

РОЛЬ ДИЕТОТЕРАПИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ НЕРВНОЙ АНОРЕКСИЕЙ И БУЛИМИЕЙ

М.А. ЦИВИЛЬКО, Г.Ш. ДРОЗДОВА

Кафедра психиатрии и медицинской психологии РУДН. Москва. 117419, ул. Донская 43.
Медицинский факультет

Изучено 67 больных нервной анорексией. Основными методами исследования были: клинико-психопатологический с соматическим, неврологическим и лабораторным обследованием, клинико-катамнестический и экспериментально-психологический. В результате исследования были сделаны выводы о том, что диетотерапия занимает важное место в комплексном лечении и реабилитации больных нервной анорексией, а индивидуальные особенности диеты при комплексном лечении больных должны зависеть от варианта нервной анорексии, длительности заболевания, тяжести имеющихся психических и соматических расстройств.

Ключевые слова: диетотерапия, нервная анорексия, булимия.

Нервная анорексия – патология, развивающаяся, как правило, в подростковом и юношеском возрасте, преимущественно у лиц женского пола. Она заключается в недовольстве собственной внешностью в связи с убежденностью в наличии мнимой или резко преувеличиваемой полноты и предпринимаемых способах коррекции предполагаемых недостатков. Это выражается прежде всего в виде ограничения в еде или сознательном отказе от пищи, в результате чего развиваются вторичные соматозендокринные расстройства вплоть до кахексии с возможным летальным исходом. Наряду с соблюдением диеты больные выполняют интенсивные физические упражнения, прибегают к приему слабительных, мочегонных средств, вызывают искусственную рвоту. Динамика синдрома нервной анорексии характеризуется появлением, а в дальнейшем и усилением булимической симптоматики в виде наступления периодов сильного чувства голода, невозможности насыщения, результатом чего является возникновение приступов переедания, нередко сопровождающихся вызыванием рвоты. Многолетние исследования сотрудников кафедры психиатрии и медицинской психологии РУДН свидетельствуют о том, что булимическим расстройствам всегда предшествует этап нервной анорексии, что дает основание говорить о нервной анорексии и так называемой нервной булимии как о единой патологии. В МКБ-10 нервная анорексия и нервная булимия выделяются как две самостоятельные формы патологии, однако относятся к одной группе заболеваний – пищевым расстройствам. В то же время многие исследователи подчеркивали сходство и неразрывную связь булимической симптоматики с аноректическим поведением. [3,4,6]. Нервная анорексия сотрудниками кафедры рассматривается либо как самостоятельное заболевание в рамках пограничной психической патологии, либо как синдром при эндогенном процессе [1].

Патология пищевого поведения и вторичные соматозендокринные сдвиги являются основными проявлениями заболевания. Разработка адекватных методов лечения и реабилитации больных с данными расстройствами остается актуальной до настоящего времени.

Нервная анорексия и булимия требуют длительного комплексного лечения.

Оно включает в себя:

- психофармакотерапию,
- диетотерапию,
- коррекцию вторичных соматозендокринных расстройств,
- психотерапию.

Этому вопросу уделяли внимание многочисленные зарубежные исследователи (Pauline S. Powers [1984]; Alexander R. Lucas, Diane M. Huse [1992]; Mary Story [1986]; Cheril L. Rock [1996]). Что касается изучения данной темы в отечественной психиатрии, то этому посвящены единичные работы, в частности монография “Нервная анорексия” М.В.Коркина, М.А.Цивилько, В.В.Марилев (М., “Медицина”, 1986).

Целью настоящего исследования является рассмотрение диетотерапии пациентов с нервной анорексией и булимией. Специальных исследований этой проблемы в отечественной литературе не проводилось.

В его основу было положено исследование более 2000 больных с данным заболеванием, которое проводилось сотрудниками кафедры РУДН около 30 лет. Более детальному исследованию, связанному с вопросами диетотерапии, подверглись 67 больных. Больные были изучены комплексно. Основными методами исследования являлись: клинико-психопатологический с соматическим, неврологическим и лабораторным обследованием, клинико-катамнестический и экспериментально-психологический.

Следует отметить, что диета или целенаправленные изменения пищевого выбора, являющиеся началом коррекции веса при нервной анорексии, часто развиваются как механизмы копирования или как эмоциональный ответ на неблагоприятные жизненные события [8]. Физические и психологические предпосылки голодания являются мощными факторами, препятствующими выздоровлению. Неправильный пищевой режим может способствовать затягиванию курса лечения у некоторых пациентов и развитию необратимых соматических осложнений, связанных с похуданием. [1,8]

Целями диетотерапии являются: восстановление веса, стабилизация его в пределах естественных границ и нормализация пищевого поведения. Ее задачами являются оценка настоящего и идеального веса тела, оценка калорийных нужд, составление диеты для стабильной прибавки веса и диеты для дальнейшего поддержания его.

В первую очередь необходимо определить для пациентки ее идеальный вес. Одним из наиболее распространенных методов являются таблицы Роста и Веса, разработанные различными авторами, в частности в США – страховой компанией Metropolitan.

Также может использоваться формула Hamwai при оценке идеального веса тела учитывает, что росту в 152 см соответствует вес 45.5 кг для женщин и 48.5 кг для мужчин. При этом на каждые 2.5 см роста прибавляется 2.3 кг веса для женщин и 2.7 кг у мужчин.

Другой быстрый метод оценки веса был предложен Keys: рост в метрах умножается на коэффициент, равный 20.6 для женщин и 22.1 для мужчин.

Некоторые авторы считают, что не вес, а идеальное количество жировой массы тела должно быть целью диетотерапии. Жировая масса тела может быть определена суммой величины в мм кожных складок над бицепсом, трицепсом, надлопаточной и подвздошной мышцами. [2]

Низкая жировая масса тела у больных нервной анорексией может быть ошибочно принята за норму для тренированных людей. Однако при этом у больных будет низким и вес худого тела. Слишком низкая жировая масса тела может сочетаться с аменореей. [3,6]

Диетотерапия должна учитывать пропорциональное увеличение массы худого тела и жировой массы тела.

При составлении начальной диеты для пациента необходимо рассчитать объем и калорийность суточного рациона, которые должны соответствовать или несколько превышать его энергетические расходы. Для определения калорийности начальной диеты используется величина энергетических затрат.

Калорийные затраты определяются возрастом, ростом, полом и настоящим весом. Их оценка необходима для регулирования прибавки веса. Для расчета основных энергетических расходов в обычной практике можно использовать уравнения Harris-Benedict [9]:

$$\text{Женщины ОЭР} = 655 + (9.6 \times M) + (1.8 \times P) - (4.7 \times B)$$

$$\text{Мужчины ОЭР} = 665 + (13.7 \times M) + (5 \times P) - (6.8 \times B)$$

Обозначения: М-текущая масса тела, кг; Р-рост, см; В-возраст, годы, ОЭР-основные энергетические затраты.

К этой величине основных затрат энергии добавляют еще 30, 50 или 100% в случае малоподвижного образа жизни, умеренной активности или напряженной деятельности соответственно. [9]

Обычно калорийность собственной диеты пациента на 200-300 кКал меньше, чем его текущие энергетические расходы. Если это различие меньше, чем 200 кКал, то для начальной диеты можно использовать калорийность диеты пациента. [6]

Анализируя собственный материал, следует сказать, что начальная калорийность также должна зависеть от степени кахексии пациента, тяжести вторичных сомато-эндокринных сдвигов (в частности наличия безбелковых отеков или отеков вследствие электролитного дисбаланса). Обычно, нужно начинать с диеты 1200-1500 кКал в день и постепенно (в течение 1-2 недель) увеличивать ее до 2500 кКал. Дальнейшее увеличение диеты должно быть индивидуальным, соответственно прибавке массы тела пациентом и его энергетическим затратам. Большинство больных дают вполне удовлетворительную прибавку веса (приблизительно 200-300 гр в неделю) при диете в 3000-3600 кКал. [4,1]. По нашим данным у пациентов с выраженной кахексией (потерей массы тела больше 30-40% от начальной) в первые недели лечения может вообще не быть прибавки массы тела, а иногда наблюдается и снижение ее. Падение веса обычно происходит за счет исчезновения отеков, с которыми пациенты часто поступают на лечение, или же которые возникают в первые дни стационарирования, на фоне изменения питания пациента. Отсутствие прибавки массы тела в начале терапии может быть связано с различными действиями больных, которые испытывают сильный страх перед увеличением веса. Пациентки могут делать специальные физические упражнения, увеличивать физическую активность – интенсивно ходить после приема пищи на прогулках, принимать большое количество слабительных, вызывать рвоту. Для коррекции поведения в этом случае необходимо усилить лекарственное воздействие [1]. Все психотропные препараты назначаются с особой осторожностью и в малых дозах в связи с низким весом пациентов с нервной анорексией. При лечении нервной анорексии используются такие антидепрессанты, как: амитриптилин, анафранил, флувоксамин, сертралин, коаксил. Иногда необходимо добавление нейролептиков для коррекции сверхценных и бредовых идей, часто используют галоперидол, этаперазин. [1]

Обычно очень сложно прогнозировать количество граммов, которое пациент будет прибавлять еженедельно. Было обнаружено, что при потреблении около 7500 кКал в день прибавка в весе будет приблизительно 1 кг в неделю для больных нервной анорексией. [4] Однако, если начинать с высококалорийной диеты или быстро наращивать ее калорийность, у пациентов могут возникнуть различные функциональные расстройства пищеварительной системы (например обострения гастрита).[1,4]

Первой целью диетотерапии является прекращение потери веса у пациента и постепенное регулирование его пищевого поведения. С пациентом может обсуждаться калорийность диеты, также должен обсуждаться вопрос о соотношении пищевого потребления и активности (энергетических затрат) [6]

Мы, как и многие зарубежные авторы, рекомендуем 3-разовый прием пищи с 2 дополнительными «перекусами» для пациентов с нервной анорексией и булимией. Необходимо объяснить пациентке, что после еды она, возможно, будет испытывать неприятные ощущения в виде тяжести в желудке, изжоги и прочее. Это является естественной реакцией на прием пищи, и постепенно с нормализацией работы пищеварительной системы неприятные ощущения исчезнут. Когда пациентка находится на этапе восстановления веса, она должна есть под надзором и съедать полностью всю порцию [1,4]. Прием пищи должен производиться только в определенные часы, запрещается приносить пищу в палату. Только при достаточном наборе веса можно разрешить пациенту питаться самостоятельно. Если еда будет легко доступна, то у больных могут возникнуть или продолжаться булимические расстройства.

Диета должна включать в себя продукты из 4 основных пищевых групп, а также быть сбалансированной по витаминно-минеральному составу. Порции необходимо постепенно увеличивать по объему и калорийности. Увеличение калорийности диеты должно быть индивидуальным, начинать можно с 200 кКал в день [1,6].

Обычно почти все больные боятся начать правильно питаться и с трудом отказываются от своих пищевых привычек и ритуалов, связанных с приемом пищи. Многие пациенты боятся начинать есть, так как они считают, что могут потерять контроль и стать слишком полными в связи с перееданием. Поэтому врач должен уделять большое внимание проблемам пациентов и обсуждать вместе с ними калорийность, состав диеты, размер порции. В начале лечения больные могут ощущать приступы тревоги до, во время или после приема пищи. Для ее уменьшения могут использоваться следующие способы:

- эмоциональная поддержка и ободрение со стороны врача, мед. персонала, осуществляющего надзор за приемом пищи;
- объяснение пациенту, что тревога часто возникает при нормализации пищевого поведения и начале набора веса;
- информирование пациента о необходимости правильного питания, о роли пищи для роста, развития и поддержания функций организма;
- использование релаксационных психотерапевтических техник и фармакологических препаратов.

Главной целью диетотерапии при булимических расстройствах является восстановление нормального пищевого поведения и редуцирование циклов, связанных с рвотами или так называемым «очищающим» поведением, так как вес у большинства этих пациентов обычно снижен незначительно или находится в пределах нормы. «Очищающее» поведение или «очистка» – это действия пациента, направленные на уменьшение усвоения пищи организмом и похудание. Это может быть многократное промывание желудка, прием слабительных и/или мочегонных средств.

У больных нервной анорексией с булимическими расстройствами пищевое поведение характеризуется циклами голодания или диеты с последующими приступами перееданий и рвот. Большинство этих пациентов не понимает, что значит есть «нормально». Часть из них считает, что вызывание рвот – это естественно, поэтому им нужно объяснить, что они все-таки могут и должны контролировать свое поведение.

Литература

1. М.В.Коркина, М.А.Цивилько, В.В.Марилов: Нервная анорексия. – М.: Медицина, 1986.
2. Pauline S. Powers, Robert C. Fernandez: Current Treatment of Anorexia Nervosa and Bulimia. – New York, 1984.
3. Alexander R. Lucas and Diane M. Huse: Behavioral disorders affecting food intake: Anorexia nervosa and Bulimia. Modern Nutrition in Health and Disease, chapter 66. 1450-1457.
4. W. Hersoff: The Course of eating disorders: long-term follow-up studies of anorexia and bulimia nervosa, – Berlin, 1992.
5. Mary Story: Nutrition management and dietary treatment of bulimia // J. of Am. Dietetic Association: april 1986; 86 (4).
6. Diana M. Huse, Alexander R. Lucas: Dietary treatment of anorexia nervosa // J. of Am. Dietetic Association: 83 (6).
7. Diana M. Huse, Alexander R. Lucas: Dietary patterns in anorexia nervosa // The American J. of Clinical Nutrition, august 1984; 40: 251-254.
8. Cheryl L. Rock, Joanne Curran-Celentano: Nutritional management of eating disorders // J. of Psychiatric Clinics of North America. 1996; 19 (4)
9. Т.П. Харрисон: Внутренние болезни. – М.: Медицина, 1993, Т. 2, – с.359-402.

ROLE OF THE DIETETICS IN THE TREATMENT OF PATIENTS WITH ANOREXIA NERVOSA AND BULIMIA

M.A. TCHIVILKO, G.S. DROZDOVA

Department of Psychiatry and Medical Psychology RPFU. *Moscow, 117419. Donskaya st. 43*
Medical faculty.

67 patients with anorexia nervosa were studied. The basic instruments of the research were clinically-psychopathological method with somatic, neurological and laboratory examinations; clinically-catamnestic and experimentally-psychological methods. The following conclusions were drawn as a result: diet therapy ranks an important place in complex treatment and rehabilitation of anorexia nervosa patients. Individual features of the diet should depend on the variant of anorexia nervosa (anorexia nervosa without bulimic disorders and anorexia nervosa with bulimic disorders: bulimia as a symptom, stage and the bulimic variety of anorexia nervosa); duration of the disease and severity of present psychical and somatic disorders.

Key words: diet, anorexia nervosa, bulimia.