

Особенности питания при психических заболеваниях.

Особенности психических заболеваний

- Длительное течение заболевания
- У 25-90 % стационарных больных – гипотрофия
- Около 50% страдают белково-энергетической недостаточностью
- Изменяется стереотип питания: снижение аппетита и массы тела часто сопровождают депрессию и фобии (подавиться во время еды)



Факторы, влияющие на питание больных психическим заболеванием (1)

- **На фоне приема ИМАО запрещены продукты с высоким содержанием ароматических аминокислот (тирозина, фенилаланина, триптофана и гистидина) — копчености, сыры, колбасы, кефир, сметана, кофе, шоколад, дрожжи, бобовые, пиво, красное вино, бананы, авокадо, говяжья и куриная печень.**
- **Линоленовой кислоты в качестве пищевой добавки к нейрорепитивной терапии.**
- **У больных шизофренией и депрессивными синдромами различной этиологии обнаружено диетические нарушения в виде отказа или резкого ограничения в приеме пищи, изменения суточного режима питания, патологической избирательности в выборе продуктов и блюд**

Факторы, влияющие на питание больных психическим заболеванием (2)

- **Отмечались случаи интоксикации литием среди пациентов, соблюдавших бессолевую диету, а также при резком прекращении потребления ими кофе,**
- **необходима диетологическая настороженность у пациентов, длительно получающих литий.**
- **Психоэмоциональный стресс (потеря массы тела вследствие снижения аппетита, увеличение содержания в крови общего холестерина, холестерина и липопротеидов высокой и низкой плотности)**

Нервная анорексия.



- Девочки среднего возраста
- Частота в Швеции 1:150; в Англии — 1:350; в США 0,1–0,7%, нервной булимии — 1–1,3%.
- Этиология неизвестна
- Все метаболические и др. нарушения компенсаторные на прием мочегонных, слабительных средств, искусственной рвотой.
- В регуляции пищевого поведения участвуют несколько медиаторных систем (серотонин вызывает чувство сытости, адренергические медиаторы могут как усилить, так и подавить пищевое влечение, опиоидные и дофаминергические вещества обеспечивают чувство

Нервная анорексия, нервная булимия : особенности диеты и лечения (1)

- **Сочетание психических расстройств с соматоэндокринными**
 - **Комплексность проводимых лечебно-реабилитационных мероприятий на всех этапах лечения.**
 - **Лечение пациентов занимает длительное время (месяцы, годы) и требует применения как психиатрических, так и нутриционных методов терапии**
- .

Нервная анорексии, нервная булимия: влияние медикаментозной терапии на питание.

- **Нейролептики и антидепрессанты — нарушается слюноотделение (сухость во рту), развивается атония кишечника (вплоть до хронических запоров), уменьшается масса тела, либо, наоборот, она нефизиологически повышается.**
- **Фенотиазины , трициклические антидепрессанты вызывают прибавку в массе .**
- **Бензодиазепины, увеличивая аппетит, могут повышать потребление пищи, иногда приводя к ожирению, уменьшают желудочную секрецию и снижают содержание в желудочном соке пепсина и соляной кислоты.**
- **Амфетамины (флуоксетин), используемые при синдроме нарушения внимания с гиперреактивностью, уменьшают аппетит путем усиления выброса серотонина.**
- **Новые препараты —тианептин (коаксил) и оланзапин (зипрекса) — способствуют прибавке массы тела.**

Нервная анорексии: диета и лечение (2)



2 этапа: специфический и неспецифический.

- **1 этап- лечение кахексии: коррекция**

водно-электролитного баланса - специальные диетические режимы с

включением искусственного (парентерального) питания, витаминных

и психотропных препаратов

- **2 этап- лечебные мероприятия, направленные на устранение симптомов основного психического заболевания, вызвавшего нарушения в статусе питания**

Нервная анорексии, нервная булимия: особенности диеты и лечения (3)

- **На ранней стадии лечения возможна задержка жидкости.**
- **В первые 7–10 сут необходим учет поступления жидкости, а калорийность рациона в это время не должна превышать 2000 ккал.**
- **Назначается дробное 6–7 разовое питание небольшими порциями под присмотром персонала.**
- **Больного ежедневно взвешивают, регистрируют массу принятых питательных веществ и кала, измеряют потребление и выделение жидкости, исследуют водноэлектролитный баланс.**

Нервная анорексии, нервная булимия: особенности диеты и лечения (4)

- **На всех этапах диета должна быть сбалансированной**
- **Целесообразно применение энтеральных питательных смесей промышленного производства, включающих в себя полный набор питательных компонентов (белки, жиры, углеводы, макро_ и микроэлементы, витамины), а также модульных смесей.**
- **Использование парентерального питания у таких больных более проблемно, поскольку оно сопряжено с длительной катетеризацией вен и последующим возможным развитием осложнений различного характера.**

Нервная анорексии, нервная булимия: влияние медикаментозной терапии на питание.

- **Нейролептики и антидепрессанты — нарушается слюноотделение (сухость во рту), развивается атония кишечника (вплоть до хронических запоров), уменьшается масса тела, либо, наоборот, она нефизиологически повышается.**
- **Фенотиазины , трициклические антидепрессанты вызывают прибавку в массе .**
- **Бензодиазепины, увеличивая аппетит, могут повышать потребление пищи, иногда приводя к ожирению, уменьшают желудочную секрецию и снижают содержание в желудочном соке пепсина и соляной кислоты.**
- **Амфетамины (флуоксетин), используемые при синдроме нарушения внимания с гиперреактивностью, уменьшают аппетит путем усиления выброса серотонина.**
- **Новые препараты —тианептин (коаксил) и оланзапин (зипрекса) — способствуют прибавке массы тела.**

Эпилепсия: особенность диеты и лечения (1)

- **Разгрузочно-диетическая терапия оказывает благоприятное действие.**
- **Необходимо ограничение в еде чистые углеводы (особенно сахар), соль, некоторые специи, бобовые.**
- **Необходимо чтобы последний прием пищи был не позднее чем за два часа до сна. Следует избегать переедания и избыточного употребления жидкости.**
- **Для стимуляции дезинтоксикационной функции желудочно-кишечного тракта и снижения провокации приступов, необходимо употребление продуктов, богатых клетчаткой.**



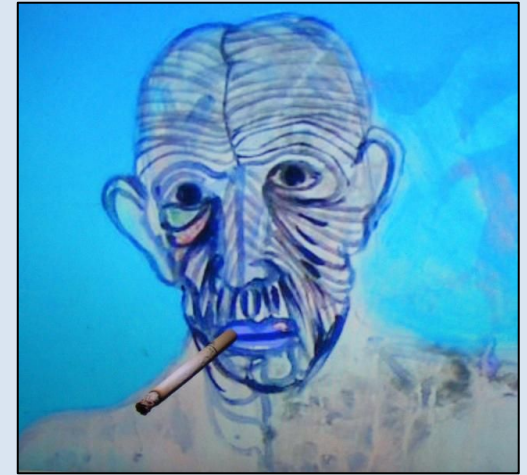
Эпилепсия: особенность диеты и лечения (2)

- Протиоэпилептические препараты вызывают дефицит фолиевой кислоты и витамина В12, вызванный побочным действием длительно, может быть одной из наиболее частых причин приступа**
- Витамина В6 производит терапевтический эффект**
- Специальная «кетогенная диета» (70% энергоценности из жиров и 30% — из белков и углеводов).**
- Новое направление — «олигоантигенное», то есть выявление и элиминация из диеты тех продуктов, которые повышают судорожную активность, или же, наоборот, восполнение в пище тех веществ, недостаток которых может быть причиной этого заболевания**

Депрессия и потребляемая пища.

- **Углеводы усиливают поступление в мозг триптофана и повышают уровень серотонина, а пища, богатая белками, наоборот, приводит к его снижению.**
- **Влияние холестерина на настроение.**
- **Роль в генезе депрессивной симптоматики нарушения соотношения эссенциальных жирных кислот**
- **Дефицит магния ведет к снижению памяти, внимания, нарушению сознания, судорожным припадкам, может проявляться нарушениями координаторной сферы в виде атаксии, тремора, нистагма**
- **Дефицит магния нарастает с возрастом, достигая тотального у людей старше 70 лет. Это обычное явление для людей, страдающих депрессией, в 80% встречается у пациентов с церебро_васкулярными заболеваниями.**

Алкоголизм и наркомания: особенности питания.



При алкоголизме:

- Полигиповитаминоз,
- дефицит витаминов В1 и никотиновой кислоты (витамина РР) – тяжелые формы алкогольной пеллагры.
- недостаточность витамина А – усиливает гепатоксическое воздействие этанола.

При наркомании:

- у 90% — белково_энергетическая недостаточность I–III степени, больных астенизированы, имеется энцефалопати.

Благодарю за внимание, успехов.