

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования "Красноярский государственный медицинский
университет имени профессора В.Ф.Войно-Ясенецкого" Министерства
здравоохранения Российской Федерации

Кафедра психиатрии и наркологии с курсом ПО

Зав.кафедрой: д.м.н., доцент Березовская М.А

Реферат на тему:
Нервная анорексия

Выполнила:
врач-ординатор 1-го года обучения
Купенко Е.Е.

Проверил:
Д.м.н., доцент Березовская М.А.

Красноярск
2019

Оглавление

Введение	2
Определение и классификация	4
История вопроса:	5
Клиническая картина	8
Диагностические критерии	14
Лечение	15
Вместо заключения	17
Источники информации	18

Введение

Наверное, начиная с самого момента образования человеческого общества, стали появляться и женские «эталоны красоты», по которым

первоначально оценивались способность выносить и воспроизвести здоровое потомство. За много веков стандарты самой красивой женской внешности неоднократно менялись: так, в средние века наиболее красивыми считались женщины, без ярко выраженных гендерных признаков, а любые признаки сексуальности считались происками нечистого; в эпоху Возрождения ценился размах и возвеличивание человека как такового, в том числе и в формах- достаточно вспомнить пышнотелых красавиц с полотен великих художников; в современном обществе, начиная с 20 века, стандартом красоты стали параметры «90-60-90», под которые вписываются не более 10% женского населения земного шара. Высокие стройные красавицы, улыбающиеся с обложек глянцевого журналов, куклы Барби с ногами от ушей и «мальчишеской» фигурой, голливудские актрисы, вечно сидящие на «голливудской» диете- образы, с детства ассоциирующиеся у молодых девушек с успехом, ощущением своей исключительности и счастьем в жизни, поэтому неудивительно, что среди подростков, которые сами по себе уже уязвимы, т.к. не произошло еще полного становления психики, получило довольно большое распространение такое расстройство пищевого поведения, как анорексия. Согласно статистическим данным, нервная анорексия вышла на первое место по летальности среди психических отклонений; среднегодовая летальность- 5%, и еще 10% в течение ближайших 10 лет (даже при условии стабилизации психического состояния) вследствие необратимых изменений со стороны жизненно важных органов. Смертность от анорексии в 12 раз выше, чем смертность от всех остальных причин среди девушек в возрасте от 15 до 24 лет.

95% всех диет и ограничений в питании не приносит результатов, 35% диет, которые начинались, как " нормальные " переходят в патологическое ограничение в питании и 20-25% из них приводят к пищевой зависимости. Около 50% людей с расстройствами пищевого поведения имеют аффективные расстройства различной степени выраженности. Из 10 пациентов только один своевременно получает квалифицированную помощь.

Хотя до сих пор ведущее количество пациентов с данной патологией приходится на женщин, нельзя не отметить, что в последние годы анорексия начала стремительно расти и среди мужского населения: порядка 10-15% от числа всех зарегистрированных случаев.

Однако, учитывая, что анорексия это «модно», нельзя считать статистику полностью достоверной: т.к. в ней отражены только «запущенные случаи», неизвестно, сколько еще «неотловленных» охотников за идеальной внешности. Согласно анонимным опросам социологов, 91% опрошенных в результате исследования женщин, так или иначе, пытались контролировать свой вес с помощью диет и ограничений в питании. 22% женщин "сидели" на диете часто (более 5 раз) или практически всегда; половина девушек и треть молодых людей прибегала к «нездоровым» методам похудения- слабительные, мочегонные средства, вызывание рвоты.

Таким образом, я считаю, что актуальность темы не вызывает сомнений. Хотя последние 2-3 года и пропагандируется бодипозитив и модели размера «плюс-сайз», стандарты прошлого еще никуда не ушли, и пациенты с расстройствами пищевого поведения не так уж и редко встречаются в стационаре.

Определение и классификация

Анорексия - это расстройство приёма пищи, характеризующееся преднамеренным снижением веса, вызываемым и/или поддерживаемым самим пациентом, в целях похудения или для профилактики набора лишнего веса. Чаще встречается у девушек. Многими специалистами признаётся разновидностью самоповреждения. При анорексии наблюдается патологическое желание потери веса, сопровождающееся сильным страхом ожирения. У больного наблюдается искажённое восприятие своей физической формы и присутствует беспокойство об увеличении веса, даже если такого в действительности не наблюдается.

Типы

анорексии

Первый тип - 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.

Второй тип – очистительный. Его отличие в том, что анорексик постоянно наедается до чувства насыщения, после чего провоцирует рвоту, опорожнение кишечника (путем приема слабительных препаратов), пользуется мочегонными средствами и проч. Люди с очистительным типом нервной анорексии обычно много едят (больше, чем здоровый человек схожей комплекции), поскольку у них нет внутреннего контроля над приемом пищи.

История вопроса:

Впервые нервную анорексию описал R. Morton в 1689 г. под названием «нервная чахотка», хотя упоминание об этой патологии встречалось и раньше. В частности, в трудах Авиценны от 1155 г. можно найти описание психического состояния юноши, весьма напоминающего клинику нервной анорексии. Позднее об этом писал S. Hammond (1542), N. Hobbes (1668).

Однако начало интенсивного изучения этого заболевания связано с работами W. Gull (1868), Ch. Lasague (1873), которые почти одновременно и независимо друг от друга опубликовали статьи о нервной анорексии. W. Gull предложил термин «нервная анорексия» (*anorexia nervosa*). Во французской литературе чаще используется термин Ch. Lasague «*anorexie mentale*», в немецкой — «*pubertatsmagersucht*».

В России одна из первых публикаций на эту тему принадлежит А. А. Киселю. В 1894 г. он описал нервную анорексию истерического генеза у 11-летней девочки.

В 20—40-х годах нашего столетия после описания в 1914 г. Симмондсом гипофизарной кахексии нервную анорексию так или иначе пытались связать с первичными эндокринными нарушениями, некротическими процессами в антегипофизе.

Особый интерес к нервной анорексии возник в последние десятилетия, что обусловлено ее все большим распространением.

Различные точки зрения высказываются и по поводу клинических границ этой патологии. Так, E. Bliss, C. Branch (1960, 1972) считают, что «все неорганические условия», вызывающие снижение аппетита, относятся к нервной анорексии. Нервная анорексия трактуется ими как синдром, способный входить в любую психиатрическую категорию. Они диагностируют нервную анорексию у больных шизофренией с бредовыми идеями отравления, у больных реактивной депрессией, инволюционной меланхолией, наркоманией и т. д.

Делались и делаются попытки увязать «тип личности» и «тип анорексии». D. Boucaud, J. Barques (1969) указывают на шизоидность «будущих аноректиков» и этим объясняют «большой процент анорексии при шизофрении». S. Theander (1970) к преморбидным особенностям больных анорексией относит эмоциональную незрелость, гипертрофированную зависимость от родителей, склонность к навязчивым явлениям, значительное преувеличение своих возможностей и способностей. A. Theilgaard (1965) пришел к выводу, что 7 из страдающих нервной анорексией до заболевания относились к личностям истерического круга. K. Tolstrup (1965) к истерическому типу относит 50 % больных. Он предлагает, учитывая преморбид, делить анорексию на 4 группы: истероформную, навязчиво-импульсивную, депрессивную и «стоящую на грани психоза».

М. В. Коркина (1968) считает, что по преморбидным особенностям больные анорексией могут быть либо сензитивными, тревожно-мнительными, либо склонными к истерическим реакциям, либо стеничными, упорными, всегда стремящимися быть первыми. Характерно также, что в семьях большинства больных отмечается особое отношение к еде (культ еды либо подчеркнутое пренебрежение к ней).

Клиническая картина

Более чем в половине случаев в преморбиде прослеживаются следующие особенности:

- Наличие преморбидной гиперсоциальности (подтвержденной родителями и учителями) как основной личностной черты. До развития заболевания пациенты (чаще – пациентки) всегда были требовательными к себе и окружающим. Часто они находились в центре внимания сверстников, участвовали во всех школьных мероприятиях и, зачастую, были старостами в классе или в учебной группе.

- Наличие в анамнезе, так называемого, «синдрома отличниц», характеризующегося стремлением к получению высоких оценок, центрированием на вопросах учебы, отношение к которой всегда очень ответственное, что выражается в особой тщательности и аккуратности выполнения школьных заданий.

- Нередко в анамнезе можно обнаружить признаки какого-либо психогенного фактора: со слов пациенток, их дразнили, называли толстыми и пр.

Клиническая картина будет варьировать в зависимости от стадии заболевания.

Стадии

заболевания

Дисморфоманическая — 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. Длится от 2 до 4 лет. Подросткам не нравится либо их «растолстевшая фигура» в целом, либо отдельные части тела, «круглые

щеки», «толстый живот», «округлые бедра». Обычно это совпадает с реальным изменением форм тела, типичным для пубертатного возраста. Как правило, появляются сверхценные идеи касательно своей полноты. Больным чаще всего кажется, что они не соответствуют собственному «идеалу» — литературному герою, медийной личности или просто человеку, которым они восхищаются. Мнение окружающих о внешности больного имеет для него гораздо меньшее значение. Вместе с тем повышенная чувствительность и ранимость подростков приводит к тому, что пусковым механизмом стремления к «коррекции» физического недостатка становятся неосторожные замечания педагогов, родителей, сверстников. Особенность этой стадии болезни в том, что возможность коррекции мнимого или реального физического недостатка «находится в руках самого больного» и он всегда теми или иными способами стремится ее реализовать.

Аноректическая — возникает на фоне стойкого голодания. Достигается снижение веса 20—30%, что сопровождается эйфорией и ужесточением диеты, «чтобы похудеть ещё больше». При этом больной активно убеждает себя и окружающих в отсутствии у него аппетита и изнуряет себя высокими физическими нагрузками. Из-за искажённого восприятия своего тела пациент недооценивает степень похудения. Объем циркулирующей в организме жидкости уменьшается, что вызывает гипотонию и брадикардию. Это состояние сопровождается зябкостью, сухостью кожи, выпадением волос. Ещё один клинический признак — прекращение менструального цикла у женщин и снижение полового влечения и сперматогенеза у мужчин. На начальном этапе большую физическую нагрузку, активные занятия спортом больные сочетают с ограничением количества пищи. Вначале исключают ряд продуктов, богатых углеводами или белками, а затем начинают соблюдать жесточайшую диету и едят преимущественно молочно-растительную пищу. Одновременно со строгой диетой до изнеможения занимаются специально разработанными физическими упражнениями — много ходят, сокращают

сон, стягивают талию поясами , «чтобы пища медленнее всасывалась и т.п. В первые дни ограничения в еде чувство голода немного снижается, но потом вновь появляется, что требует от больных «изобретения» иных способов похудения. К ним относятся прием слабительных, нередко в очень больших дозах, реже применение клизм. Это может привести к слабости сфинктера и выпадению прямой кишки. К пассивным способам похудения следует отнести также использование ряда медикаментозных средств, снижающих аппетит, а также психостимуляторов. С целью похудения больные начинают много курить, пьют в больших количествах черный кофе, используют мочегонные средства.

Наиболее типичным способом похудения является искусственно вызываемая рвота. Выбор этого метода чаще всего носит сознательный характер, хотя иногда больные приходят к нему случайно. Постепенно рвота становится привычной и перестает вызывать у больных неприятные ощущения. Искусственно вызываемая рвота у ряда больных неразрывно связана с приступами булимии. Булимия представляет собой непреодолимый голод, практически отсутствие чувства насыщения, при этом больные могут поглощать очень большое количество нередко даже малосъедобной пищи.

Таким образом, патология пищевого поведения формируется в следующей последовательности: вначале больные ходят по магазинам и «зрительно наедаются», с этой же целью стремятся готовить пищу, испытывая при этом большое удовольствие, слизывают остатки пищи с ножей и ложек. Характерной особенностью этого периода нередко является стремление «закармливать» близких, прежде всего младших братьев и сестер. Следующий этап борьбы с голодом — это жевание и сплевывание, далее — искусственно вызываемая рвота. Весь день больные голодают, постоянно думая о еде, представляя себе все нюансы предстоящего приема пищи, мысли о еде становятся навязчивыми. Закупив большое количество

продуктов, а иногда и украв их, больные возвращаются домой, накрывают стол, нередко красиво его сервируют, и начинают еду с наиболее вкусной пищи, чтобы получить удовольствие. Однако они не могут остановиться и поедают всю пищу, имеющуюся в доме. Утрата чувства меры, контроля за количеством и качеством съедаемого весьма характерна для булимии. Съедая огромное количество пищи, больные испытывают эйфорию. Вслед за этим они искусственно вызывают рвоту, промывают желудок большим количеством воды. Наступает ощущение «блаженства», необыкновенной легкости во всем теле, подкрепляемой уверенностью в том, что организм полностью освобожден от пищи.

Важное место в клинической картине заболевания занимают ипохондрические расстройства. Вторичные гастроэнтероколиты, развивающиеся в 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 ощущений в эпигастральной области. Характерны также вегетативные расстройства в виде приступов удушья, сердцебиения, головокружения, усиленной потливости, которые возникают спустя несколько часов после приема пищи.

К психопатологическим расстройствам этой стадии относятся своеобразные навязчивые явления. Они неразрывно связаны с дисморфоманическими переживаниями и проявляются в виде навязчивого страха перед едой, ожидания появления чувства сильного голода, необходимости вызывать рвоту, а также навязчивого подсчета калорий, содержащихся в съеденной пище.

На этой стадии болезни несмотря на значительное похудание у больных практически отсутствует физическая слабость, они остаются очень подвижными, деятельными, работоспособными.

Кахектическая — это стадия необратимой дистрофии внутренних органов. Наступает через 1,5—2 года. В этот период снижение веса достигает 50% и более от своей долженствующей массы. При этом возникают безбелковые отёки, 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 клинической картине преобладают соматоэндокринные нарушения. После наступления аменореи похудание значительно убыстряется. У больных полностью отсутствует подкожная жировая клетчатка, нарастают дистрофические изменения кожи, мышц, развивается миокардиодистрофия, а также имеют место брадикардия, гипотония, акроцианоз, снижение температуры тела и эластичности кожи, уменьшается содержание сахара в крови, появляются признаки анемии. Они мерзнут, отмечается повышенная ломкость ногтей, выпадают волосы, разрушаются зубы, утяжеляется клиническая картина гастрита и энтероколита. Физическая активность, характерная для более ранних стадий нервной анорексии, значительно снижается. Ведущее место в клинической картине занимает астенический синдром с преобладанием адинамии и повышенной истощаемости.

В период выраженной кахексии больные полностью утрачивают критическое отношение к своему состоянию и по-прежнему продолжают упорно отказываться от еды. Будучи крайне истощенными, они нередко утверждают, что у них имеется избыточная масса тела или наоборот бывают довольны своей внешностью, иными словами, имеется бредовое отношение к своей внешности.

По мере нарастания кахексии больные становятся малоподвижными, залеживают в постели, у них имеются упорные запоры, значительно снижается артериальное давление. Выраженные водно-электролитные сдвиги могут приводить к развитию болезненных мышечных судорог, иногда возможны полиневриты (алиментарные полиневриты). Такое состояние без медицинской помощи может иметь летальный исход. Тяжелая кахексия является показанием для обязательной госпитализации и насильственного кормления.

Стадия редукции нервной анорексии. В период выведения из кахексии еще долгое время сохраняется астеническая симптоматика, страх поправиться, фиксация на патологических ощущениях в желудке и кишечнике. При незначительной прибавке массы тела вновь актуализируется дисморфомания, появляется стремление к «коррекции» внешности, нарастает депрессивная симптоматика. По мере улучшения соматического состояния физическая слабость быстро исчезает, больные вновь становятся крайне подвижными, стремятся выполнять сложные физические упражнения, могут прибегать к большим дозам слабительных средств, после кормления пытаются вызвать рвоту. Все это требует тщательного надзора за больными в стационаре. За 1—2 мес при правильном лечении больные полностью выходят из кахексии, — набирая от 9 до 15 кг, однако нормализация менструального цикла требует от 6 месяцев до 1 года интенсивного лечения. Пока менструации не возобновились психическое состояние характеризуется неустойчивостью настроения, периодической актуализацией дисморфоманических явлений, склонностью к истерическим формам реагирования. В течение первых 2 лет возможны выраженные рецидивы синдрома, требующие стационарного лечения.

Диагностические критерии

S. Theander (1970), обследовав 94 больных женщин, выделил триаду, характерную для нервной анорексии: отказ от еды, выраженное похудание, аменорея.

По мнению Н. Bruch (1965, 1978), истинная нервная анорексия имеет следующие признаки: 1) расстройство схемы тела вплоть до бредовых убеждений, при котором больные как бы не видят выраженность своего истощения; 2) расстройство восприятия перцепторных стимулов с интерорецепторов пищеварительной системы; 3) физическая гиперактивность, отрицание усталости (стремление к активности сохраняется у больных вплоть до выраженного истощения); 4) «парализующее чувство беспомощности», которое «пронизывает мышление и поведение больных и приводит к дефициту инициативы».

Согласно МКБ-10, Расстройство ассоциируется со специфической психопатологической боязнью ожирения и дряблости фигуры, которая становится назойливой идеей, и пациенты устанавливают для себя низкий предел массы тела. Вес тела сохраняется как на 15% ниже ожидаемого или индекс массы тела Кветелета составляет 17,5 или ниже. Как правило, имеют место различные вторичные эндокринные и обменные нарушения и функциональные расстройства. Симптоматика включает ограничение диеты, чрезмерную физическую нагрузку, прием рвотных, слабительных и мочегонных средств, а также препаратов, понижающих аппетит. Однако, при атипичной анорексии нейрогормональные и вегетативные проявления могут отсутствовать.

Лечение

Лечение пациентов с нервной анорексией поэтапное.

Начальный, «неспецифический», этап (7–14 дней) направлен на коррекцию жизненно важных функций, ликвидацию метаболических и водно-электролитных нарушений, обеспечение адекватных сердечных функций и формирование толерантности к пище.

Второй этап – «специфический», направлен на коррекцию дефицита массы тела, оптимизацию метаболизма (2–3 недели). На этом более длительном этапе проводятся лечебные мероприятия, направленные на устранение симптомов основного психического заболевания, вызвавшего нарушения в статусе питания.

Третий этап – реабилитационный.

Нередко фармакотерапия пациентов с нервной анорексией начинается с назначения анксиолитиков. Снижая беспокойство перед увеличением веса и приемами пищи, их применение облегчает у пациентов тревогу и страх потери контроля над собой. В отечественной практике с этой целью в первые недели лечения пациентам назначаются низкие дозы транквилизаторов бензодиазепинового ряда (диазепам, феназепам), а также атаракс (гидроксизин).

Депрессия при нервной анорексии часто возникает вторично на фоне астении; аффективное состояние улучшается с возобновлением нормального питания. При дальнейшем сохранении эмоциональных нарушений могут быть назначены антидепрессанты, как правило, селективные ингибиторы обратного захвата серотонина. Также добавляется антипсихотический препарат (Алимемазин) в низких дозировках. Немало работ посвящено возможностям применения оланзапина в комплексной терапии пациентов с анорексией. Ряд исследований продемонстрировали эффективность

оланзапина в качестве средства аугментации терапии у взрослых пациентов, указывая на нестабильное влияние в отношении собственно повышения веса, однако довольно выраженный положительный эффект на симптомы депрессии и обсессивно-компульсивные проявления. Международное общество по биологической психиатрии (WFSBP) указывает, что основным эффектом оланзапина у пациентов с анорексией заключается во влиянии на динамику массы тела. Однако, на территории Российской Федерации нет стандартов оказания медицинской помощи при анорексии, где был бы включен Оланзапин.

Вместо заключения

Модель из Бразилии **Анна Каролина Рестон** - звезда таких брендов как Dior и Armani. Во время ее последней съемки для рекламной компании Giorgio Armani, вес модели был меньше 40 кг при росте 174 см. умерла в возрасте 22 лет от последствий анорексии.

Модели **Луисель** и **Элиана Рамос** из Уругвая. У **Элианы** случился сердечный приступ, из-за которого девушка потеряла сознание прямо на подиуме во время Недели моды. Она весила 44 килограмма при росте 175. Она умерла в возрасте 22 лет.

Ее младшая сестра **Элиана** скончалась буквально через полгода от истощения. Девушка была успешной моделью: работала в Аргентине и Мексике. Умерла в возрасте 18 лет. Продолжать можно бесконечно долго.

С 2005 года 16 ноября отмечается международный день борьбы с анорексией. С 2007 года во Франции принят законопроект о пропаганде в СМИ чрезмерной худобы, нарушившие который подвергаются уголовной ответственности. С 2012 года во многих странах запрещено законодательством привлечение для рекламных целей слишком худых моделей.

Из вышесказанного ясно, что чрезмерная стройность далеко не всегда является показателем успеха, гораздо важнее иметь крепкое здоровье, как физическое, так и психическое.

Вопрос анорексии изучен недостаточно хорошо, до сих пор нет общепризнанных стандартов ведения пациентов, не разработаны специфические схемы по устранению именно психотических расстройств, в частности коррекции пищевого поведения, в связи с этим более чем в половине случаев случается рецидив заболевания.

Источники информации

1. Барыльник Ю.Б., Филиппова Н.В., Антонова А.А., Бачило Е.В, Деева М.А., Сизов С.В., Гусева М.А. ДИАГНОСТИКА И ТЕРАПИЯ РАССТРОЙСТВ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ: МУЛЬТИДИСЦИПЛИНАРНЫЙ ПОДХОД
ФГБОУ ВО «Саратовский государственный медицинский университет им. В.И.Разумовского» Минздрава России
СОЦИАЛЬНАЯ И КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХИАТРИЯ 2018, т. 28 № 1
2. Диагностика и терапия нервной анорексии, коморбидной с другими психическими заболеваниями у девочек-подростков и их социальная адаптация. Методические рекомендации Санкт–Петербург 2012
3. Классификатор МКБ-10
4. Коркина М. В., Цивилько М. А., Марилов В. В. «Нервная анорексия»
электронный ресурс, <http://www.psychiatry.ru/lib/1/book/58/chapter/15>
5. ПРОТОКОЛ (АЛГОРИТМ) ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С НЕРВНОЙ АНОРЕКСИЕЙ В УСЛОВИЯХ СТАЦИОНАРА Москва 2015