

ЛЕЧЕБНАЯ ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ С РАССТРОЙСТВАМИ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ

Е.Е. Балакирева

ФБГУ «Научный центр психического здоровья» РАМН, Москва

В статье приводятся данные о том, что сочетание «неспецифического» и «специфического» лечения с психотерапией дает возможность выработать и закрепить у больного стабильный, правильный стиль пищевого поведения, о чем свидетельствует положительная динамика состояния и благоприятное катamnестическое наблюдение больных.

Ключевые слова: расстройства пищевого поведения, нервная анорексия, булимия, специфическая и неспецифическая терапия.

Нервная анорексия (НА) и нервная булимия (НБ) являются связанными расстройствами пищевого поведения, которые обычно начинаются в подростковом возрасте преимущественно у девочек. НА и НБ имеют одинаковые симптомы, такие как сознательное ограничение в еде (у больных с НБ на определенном этапе НА выявляется трудно преодолимое чувство голода с возможностью переедания), искаженный образ тела с мнимой избыточной массой и отрицанием истощенности, нередко — резистентность к терапии [1–9]. Согласно МКБ-10 расстройства приема пищи (РПП) относятся к поведенческим синдромам, связанным с физиологическими нарушениями и физическими факторами, и обозначаются при нервной анорексии F50.0, нервной булимии — F50.2. Актуальность проблемы обусловлена ростом этой патологии в последние десятилетия [8, 12], трудностями диагностики и лечения в связи со склонностью к диссимуляции, несвоевременностью обращения пациентов к специалистам, малой курабельностью психопатологической симптоматики, а также более ранним началом, увеличением остроты анорексической и особенно булимической симптоматики с vomitomаническими расстройствами [10, 11, 13–15].

Целью настоящей работы явилась разработка методов терапии НА с дифференцированными подходами к лечению и реабилитации больных, учитывающими особенности динамики синдрома (этапов его развития), нозологическую принадлежность, возраст больных и особенности соматического состояния.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Больные наблюдались в детском отделении Научного центра психического здоровья РАМН. Исследуемую выборку составили 80 пациентов (68 девочек и 12 мальчиков) в возрасте от 12 до 19 лет. В 30 случаях нервная анорексия была проявлением патологически протекающего возрастного криза (F50.0), в 50 случаях — синдромом при вялотекущей шизофрении (шизотипическое расстройство, F21.3–F21.4).

На основе детального изучения больных были выделены три основных типологических варианта синдрома: НА, синдром НА с доминированием булимии и синдром НА с доминированием булимии и vomitomаническими (вызывание рвоты) расстройствами.

Длительность заболевания составляла от 3 месяцев до 3 лет 8 месяцев, что позволяло установить признаки прогрессивности, если речь шла об эндогенно-процессуальной природе болезни. Большинство больных обращались к психиатру в состоянии тяжелого физического истощения — дистрофии с потерей веса до 20 % и кахексии с потерей веса свыше 25 %.

Катamnестически больные прослежены на протяжении от 3 до 10 лет.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Проведенное изучение показало, что при лечении больных нервной анорексией можно условно выделить «неспецифическую» и «специфическую» терапию. «Специфической» терапией мы обозначили нозологически ориентированное лечение, «неспецифической» — не зависящее от характера заболевания, в основном симптоматическое лечение и психотерапию, хотя включались и элементы специфического лечения.

Неспецифическая терапия заключалась в индивидуальном подходе к больному с учетом особенностей его личности и симптоматическом лечении, ориентированном на соматическое состояние пациента.

При лечении больных с синдромом нервной анорексии с булимией и vomitomаническими нарушениями была необходима немедленная госпитализация по витальным показаниям в психиатрический стационар

при потере веса свыше 20 % от исходного; назначение лечения в ранние сроки, сочетание медикаментозного лечения с психотерапевтическим воздействием, длительное катамнестическое наблюдение с терапевтической коррекцией в домашних условиях.

При госпитализации было желательно одновременное присутствие двух и более детей в отделении, что позволяло формировать положительный микроклимат с влиянием больных друг на друга. Это позволяло получить наглядное пособие о тяжести заболевания на отрицательном примере других больных.

Опыт показал, что необходимо тщательное контролирование питания больных с ведением листа наблюдения в условиях стационара с круглосуточным надзором, осуществление комплексной психотерапии и медикаментозного воздействия.

Всем пациентам с дистрофическими и кахексическими нарушениями назначалась щадящая диета (стол № 5) с ограничением количества жидкости (от 700 до 1000 мл) без учета внутривенных вливаний. Калорийность суточного рациона постепенно наращивалась от 700 до 2500 ккал в сутки. Правильность подобранного пищевого рациона контролировалась еженедельным определением массы тела больных.

Медикаментозное лечение на первом этапе (табл. 1) включало в себя общеукрепляющую терапию, направленную на коррекцию соматоэндокринных нарушений, и применение психотропных препаратов.

Таблица 1. Интенсивная терапия на неспецифическом этапе		
Препарат	Доза (суточная)	Количество (дни)
Глюкоза 10 % в/в	200–400 мл	№ 10
Инсулин	2–6 ед.	№ 10
Аминасол	500 мл	№ 3–5
Реополиглюкин	200 мл	№ 2–5
ККБ	50 мл	№ 3–5
Альбумин	100 мл	№ 5
Панангин	10–20 мл	№ 5–7
Трисоль	До 200 мл	№ 5
Хлосоль	До 400 мл	№ 3–5
Физраствор	До 400 мл	№ 10–15

Учитывая тяжесть соматического состояния больных, применялось внутривенное капельное введение следующих препаратов: глюкозы с добавлением инсулина, аминасола, реополиглюкина, ККБ, альбумина, физиологического раствора с эглонилом, хлосоли, трисоли. Больным назначалась общеукрепляющая витаминотерапия.

Удавалось повысить эффективность проводимой психофармакотерапии сочетанием с иммуномодуляторами (левомизол, декарис). Учитывая частое осложнение нарушения пищевого поведения анемией, применялись препараты железа, а также препараты,

нормализующие деятельность сердечно-сосудистой системы. Хотелось бы отметить применение препарата элькар, улучшающего энергетический метаболизм миокарда, способствующий бета-окислению жирных кислот в митохондриях в дозах от 7 до 42 капель. На фоне приема элькара объективно прибавка в весе проходила в два раза быстрее по сравнению с пациентами, которые не принимали элькар. Большинству больных в связи с наличием вторичных гастритов и колитов назначался церукал, ферментные препараты и гепатопротекторы (фосфоглиф, юниэнзим), антацидные и адсорбирующие препараты (денол, париет), спазмолитики (дюспаталин). Для регуляции стула применялись слабительные препараты. В единичных случаях использовались препараты энтерального питания: нутризон, нутри-дринк и нутризон-энергия. Вышеуказанная терапия с первых дней сочеталась с приемом психотропных препаратов (табл. 2). Все препараты назначались в возрастных дозах согласно инструкциям Минздрава, но первоначальные дозы зависели от тяжести состояния, а именно от дефицита веса больных.

Таблица 2. Терапия на неспецифическом этапе			
Класс	Химическая группа	Название препарата	Суточная доза
Антидепрессанты	Моноциклические	Флуоксетин	До 20 мг
	Растительные	Гелариум	До 30 мг
Нейролептики	Бензамиды	Эглонил	От 50 до 100 мг
	Фенотиазины	Неулептил	От 2 до 10 мг
		Трифтазин	До 7,5 мг
		Тералиджен	До 10 мг
	Пиперазиновые	Этаперазин	От 4 до 12 мг
	Атипичные трициклические	Азалептин	До 6,25 мг
Транквилизаторы	Бензодиазепины	Реланиум	От 2,5 до 10 мг
		Феназепам	От 0,5 до 1,5 мг
Ноотропы	Антиоксиданты	Мексидол	До 250 мг
		Альфатокоферол	До 0,3 мг
		Винпотропил	2 капсулы

С целью преодоления страха перед едой, а также для установления контакта с окружающими назначались преимущественно транквилизаторы (реланиум, феназепам). С целью преодоления тревоги и дезактуализации дисморфофобических расстройств, по мере улучшения соматического состояния назначались производные бензамидов (эглонил) от 50 мг/сут, обладающие антитревожным действием, воздействующие на генерализованную тревогу и нарушение сна, а также оказывающие противорвотное

действие, что особенно важно у больных с рвотным поведением. Препаратами выбора также являлись нейролептики из группы фенотиазинов — трифтазин, тералиджен (терален) до 10 мг/сут; этаперазин до 12 мг/сут, так как они практически не вызывали экстрапирамидных нарушений.

При наличии резко выраженного негативного отношения к лечению со склонностью к психопатоподобным формам поведения применялся нейролептик из группы фенотиазинов — неулептил с избирательным действием к психопатическим и психопатоподобным нарушениям, в то же время не вызывающий вялости, заторможенности, пассивности. Суточная доза составляла от 2 до 5 мг. Этот же препарат применялся у больных с наличием булимических расстройств, но доза его возрастала до 10 мг/сут.

Для купирования булимии использовался антидепрессант из группы моноциклических — флуоксетин в дозе от 20 до 40 мг/сут.

У большинства больных ухудшение состояния происходило на фоне даже незначительной прибавки веса, так как оживлялась актуализация «опережающих» дисморфофобических расстройств, что требовало внесения коррекции в терапию. При выраженности навязчивых явлений добавлялся атипичный трициклический нейролептик — азалептин (максимально до 6,25 мг/сут). Период неспецифического лечения варьировал в среднем от 7 дней до 3 недель. Удавалось вывести больных из дистрофии и даже кахексии, в то время как улучшение психического состояния происходило значительно медленнее. Это требовало дальнейшего наращивания доз применявшихся препаратов, возникала необходимость смены или сочетания нейролептиков, что определялось нозологической принадлежностью основного синдрома и его клинической структурой.

Специфическая терапия

Дифференцировалось лечебное воздействие на ассоциированную с эндогенным процессом позитивную симптоматику и негативные изменения. Опыт показал эффективность сочетания нейролептиков с антидепрессантами из группы моноциклических — флуоксетина и его аналогов (до 40 мг), которые обладали положительным влиянием на когнитивные процессы и стимулирующим действием (табл. 3). При менее остром состоянии использовались трициклические антидепрессанты, а также антидепрессанты из группы бициклических (паксил до 20 мг/сут), при преобладании позитивных расстройств психотического уровня использовались трициклические антидепрессанты — амитриптилин до 50 мг максимально, мелипрамин до 37,5 мг. На фоне лечения редукция расстройств отмечалась к 4–5 неделе лечения, если терапия была начата на первом этапе.

При бредовой анорексии требовалось введение больших доз нейролептиков из группы бутирофенонов (галоперидол или сенорм) в сочетании с атипич-

Таблица 3. Терапия на специфическом этапе			
Класс	Химическая группа	Название препарата	Суточная доза
Анти-депрессанты	Моноциклические	Флуоксетин	20–60 мг
	Бициклические	Паксил	10–20 мг
		Золофт	До 6 мг
	Трициклические	Мелипрамин	37,5 мг
		Амитриптилин	До 50 мг
Нейролептики	Бутирофеноны	Галоперидол	До 3 мг
		Сенорм	До 4,5 мг
	Фенотиазины	Неулептил	5–18 мг
		Трифтазин	До 30 мг
		Тералиджен (терален)	До 20 мг
		Сонапакс	15–50 мг
	Пиперазиновые	Этаперазин	До 16 мг
	Атипичные трициклические	Азалептин	12,5–25 мг
		Хлорпротиксен	30 мг
		Труксал	30 мг
	Ксантены и тиоксантены	Флюанксол	До 6 мг
		Эглонил	До 600 мг
	Производные бензамидов	Рисполепт	3 мг
	Бициклические производные		
Транквилизаторы	Бензодиазепины	Элениум	До 5 мг
		Седуксен	До 10 мг
		Реланиум	До 10 мг
		Феназепам	До 1 мг
Ноотропы	Сборная группа	Ноотропил	До 800 мг
		Винпоцетин	До 3 капсул
		Фенибут	500 мг
		Гаммалон	3 таблетки
		Аминалон	3 таблетки
		Пантогам	750 мг

ными трициклическими производными нейролептиков (азалептин до 25 мг/сут) или комбинация из нескольких нейролептиков разных групп: бутирофеноны и ксантены с тиоксантенами (галоперидол с хлорпротиксеном или труксалом); фенотиазины (трифтазин) и производные бензамидов (эглонил), а также одновременное применение производных фенотиазинов (трифтазин и неулептил).

У больных со стойкими рвотами оказалось наиболее эффективным сочетание нейролептиков из группы фенотиазинов (этаперазина) с тераленом, в котором проявлялось противорвотное действие,

и комбинация бутирофенонов (галоперидол) и фенотиазин (трифтазин). Эффективным было применение нейролептика из группы фенотиазинов — неуплетила в схеме: 2 мг утром — 3 мг вечером.

При наличии бредовой дисморфомании или дисморфоманических реакций положительный результат достигался путем сочетания атипичных трициклических производных нейролептиков (азалептин) с нейролептиками из группы фенотиазинов (трифтазин, этаперазин), фенотиазинов и бутирофенонов, а также применением атипичного бициклического производного нейролептика — респолепта в дозе до 3 мг/сут.

Синдром нервной анорексии с эпизодами протестно-оппозиционного характера или конверсионными расстройствами купировался введением фенотиазинов (сонапакс или неуплетил в сочетании с транквилизаторами из группы бензодиазепинов (элениум, седуксен), а также антидепрессантами из группы бициклических (золофт, паксил).

Если преобладали депрессивные, тревожно-фобические, obsessive явления, то на фоне продолжающейся общеукрепляющей терапии постепенно наращивались дозы нейролептиков, и по показаниям добавлялись транквилизаторы или антидепрессанты.

В периоды эскалации личностной тревоги с утяжелением клинической картины в целом показано введение антидепрессантов с анксиолитическим эффектом из групп би- и трициклических антидепрессантов и ингибиторов МАО: золофта, паксила, амитриптилина, аурорика, транквилизаторов из группы бензодиазепинов. Обнаруживается эффективность применения бициклических производных нейролептиков (респолепт) при наличии тревожно-obsessive симптоматики.

При булимических нарушениях применялись транквилизаторы из группы бензодиазепинов (элениум, реланиум, феназепам) в микродозах в сочетании с антидепрессантами из группы трициклических, а также из группы моноциклических (флуоксетин, до 60 мг/сут). Хорошего эффекта удавалось добиться приемом препаратов зверобоя, обладающих антидепрессивным и анксиолитическим действием. Продолжительность курса составила не менее 4,5 недель. Учитывая негативное отношение родителей пациентов и самих детей к психотропной терапии, назначение препаратов зверобоя имело положительный результат. Родители охотно давали препарат в амбулаторных условиях, так как были убеждены, что препарат растительного происхождения обладает минимальной токсичностью.

После выписки больные наблюдались катамнестически с обязательной регулярной коррекцией терапии, контролем соматического состояния, а также с дальнейшей психотерапевтической работой не только с пациентом, но и с его семьей, которая в большинстве случаев недооценивала тяжесть больного при поступлении. Больные при патологически протекающих возрастных кризах в большинстве случаев были выписаны под наблюдение районного психиатра без специальной психотропной терапии.

Длительное катамнестическое наблюдение больных с патологически протекающими возрастными кризами показало хорошую социальную адаптацию больных и отсутствие сколько-нибудь выраженных изменений личности. Ни у одного пациента в дальнейшем не выявлялось выраженного анорексического поведения, не отмечалось и «рвотного реагирования» на прибавку массы тела.

У больных с синдромом нервной анорексии при шизофрении на фоне терапии появлялась частичная критика к болезненному состоянию, дети становились социально адаптированными. При шизофрении с синдромом нервной анорексии с доминированием булимии исход заболевания был наиболее благоприятным. За счет чередования булимической симптоматики с анорексической больные не достигали тяжелого физического истощения, что позволяло сокращать сроки госпитализации. Изменения в эмоционально-волевой сфере, расстройства мышления здесь были незначительными при формальной сохранности интеллекта. Для шизофрении с доминированием булимии и vomitomanii было характерно особенно затяжное волнообразное течение со склонностью к рецидивированию. Катамнестическое наблюдение показало, что у большинства этих больных, несмотря на поддерживающую терапию, проводимую в амбулаторных условиях, в течение 6 месяцев после выписки наступал рецидив анорексического поведения.

Полученные результаты свидетельствуют о том, что применение комплексной терапии у преобладающего большинства больных позволяет не только повысить массу тела, но и уменьшить мотивационные, вегетативные, эмоционально-аффективные расстройства, снизить напряженность механизмов психологической защиты, повысить уровень самооценки. Сочетание «неспецифического» и «специфического» лечения с психотерапией дает возможность выработать и закрепить у больного стабильный, правильный стиль пищевого поведения, о чем свидетельствует положительная динамика состояния и благоприятное катамнестическое наблюдение больных.

Список литературы
см. на сайте <http://logospress.ru/stpn>

Therapeutic management of patients with an eating disorder

E.E. Balakirev

FSI "Research Center for Mental Health", RAMS

The article provides data that. A combination of "nonspecific" and "specific" treatment with psychotherapy provides an opportunity to develop and consolidate the patient is stable, the right style of eating behavior, as evidenced by the positive changes in the state and favorable katamnestic monitoring of patients.

Key words: eating disorders, anorexia nervosa, bulimia, specific and non-specific therapy.