педиатрического факультета
Губайдулина Вильяна

Определение

- Нервная анорексия - сознательное ограничение в приеме пищи или полный отказ от еды с целью коррекции мнимой или резко переоцениваемой избыточной массы тела. В период сформировавшегося синдрома нервной анорексии дефицит массы тела при выраженной кахексии составляет 30—50 % и более от массы тела до заболевания.

Нервная анорексия

Ограничительный:

Пациенты ограничивают себя в употреблении пищи, но страдают компульсивным перееданием и не прибегают к очищению желудка как при булимии; некоторые пациенты прибегают к чрезмерным физическим нагрузкам.

Очистительный:

больные постоянно переедают, а затем вызывают рвоту и/или употребляют слабительные или мочегонные средства, ставят клизмы.

Факторы риска

- Генетические факторы - имеющаяся предрасположенность к определенному типу личности, к психическому (аффективному или тревожному) расстройству или к дисфункции нейромедиаторных систем.

Факторы риска

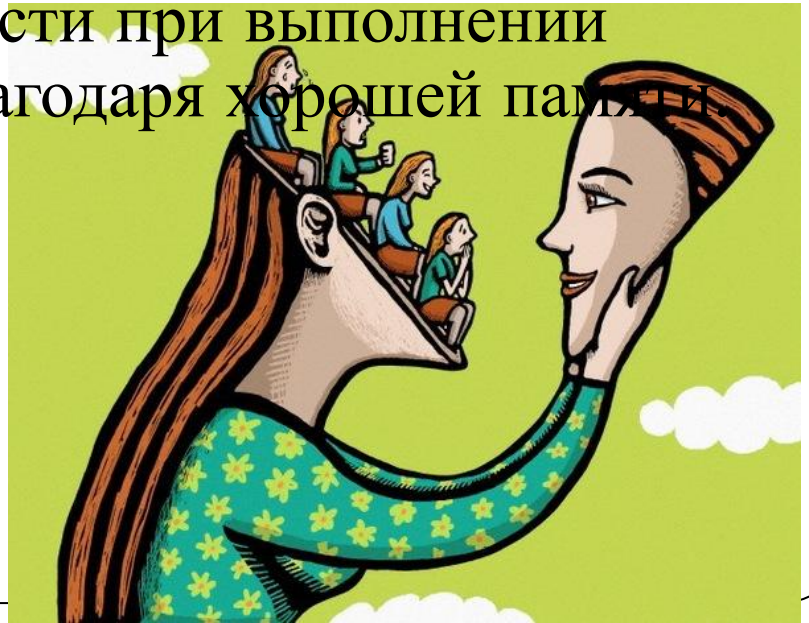
- Биологические факторы — наличие избыточной массы тела и раннее наступление первой менструации, а также нарушение взаимодействия нейромедиаторов, регулирующих пищевое поведение (серотонин, дофамин, норадреналин).
- Органические факторы

Факторы риска

- Семейные факторы — наличие среди родственников патологических влечений: булимии, анорексии, парарексии, патологии инстинкта самосохранения, наркоманических синдромов, в том числе алкоголизма, клептомании, пиромании. Нарушения пищевого поведения могут прослеживаться из поколения в поколение у родственников по линии матери.

Факторы риска

- Личностные факторы — характерен перфекционистски-обсессивный (навязчивые мысли) тип личности в сочетании с низкой самооценкой, неустойчивостью образа своего тела, чувством собственной неполноценности, неуверенности и несоответствия требованиям семьи и социума. Успехи в учебе детей с анорексией достигаются главным образом за счет тщательности и организованности при выполнении домашних заданий, а также благодаря хорошей памяти.



Факторы риска

- Культуральные факторы: проживание в индустриально развитой стране и акцент на стройности (худобе) как главном признаке женской красоты, а также наличие стрессовых факторов.

Этапы

1. Первичный, инициальный
2. Анорексический
3. Кахексический
4. Этап редукции нервной анорексии

Первичный, инициальный

- Этот период нервной анорексии длится от 2 до 4 лет
- 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.

Аноректический

- 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.
- Прекращение менструального цикла у женщин и снижение полового влечения и сперматогенеза у мужчин.
- Также нарушается функция надпочечников вплоть до надпочечниковой недостаточности.

Кахектический

- 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 .

Этап редукции нервной анорексии

- При своевременном и адекватном лечении происходит постепенное восстановление нарушенного психосоматического и питательного статуса.
- В течение первых 2 лет возможны рецидивы синдрома, требующие стационарного лечения.

Прогноз

- У половины пациентов удается в большой степени или полностью восстановить вес тела и компенсировать эндокринные и другие осложнения.
- Примерно у четверти пациентов могут наблюдаться рецидивы заболевания.
- Еще у четверти пациентов на фоне рецидивов развиваются персистирующие соматические и психические осложнения

У детей и подростков, прошедших лечение от нервной анорексии, результаты лучше, чем у взрослых.

Диагностика

Согласно **DSM-V**, для постановки диагноза «нервная анорексия» нужны четыре критерия :

A. Отказ поддерживать массу тела в пределах минимальной нормы для данного возраста и роста

B. Нарушение восприятия веса или формы своего тела.

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

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

Лечение

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.

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

Составные успешного лечения

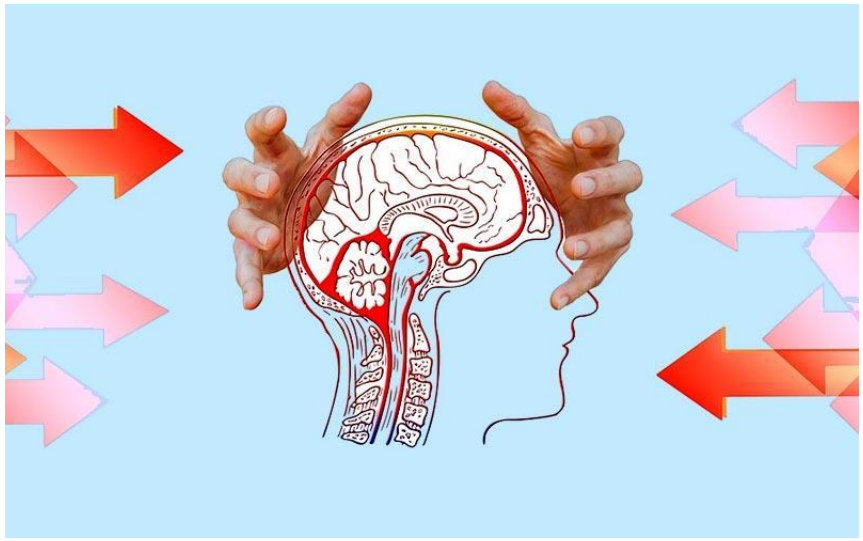
Помощь:
гастроэнтеролог+диетолог+эндокринолог-гинеколог

Помощь психотерапевта. В дальнейшем психолога

Мотивация пациента

Психотерапевтические методы лечения

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



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 7родственниками.

- 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

- 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 туморозного панкреатита в зоне тела (до 35 мм), непрямые признаки энтероколита.

В стационаре

- MMPI (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).
- 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, гидазепам 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

- 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 лежа в постели).
- К пероральному питанию была добавлена энтеральная 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 распирания во время приема даже небольшого количества еды. Купировался приемом прокинетика итомед, ферментативным препаратом фестал. Помимо питания, проводилась корректировка дефицита микроэлементов препаратами реадон и цитофлавин в/в.

Пациентка выписана на 24-е сутки 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 энерджи, кальций D3. Сделан акцент на необходимости психотропной терапии препаратом ципралекс до 5–6 мес.

Спасибо за внимание