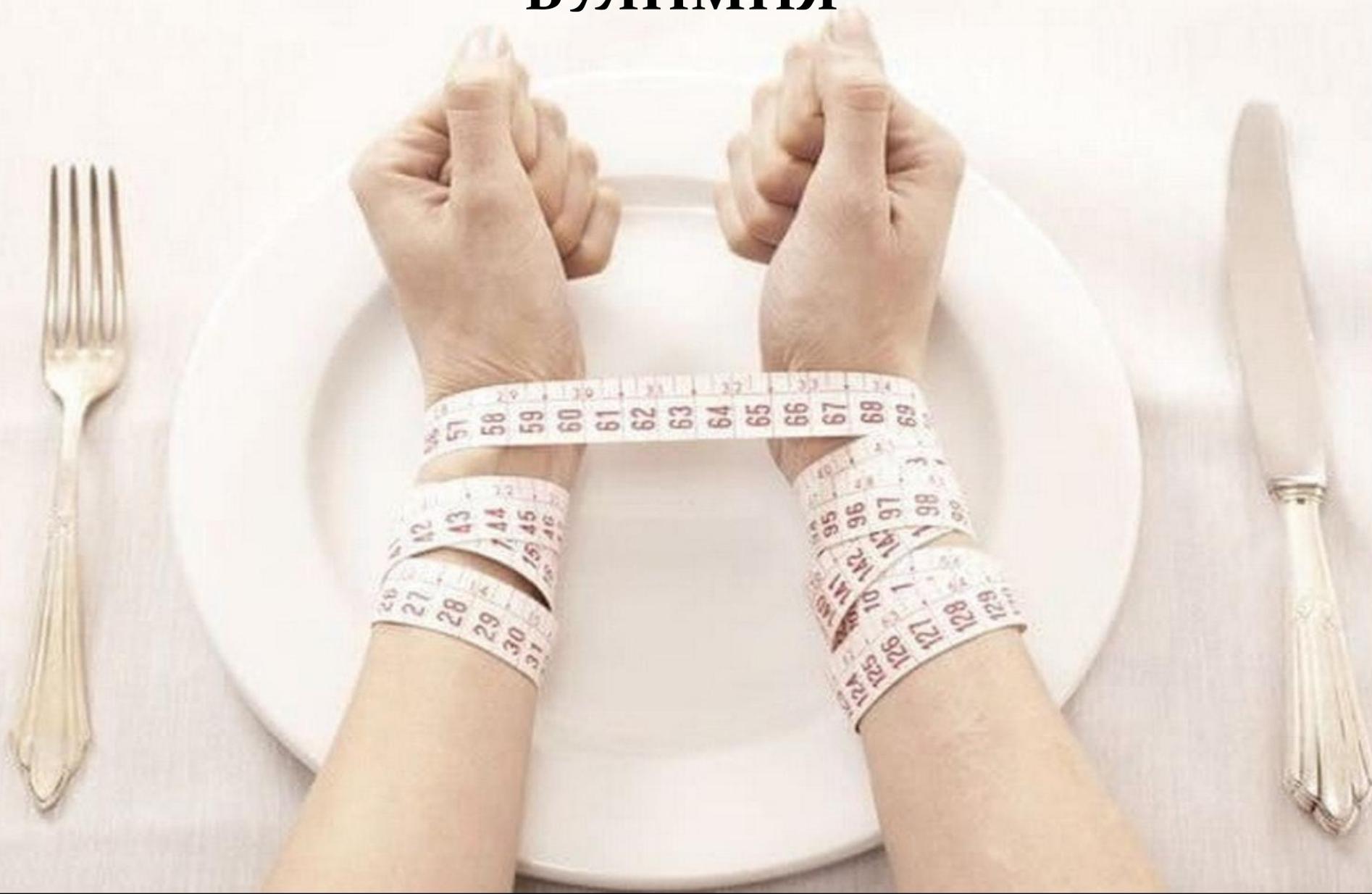


НЕРВНАЯ АНОРЕКСИЯ, БУЛИМИЯ

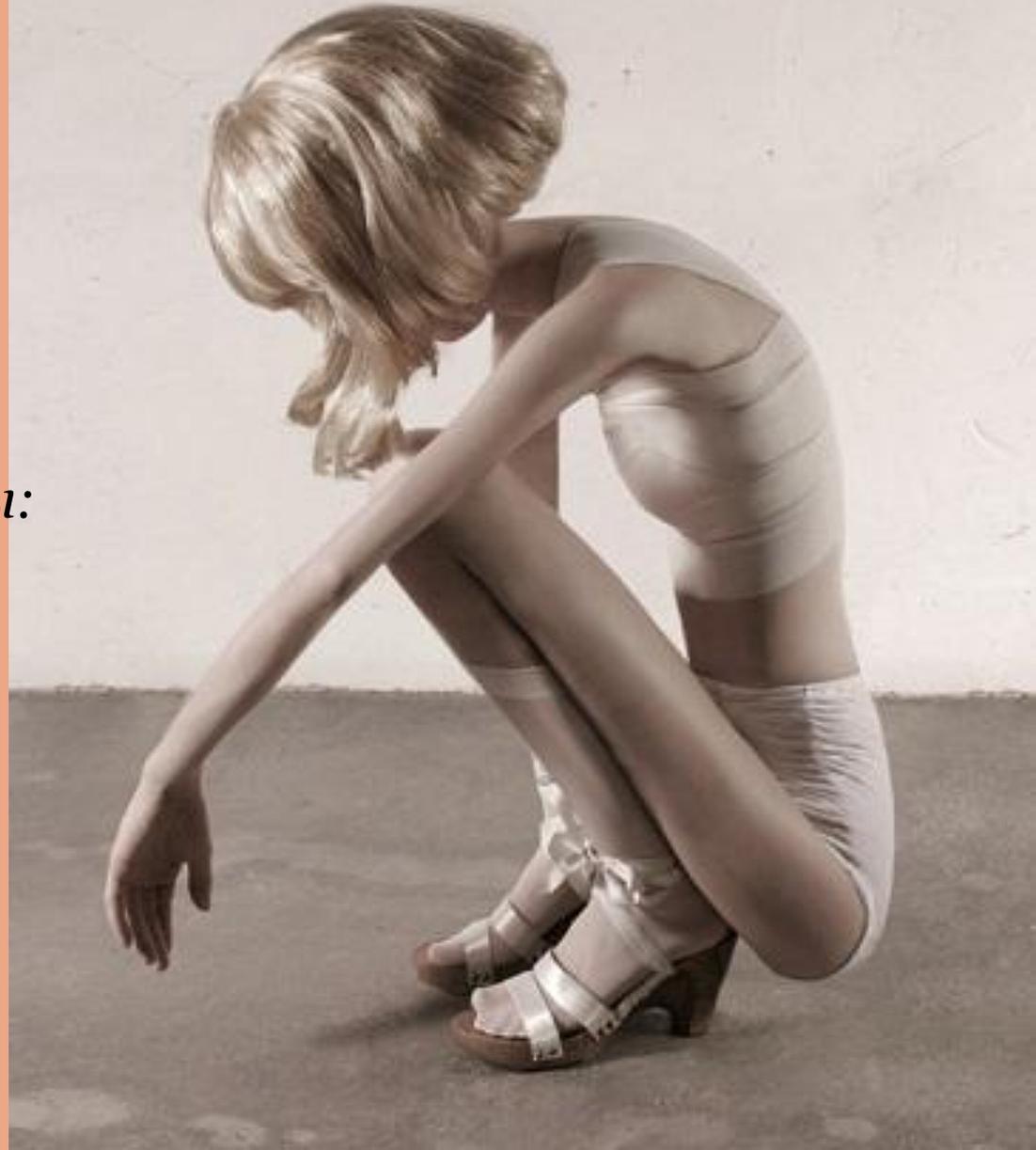


❖ **Нервная анорексия** — патологическое состояние, возникающее чаще всего в подростковом возрасте и проявляющееся в сознательном, упорном ограничении приема пищи вплоть до отказа от еды с целью похудения.



ПРЕМОРБИДНЫЕ ЛИЧНОСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ:

- ❖ *Истероидность с эгоцентризмом, высоким уровнем притязаний*
- ❖ *Психастенические черты: неуверенность, тревожность, стеснительность*



ПРЕМОРБИДНЫЕ ЛИЧНОСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ:

- ❖ Пунктуальность, упрямство
- ❖ Склонность к сверхценным образованиям
- ❖ Стремление к идеалу и социальным достижениям



МИКРОКЛИМАТ СЕМЬИ



- ❖ Расстройства пищевого поведения- реакция на отсутствие нормальных человеческих отношений в семьях
- ❖ Неблагоприятный, несмотря на внешнее благополучие (родители отгорожены друг от друга, сосредоточены на карьере, м.б. чрезмерно доминантная мать)



ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ

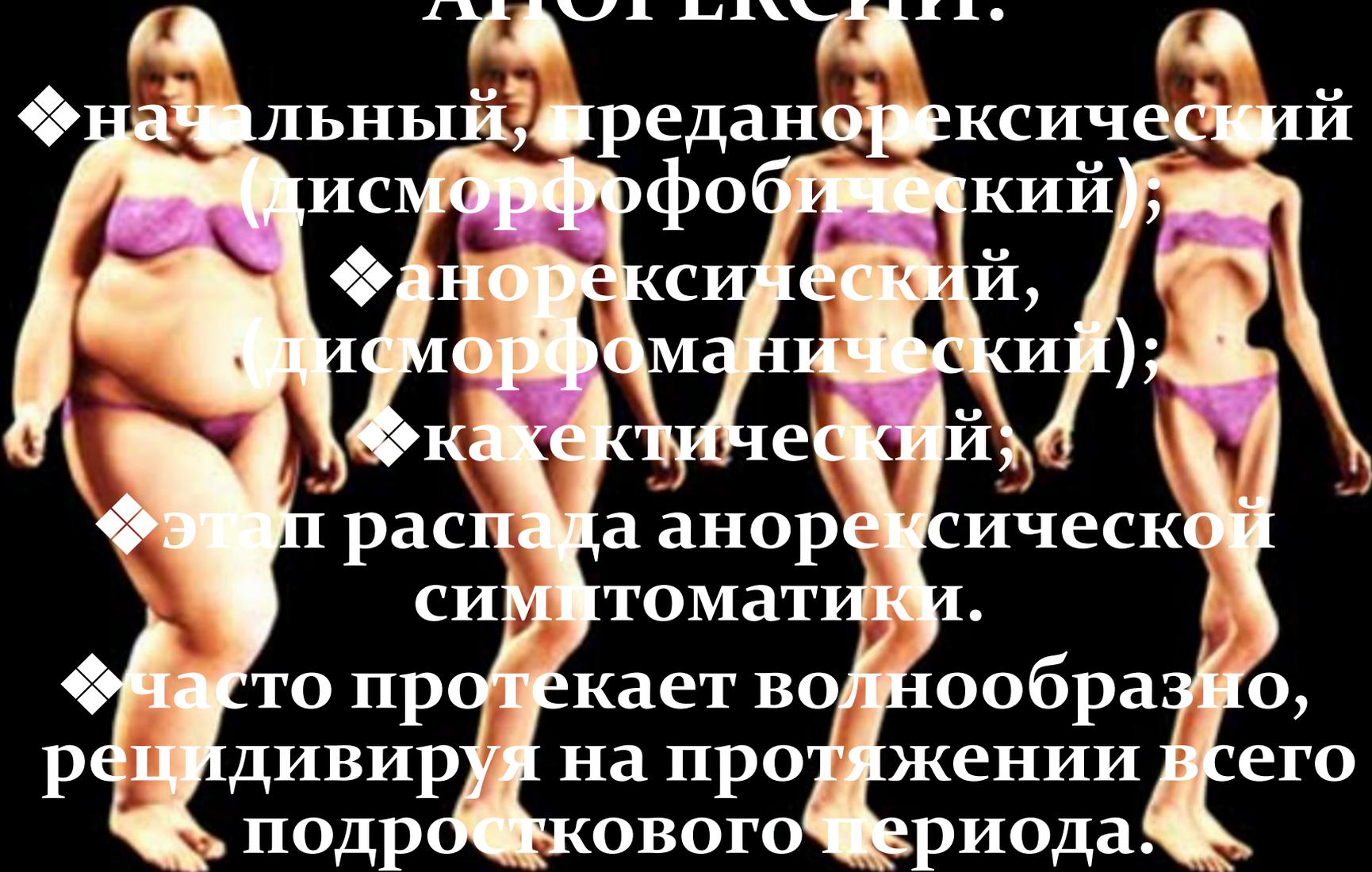
- ❖ В 2—5% случаях наблюдалось у матери
- ❖ У sibсов в 1% случаев.
- ❖ Профессиональный фактор
- ❖ Гипоталамо-гипофизарная недостаточность со слабостью пищевого центра
- ❖ Пусковой момент - психогения .
- ❖ Заболеванию часто провоцируют разговоры об уродливости тучной фигуры



ПАТОФИЗИОЛОГИЯ

- ❖ Основная мозговая структура регуляции аппетита – гипоталамус.
- ❖ К пищевому поведению причастны эндогенные опиоидные пептиды. Индуцируемый стрессом аппетит связывают с активацией эндогенной опиоидной системы.
- ❖ Резко снижается секреция гонадотропных гормонов.
- ❖ ослабляется активность гонадотропного релизинг-гормона.
- ❖ Эпизодические колебания пищевого поведения. Снижение секреции гонадотропных гормонов ассоциировано с повышением опиоидной активности мозга.
- ❖ Пациенты в гормональном плане возвращаются к препубертатному состоянию.

ЭТАПЫ НЕРВНОЙ АНОРЕКСИИ:

- 
- ◆ **начальный, преданорексический (дисморфофобический);**
 - ◆ **анорексический, (дисморфоманический);**
 - ◆ **кахектический;**
 - ◆ **этап распада анорексической симптоматики.**
 - ◆ **часто протекает волнообразно, рецидивирова на протяжении всего подросткового периода.**

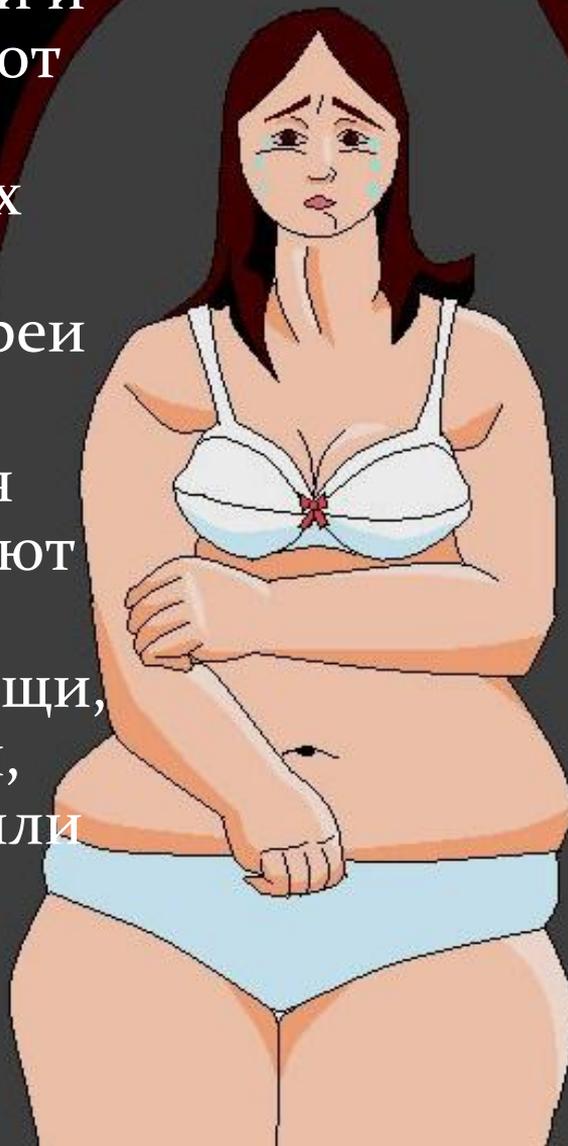
I - ПЕРВИЧНЫЙ, ПРЕДАНОРЕКСИЧЕСКИЙ



- ❖ от 2 до 4 лет, потеря в весе до 10-15%
- ❖ отказ от еды
- ❖ Необычный интерес к калорийности пищи
- ❖ Аппетит не утрачен, мучительная борьба с голодом.
- ❖ Идеи отношения рудиментарны. Несоответствие собственному «идеалу»
- ❖ Субдепрессия, раздражительность, иногда тревога, напряженность

II - АНОРЕКСИЧЕСКИЙ ЭТАП

- ❖ активное стремление к коррекции внешности и похудание на 20-50% от исходной массы с развитием вторичных соматоэндокринных сдвигов, олигоаменореи или аменореи.
- ❖ активно занимаются спортом, ограничивают количество пищи. Сокращают объем пищи, исключают продукты, богатые углеводами или белками.



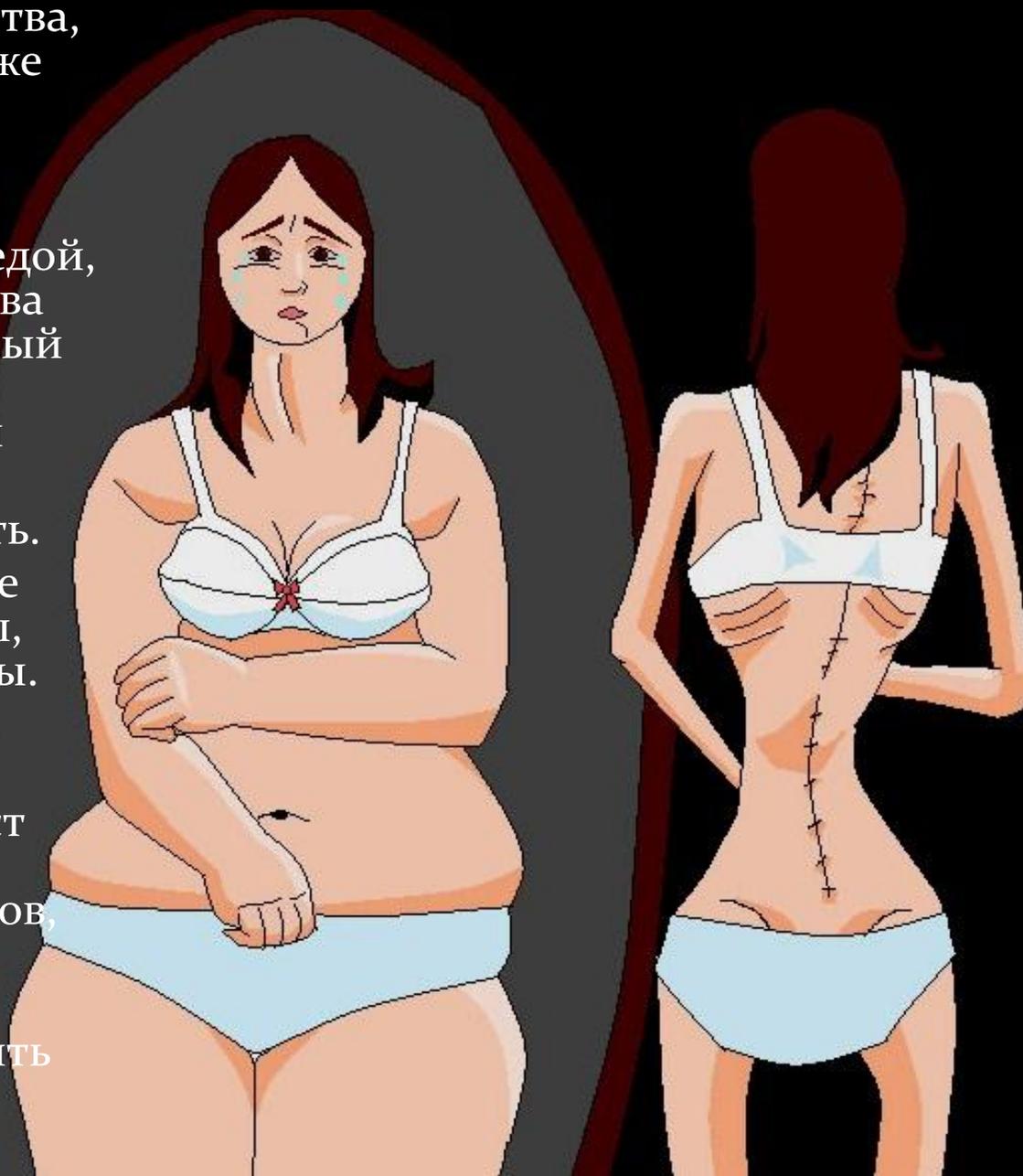
II - АНОРЕКСИЧЕСКИЙ ЭТАП

- ❖ ходят по магазинам и «зрительно наедаются», стремятся готовить пищу, испытывая при этом большое удовольствие, слизывают остатки пищи с ножей и ложек.
- ❖ Следующий этап борьбы с голодом — это жевание и сплевывание, далее — искусственно вызываемая рвота, в ряде наблюдений в дальнейшем связанная с приступами булимии.
- ❖ Весь день больные голодают, постоянно думая о еде, представляя себе все нюансы предстоящего приема пищи (обсессии). Нет чувства меры (булимия).
- ❖ Принимают слабительные, мочегонные, реже - клизмы.



II - АНОРЕКСИЧЕСКИЙ ЭТАП

- ❖ Могут использовать средства, снижающие аппетит, а также психостимуляторы.
- ❖ Ипохондрические расстройства.
- ❖ Навязчивый страх перед едой, ожидание появления чувства сильного голода, навязчивый подсчет калорий, содержащихся в съеденной пище.
- ❖ Депрессия, напряженность.
- ❖ Несмотря на значительное похудание очень подвижны, деятельны, работоспособны.
- ❖ Тоны сердца приглушены, брадикардия, гипотензия.
- ❖ Аменорея, усиленный рост волос на теле, у юношей — гипоплазия половых органов, феминизация.
- ❖ Неврологическое обследование может выявить рассеянную микросимптоматику.





III - КАХЕКТИЧЕСКИЙ

- ❖ Потеря веса 40-50% и более. Преобладают соматоэндокринные нарушения. После наступления аменореи похудание значительно убыстряется.
- ❖ Депрессия с астеническим синдромом
- ❖ Нет критики, продолжают упорно отказываться от еды.
- ❖ Развитие болезненных мышечных судорог, иногда возможны полиневриты (алиментарные полиневриты)
- ❖ Летальный исход



IV - ЭТАП РЕДУКЦИИ НЕРВНОЙ АНОРЕКСИИ

- ❖ астеническая симптоматика,
- ❖ страх поправиться,
- ❖ фиксации на патологических ощущениях со стороны желудочно-кишечного тракта.
- ❖ При прибавке массы тела актуализируется дисморфомания.
- ❖ По мере улучшения соматического состояния физическая слабость быстро исчезает.
- ❖ За 1-2 мес. выход из кахексии.
- ❖ В течение первых 2 лет возможны рецидивы синдрома, требующие стационарного лечения.

ВАРИАНТЫ НЕРВНОЙ АНОРЕКСИИ

- ❖ Бредовые мотивы, не касающиеся внешности больного.
- ❖ Галлюцинации императивного характера
- ❖ Страх подавиться пищей или опасением возникновения рвоты в общественном месте при наличии зафиксированной рвотной реакции. Несмотря на значительное похудание в связи с ограничением приема пищи, у этих больных редко наступает аменорея. Истощение, как правило, не доходит до кахексии. Вместе с тем на более отдаленных этапах заболевания может формироваться особое отношение к своей внешности без желания поправиться, несмотря на дефицит массы тела.)

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА С ШИЗОФРЕНИЕЙ

- ❖ Начальные этапы имеют много сходного. При шизофрении более выражены дисморфофобические симптомы, отказ от еды заменяется нелепым, вычурным «пищевым поведением». Рвота в виде воимомании с блаженством, экстазом.
- ❖ Еда вычурная. Отказ от еды не сопровождается внутренней борьбой. Аппетит снижается быстрее.
- ❖ Расстройства мышления, навязчивые явления, деперсонализация, сенестопатии,
- ❖ Наблюдается диссоциация между стремлением к стройности, грациозности и неряшливостью, неопрятностью.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА С ШИЗОФРЕНИЕЙ

- ❖ Падение активности уже на начальных этапах болезни, быстрое нарастание замкнутости, холодности и ожесточения к близким. Псевдоактивность - деятельность непродуктивна, бесцельна, без творческого роста.
- ❖ Иногда нарастают грубые психопатоподобные расстройства.
- ❖ Синдром нервной анорексии у мужчин чаще свидетельствует о шизофрении.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ

❖ На стадии кахексии необходимо дифференцировать с болезнью Симмондса, при которой кахексия наступает вследствие падения аппетита гипофизарного генеза, больной не боится располнеть, не сопротивляется лечению и с самого начала болезни жалуется на слабость, утомляемость. При болезни Симмондса редуют волосы на лобке и в подмышечных впадинах, что не характерно для НА.



ЛЕЧЕНИЕ

- ❖ зависит от сомато-психического состояния и выраженности кахексии.
- ❖ При потере массы тела не менее 10-15% от исходной – обязательно лечение в психиатрическом стационаре
- ❖ парентерально: дезинтоксикационные препараты, с введением гемодеза, реополиглюкина, гормональных и других препаратов. Возможна терапия инсулином.
- ❖ Витаминотерапия, мультивитамины. При анемии - препараты железа, а также в/м витамин В12.
- ❖ Нормализация деятельности сердечно-сосудистой системы
- ❖ Антацидные и адсорбирующие препараты, а также спазмолитики.
- ❖ Для регуляции стула при упорных запорах - слабительные.
- ❖ При депрессивных расстройствах назначают антидепрессанты:
- ❖ При повышенной раздражительности, возбудимости, тревожности, расстройствах сна - транквилизаторы

ЛЕЧЕБНОЕ ПИТАНИЕ

- ❖ Количество пищи вначале ограничено и увеличивается медленно.
- ❖ Для стационарных пациентов обычно рекомендуется прибавка веса 0,5–1,0 кг в неделю.
- ❖ Зондовое кормление – при необходимости
- ❖ Рост и вес должен быть измерен (соответственно в килограммах и метрах) и рассчитан как один из показателей тяжести голодания. Взвешивание следует по возможности проводить постоянно в одно и то же время суток и при одних и тех же условиях.
- ❖ Гипокалиемия обычно является следствием провоцируемой у себя рвоты и(или) злоупотребления слабительными средствами. В основе стойкой гипокалиемии может лежать гипомagneмизм или гипокальциемия. Гипонатриемия может быть следствием диареи и рвоты, злоупотребления мочегонными средствами или чрезмерного потребления воды.

Булимия

- **Нервная булимия** — заболевание, проявляющееся в чрезмерном, несдерживаемом аппетите с поглощением очень большого количества пищи и последующей искусственно вызываемой рвотой или приёмом слабительных средств

История

- Булимия отнюдь не порождение нового века с его культом худобы.
- Приступы переедания и вызванная рвота известны человечеству с древнейших времен. Например, врачи Древнего Египта рекомендовали воздерживаться от пищи и вызывать рвоту раз в месяц на протяжении трех дней для поддержания крепкого здоровья.
- О римских императорах, введших в моду вызывание рвоты для того, чтобы «освободить место» в желудке для продолжения пиршества, широко известно.



ЭТИОЛОГИЯ

Этиология нервной анорексии и следующей за ней нервной булимии изучена недостаточно. По данным многочисленных авторов, они имеют многомерный характер. Большое значение придается семейной ситуации (доминирующая роль матери), преморбидным особенностям больных, наличию в анамнезе частых заболеваний желудочно-кишечного тракта, влиянию микросоциальных факторов. Имеют значение такие черты личности, как аккуратность, упрямство, стремление к самоутверждению, активность, нередко в сочетании с ригидностью и нерешительностью, чрезмерной привязанностью к матери. Значимы психогенные факторы, влияние окружающей микросоциальной среды. Большую роль играет дисгармонически протекающий пубертатный период



Патогенез

- характеризуется сложным взаимодействием психических и соматических факторов. Развивающееся истощение и эндокринные нарушения отягощают психическое состояние, и между психогенными и соматогенными патогенетическими механизмами создается нечто вроде циркулярной зависимости



Анорексия и булимия

- В настоящее время имеется тенденция разграничивать нервную анорексию и нервную булимию как два разных варианта заболевания. Однако многолетнее изучение этой патологии показало, что это не варианты, а стадии одного заболевания. При этом собственно самоограничение в еде может иметь очень короткий (всего в несколько дней) период и пройти незаметно для окружающих, сменившись затем выраженным булимическим поведением. Иногда встречается и сосуществование нервной анорексии и нервной булимии, когда больные какое-то время резко ограничивают себя в еде, а затем не могут удержаться от поглощения очень большого количества пищи.

Анорексия и булимия

- С течением времени эти гиперфагии с обязательной последующей искусственно вызываемой рвотой нередко принимают характер навязчивого влечения, часто с гедонистическими переживаниями. К числу других психических нарушений при нервной анорексии (нервной булимии как второй стадии) относятся аффективные колебания, чаще в виде депрессий, реже — эйфории, ипохондрические переживания, в том числе навязчивого характера, связанные обычно с областью желудочно-кишечного тракта



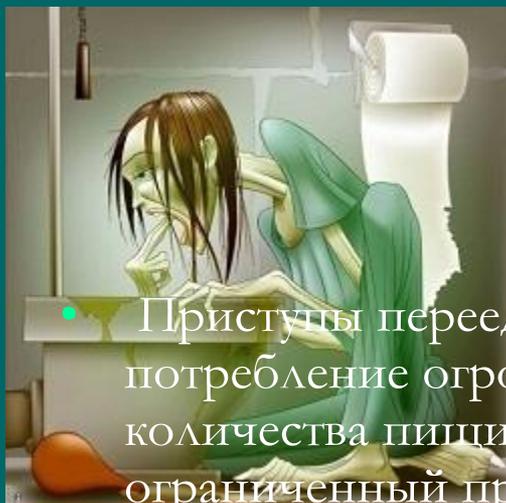
СИМПТОМЫ

- Одной из довольно типичных особенностей этих больных является стремление при собственном постоянном самоограничении в еде перекармливать других членов семьи и особенно младших братьев и сестер. При этом больные проявляют большой интерес и способности к приготовлению самых разнообразных блюд, иногда даже специально изучают для этого кухни разных стран



СИМПТОМЫ

- Приступы переедания, то есть потребление огромного количества пищи в ограниченный промежуток времени, сопровождающееся ощущением утраты контроля.
- Компенсаторное поведение, то есть любое поведение, направленное на избавление от съеденного, будь то вызывание рвоты, употребление слабительных и мочегонных или избыточные тренировки (для этого существует термин «спортивная булимия»).



Психосоматика

- Самооценка и самоощущение, даже настроение человека зависит от размера и веса тела. Взвесилась утром — весы показали плюс — настроение на весь день испорчено. Сказали на работе, что похудела — летаю как на крыльях.
- Человек, болевающий булимией, а таковыми могут быть и мужчины, и женщины, обладает изначально определенными психологическими особенностями. Это эмоционально подвижные, импульсивные, легко вовлекающиеся в новую деятельность люди. Их сложно однозначно отнести к интровертам или экстравертам — они застенчивы, сдержанны и робки в коммуникации, и при этом им хочется быть в центре внимания и завоевывать других. Результатом такого сочетания является постоянная неуверенность в себе.



Последствия

- Страдают зубы, которые «разъедает» желудочный сок. Развивается анемия, тахикардия — организму не хватает микроэлементов. Страдает эндокринная система — у булимиков часто наблюдается гормональная дестабилизация, нарушения деятельности щитовидной железы. Гастриты и нарушения деятельности желудочно-кишечного тракта тоже типичны.



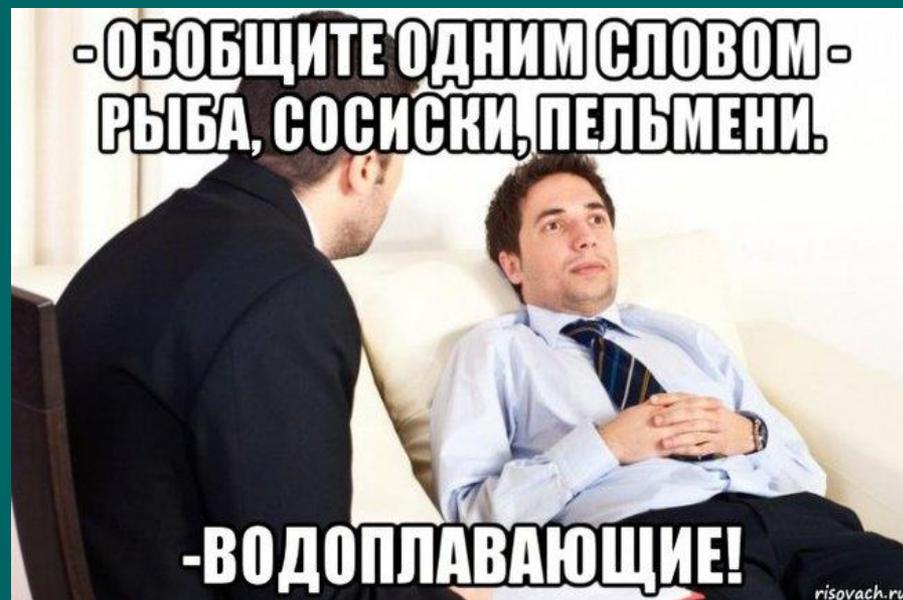
Лечение

- С первых же дней больным необходимо назначать дробное 6—7-разовое питание небольшими порциями с последующим постельным режимом.



Лечение

- психотерапия в различных вариантах в зависимости от преморбидных особенностей больных



Лечение

- Транквилизаторы и нейролептики с мягким спектром действия в небольших дозах
- Больным шизофренией с аноректическим синдромом показано лечение, применяемое при этом заболевании. При определении доз препаратов необходимо учитывать массу тела больных и степень выраженности вторичных соматоэндокринных нарушений.
- Ферментные препараты



Лечение

Вылеченная булимия может вернуться.

Её симптомы возвращаются, и порой без предупреждения. Согласно статистике ANAD, только 1 из 10 больных булимией обращается за медицинской помощью, признавая у себя расстройство пищевого поведения, и лишь половине из них удастся справиться с булимией полностью.

Поддерживать нормальное психологическое состояние правильнее всего умеренной физической активностью и сдерживанием стрессовых факторов (например, с помощью хобби или медитации). Но, пожалуй, главную роль здесь играет поддержка родных и близких или специализированных групп поддержки



Благодарю за внимание!

