

Печенкина Н. С., Хлыбова С.В., Циркин В.И.
**БЕРЕМЕННОСТЬ И РОДЫ ПРИ
НЕРВНОЙ АНОРЕКСИИ В СТАДИИ
КОМПЕНСАЦИИ (случай из практики)**

*ГОУ ВПО Кировская ГМА Росздрава, г. Киров
Кировский областной клинический
перинатальный центр*

Нервная анорексия (нарушение пищевого поведения) проявляется такими психологическими и соматическим признаками как низкая массы тела (30-35 кг), низкий индекс массы тела Кетле (ниже на 15% от нормы, избегание приема пищи или освобождение от принятой пищи (вызывание рвоты, прием слабительных средств, истощение чрезмерными физическими нагрузками), использование средств, подавляющих аппетит или диуретиков; наличие навязчивой сверхценной идеи – страха перед ожирением, у подростков - задержка полового развития, а женщин - аменорея [4,6,10]. Для нервной анорексии характерен высокий невротизм и тревожность (в стрессовой ситуации она реализуется в диффузную тревогу), а также высокий уровень враждебности, склонность к обсессивно-фобиче-

нимала пищу, в первые сутки - даже воду, а питание и поддержание водно-электролитного баланса осуществлялось только парентеральным путем. Проведена коррекция психотерапевтом, эндокринологом и терапевтом, что привело к его нормализации пищевого поведения. На 6-е сутки послеоперационного периода проведено тестирование по шкале госпитальной тревоги и депрессии (HERS). При этом установлен субклинический уровень тревоги и депрессии.

Пациентка была выписана домой на 9 сутки в удовлетворительном состоянии с новорожденной. Вес при выписке составил 39 кг. При выписке пациентка вскармливала ребенка грудью, лактация отмечалась в достаточном количестве.

Через месяц после родов вес пациентки составил 38,5 кг, женщина чувствует себя здоровой, ребенок развивается нормально, находится на грудном вскармливании.

Таким образом, благодаря комплексному воздействию во время беременности и в послеродовом периоде у роженицы сформирован сбалансированный пищевой режим, адекватный для периода кормления грудью, а также устойчивая мотивация приема пищи. Данный случай демонстрирует эффективность комплексного индивидуального подхода к ведению пациентки на всех этапах гестации с участием акушера-гинеколога, психотерапевта, терапевта и эндокринолога отделения патологии беременности, что позволило завершить гестационный процесс с благоприятным исходом для матери и ребенка.

Литература

1. Андреева В.О. //Российский вестник акушера-гинеколога. - 2004. - №4. - С. 30-32.
2. Игнатенко И.В., Давыдов А.И., Рыбин М.В. //Вопр. гинекологии, акушерства и перинатологии. - 2006. - №6. - С. 2-7.
3. Коденцова В.М., Вржесинская О.В. Витамины в питании беременных //Гинекология. - 2002. - №1. - С. 22-24.
4. Марилев В.В., Крисп А.Х., Бен-Товим Д.И. //Журнал неврологии и психиатрии. - 2000. - №2. - С. 19-22.
5. Серов В.Н. Рациональная витаминотерапия у беременных. - М.: 2007. - 32 с.
6. Цивилько М.А., Дмитриева Т.Н., Занозин А.В. //Журнал неврологии и психиатрии. - 1999. - № 3. - С.47-49.
7. Ших Е.В. //Эффективная фармакотерапия в акушерстве и гинекологии. - 2006. - №9. - С.6-11.
8. Bercane N., Uzan S. // Gynecol. Obstet. Biol. Repord. - 2004. - V. 33. - P.33-36.
9. Carella M. et al. // Obes. Res. - 1997. - V.5,

№3. - P.250-256.

10. Devaud C. //Rev Epidemiol Sante Publ. - 1995. - V. 43, № 4. - P. 347-360.

11. Grischke E.M. //MMN. Fartschr. Med. - 2004. - V. 146. - P. 29-30.

12. Hobbs W., Johnson C. //Am. Fam. Physician. - 1996. - V. 15, № 54. - P.4-5.

13. Kuboki T. et al. //Psychiatry Res. - 1996. - V. 16, № 62. - P. 11-16.

14. Oppliger R., Clarh R., Nielsen D. //J Orthopaedic SP. Phys Thenapy. - 2000. - V. 30, № 9. - P. 536-543.

Summary

Pregnancy and labor with anorexia nervosa at the stage of compensation

Pechenkina N.S., Hlybova S.V., Tsirkin V.I.

Kirov state medical academy, Kirov perinatal center (N.B. Symenowski)

Anorexia nervosa is a disorder of alimentary behavior marked by such psychological and somatic signs as low body mass (about 30-35 kilograms), the patient's tendency to avoid food intake or to release himself from the taken food (causing vomiting, taking purgatives, cachexia due to excessive stress, use of remedies depressing appetite or diuretics); the presence of a fixed idea - a fear of obesity, teenagers being subject to arrest of sexual development and women - to amenorrhea.

In the given article we analyze the course of pregnancy and labor of a patient who has been suffering from anorexia nervosa from the age of 6 and who was under our medical supervision in 2007. The correction realized by the physician, psychotherapist, and endocrinologist resulted in the normalization of the alimentary behavior. Thus, thanks to the complex therapy of a puerperal during the pregnancy and the postnatal period, a balanced dietary regimen adequate for breast-feeding was formed, as well as a stable motivation for food intake.

This case demonstrates the effectiveness of an integrated individual approach to the medical treatment in all the stages of a gestation.

Таблица

Изменение массы тела у беременной А.С.В.

Срок в неделях, I триместр	Прибавка массы, кг	Срок в неделях, II триместр	Прибавка массы, кг	Срок в неделях, III триместр	Прибавка массы, кг
5-7	+0,0	13-14	- 0,6	31-32	+ 0,8
8-9	- 1,0	15-16	+ 2,1	33-34	+0,0
10-12	+0,0	17-18	+0,4	35-36	+ 1,6
		19-20	+ 0,9	37-38	+ 0,8
		21-22	+0,5	39-40	+ 1,5
		23-24	+ 0,5		
		25-26	+0,6		
		27-28	+1,8		
		29-30	+0,5		
всего	- 1,0	всего	+5,8	Всего	+ 4,7

Для оценки психологического статуса пациентки в 13, 32 и 37 недель беременности было проведено тестирование (по методикам Айзенка, Тейлора и другим тестам), в том числе по шкале госпитальной тревоги и депрессии. Во всех случаях установлен высокий уровень невротизма и клинически выраженный уровень тревоги и депрессии, повышенная утомляемость, раздражительность, слабость тормозных процессов, неустойчивость аффекта, нарушение формулы сна, наличие соматических жалоб при отсутствии соматических болезней, чувство недовольства собой, снижение самооценки. Таким образом, нами не отмечено существенных изменений в психическом статусе беременной.

Данные биохимического анализа показали, что, в 5-6 недель ХС-ЛПВП составил 1,02 ммоль, ХС-ЛПНП – 2,5 ммоль, а в 37 недель соответственно – 0,8 ммоль, и 2,1 ммоль; общий белок крови составил соответственно 65 г/л и 60 г/л.

Для подготовки к родоразрешению пациентка была направлена в КОКПЦ при сроке 37 недель. При поступлении жалоб не предъявляла. Акушерский статус: положение плода продольное, предлежит головка, окружность живота 95 см, высота дна матки 35 см, сердцебиение плода ясное ритмичное 146 ударов 1 минуту. Влагалищное исследование: шейка матки «незрелая» (оценка по шкале Bishop E. – 2 балла).

Данные УЗИ (срок беременности по дате последней менструации 37 недель беременности): предполагаемая масса плода – 2900 г, плацента III степени зрелости, с наличием участков кальцификатов, толщина плаценты 30 мм, плод соответствовал сроку 35 недель гестации. Допплерометрия артерии пуповины: S/D отношение – 2,48 и Ri – 0,53. Данные кардиотокографии плода: при поступлении в стационар – 7 баллов по шкале Fisher W.

В течение 10 дней проведено комплексное лечение плацентарной недостаточности. Повторно проведенный анализ функционального состояния плода в сроке 38 недель методом кардиотокографии (8 баллов) и доплерометрии (S/D – 2,38 и Ri – 0,56) выявил удовлетворительное состояние плода. Позже при сроке беременности 40 недель диагностированы признаки гипоксии плода на фоне плацентарной недостаточности, а именно снижение суммарной оценки состояния плода по данным кардиотокографии до 6 баллов, ухудшение кровотока в артерии пуповины, по данным доплерометрии (S/D – 3,38 и Ri – 0,76). В связи с отсутствием готовности родовых путей на фоне прогрессирующей плацентарной недостаточности, субкомпенсации состояния плода по данным функциональной диагностики (кардиотокографии и доплерометрии), решено завершить беременность путем планового кесарева сечения. Произведена лапаротомия по Joel-Cochen и разрез матки в нижнем сегменте поперечным разрезом. Извлечена живая девочка весом 2900 г, ростом 51 см, с окружностью головы 34 см, окружностью груди 32 см. Оценка по шкале Апгар составила на 1-й минуте 7 баллов, на 5-й минуте – 8 баллов. Таким образом, несмотря на проводимую терапию, новорожденная имела признаки гипотрофии I степени.

Общая кровопотеря во время оперативного родоразрешения составила 500 мл. Послеоперационный период протекал без особенностей. Данные УЗИ матки на 5-е сутки послеоперационного периода: размеры матки 5,8×3,8×4,8 см, полость матки не расширена, эндометрий толщиной 3 мм, шейка матки без особенностей, в области придатков патологии не выявлено. Швы сняты на 8-е сутки, заживление первичным натяжением.

Психологический статус: с 1 по 3 сутки послеоперационного периода пациентка не при-

нимала пищу, в первые сутки - даже воду, а питание и поддержание водно-электролитного баланса осуществлялось только парентеральным путем. Проведена коррекция психотерапевтом, эндокринологом и терапевтом, что привело к его нормализации пищевого поведения. На 6-е сутки послеоперационного периода проведено тестирование по шкале госпитальной тревоги и депрессии (HERS). При этом установлен субклинический уровень тревоги и депрессии.

Пациентка была выписана домой на 9 сутки в удовлетворительном состоянии с новорожденной. Вес при выписке составил 39 кг. При выписке пациентка вскармливала ребенка грудью, лактация отмечалась в достаточном количестве.

Через месяц после родов вес пациентки составил 38,5 кг, женщина чувствует себя здоровой, ребенок развивается нормально, находится на грудном вскармливании.

Таким образом, благодаря комплексному воздействию во время беременности и в послеродовом периоде у родильницы сформирован сбалансированный пищевой режим, адекватный для периода кормления грудью, а также устойчивая мотивация приема пищи. Данный случай демонстрирует эффективность комплексного индивидуального подхода к ведению пациентки на всех этапах гестации с участием акушера-гинеколога, психотерапевта, терапевта и эндокринолога отделения патологии беременности, что позволило завершить гестационный процесс с благоприятным исходом для матери и ребенка.

Литература

1. Андреева В.О. //Российский вестник акушера-гинеколога.- 2004.- №4. - С. 30-32.
2. Игнатенко И.В., Давыдов А.И., Рыбин М.В. //Вопр. гинекологии, акушерства и перинатологии. – 2006.- №6.- С. 2-7.
3. Коденцова В.М., Вржесинская О.В. Витамины в питании беременных //Гинекология.- 2002.- №1.- С. 22-24.
4. Мариллов В.В., Крисп А.Х., Бен-Товим Д.И. //Журнал неврологии и психиатрии.- 2000.- №2.- С. 19-22.
5. Серов В.Н. Рациональная витаминотерапия у беременных. – М.: 2007.- 32 с.
6. Цивилько М.А., Дмитриева Т.Н., Занозин А.В. //Журнал неврологии и психиатрии.- 1999.- № 3.- С.47-49.
7. Ших Е.В. //Эффективная фармакотерапия в акушерстве и гинекологии. – 2006.- №9.- С.6-11.
8. Bercane N., Uzan S. // Gynecol. Obstet. Biol. Reprod.- 2004.- V. 33.- P.33-36.
9. Carella M. et al. // Obes. Res.-1997.-V.5,

№3.-P.250-256.

10. Devaud C. //Rev Epidemiol Sante Publique. - 1995.- V. 43, № 4.- P. 347-360.

11. Grischke E.M. //MMN. Fartschr. Med.- 2004. -V. 146. - P. 29-30.

12. Hobbs W., Johnson C. //Am. Fam. Physician. - 1996.- V. 15, № 54.-P.4-5.

13. Kuboki T. et al. //Psuchiatry Res. – 1996.- V. 16, № 62. - P. 11-16.

14. Oppliger R., Clarh R., Nielsen D. //J Orthopaedic SP. Phys Thenapy.- 2000.-V. 30, № 9.-P. 536-543.

Summary

Pregnancy and labor with anorexia nervosa at the stage of compensation

Pechenkina N.S., Hlybova S.V., Tsirkin V.I.

Kirov state medical academy, Kirov perinatal center (N.B. Symenowski)

Anorexia nervosa is a disorder of alimentary behavior marked by such psychological and somatic signs as low body mass (about 30-35 kilograms), the patient's tendency to avoid food intake or to release himself from the taken food (causing vomiting, taking purgatives, cachexia due to excessive stress, use of remedies depressing appetite or diuretics); the presence of a fixed idea – a fear of obesity, teenagers being subject to arrest of sexual development and women – to amenorrhea.

In the given article we analyze the course of pregnancy and labor of a patient who has been suffering from anorexia nervosa from the age of 6 and who was under our medical supervision in 2007. The correction realized by the physician, psychotherapist, and endocrinologist resulted in the normalization of the alimentary behavior. Thus, thanks to the complex therapy of a puerperal during the pregnancy and the postnatal period, a balanced dietary regimen adequate for breast-feeding was formed, as well as a stable motivation for food intake.

This case demonstrates the effectiveness of an integrated individual approach to the medical treatment in all the stages of a gestation.