



НЕРВНАЯ АНОРЕКСИЯ, КАХЕКСИЯ: СМЕРТЕЛЬНЫЙ ВЫБОР

*«Педиатрический консилиум: разбор
сложных клинических случаев»*

Сиротченко Т.А., Скрибцова Я.Н.
ФГБОУ ВО ЛГМУ им. Свт. Луки Минздрава России
29 мая 2024

Нервная анорексия (НА) — расстройство пищевого поведения, характеризующееся намеренной избыточной потерей массы тела, вызванной и поддерживаемой самим пациентом из-за страха набрать вес и искажённого восприятия собственного тела.

Люди, страдающие анорексией, прилагают огромные усилия для того, чтобы контролировать свой вес, что приводит к негативным последствиям для здоровья, а нередко - к смерти.



- ▶ **В основе заболевания лежит дисморфофобия — синдром, который характеризуется обостренным вниманием к собственной внешности, переживаниями о ее несовершенстве.**
- ▶ **Дисморфофобия изначально появляется из-за реальных, а также мнимых недостатков внешности, насмешек сверстников, неосторожных замечаний родителей, учителей, чаще всего синдром встречается у подростков. Считается, что недовольство и критичное отношение к внешности являются признаками переходного возраста и присущи 80% подростков.**

Нервная анорексия

Косвенные признаки:

1. Сверхценность веса и внешности, искажение образа собственного тела
2. ИМТ составляет 17.5 или ниже, а у детей и подростков ИМТ по возрасту до 5-го перцентиля (может проявляется не снижением веса, а отсутствием прибавки)
3. Общее эндокринное расстройство, включающее гипоталамо-гипофизарно-гонадную ось
4. Ограничение в питании, отказ принимать пищу с семьей , ритуализированные приемы пищи
5. Упоминание о необходимости набрать вес вызывает сильные эмоциональные реакции и сопротивление «Я УЖЕ СЕГОДНЯ ЕЛА/ЕЛ»
6. **Преднамеренное** снижение веса самим пациентом

▶ **Ограничительный тип**

- ограничение пищи (диеты, голодание)
- Чрезмерные физические нагрузки

▶ **Очистительный тип**

- Вызывание рвоты
- Прием слабительных или диуретиков



Современные классификации расстройств пищевого поведения

МКБ-10	DSM-V
Нервная анорексия Атипичная нервная анорексия	Нервная анорексия • очистительный тип • ограничительный тип
Нервная булимия Атипичная нервная булимия	Нервная булимия
Переедание, связанное с другими психологическими расстройствами	Компульсивное переедание
Рвота связанная с другими психологическими расстройствами	
Другие расстройства приема пищи (Пика у взрослых, психогенная утрата аппетита)	Другие специфические расстройства приема пищи(OSFED)
Расстройства приема пищи, не уточненные	
Расстройства приема пищи в младенчестве и детском возрасте	Избегающе - ограничительное расстройство приема пищи Расстройство руминации
Пика(поедание не съедобного) у младенцев и детей	Пика (у детей, у взрослых)

С развитием нервной анорексии появляются следующие признаки:

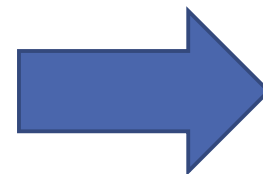
- **резкое похудение за короткое время (потери до 50% от первоначального веса)**
- **неадекватное восприятие своей фигуры;**
- **изменение пищевых привычек, в частности, отказ от любимой еды или резкое снижение ее количества;**
- **тщательно отслеживание количества и калорийности продуктов;**
- **строгие диеты с кратковременным результатом;**
- **введение пищевых ритуалов: пережевывание, определенное время приема пищи;**
- **чрезмерные занятия спортом;**
- **ощущение холода, головокружения,**
- **нарушение сна;**
- **быстрая утомляемость;**
- **ломкость ногтей, значимое выпадение волос, сухая кожа;**
- **нарушение менструального цикла до полной аменореи;**
- **нарушение работы желудочно-кишечного тракта: спазмы, боль, запоры, вздутие;**
- **проблемы с зубами из-за часто вызываемой рвоты: эрозия эмали, повышение чувствительности зубов;**
- **снижение артериального давления, температуры**

Чем раньше близкие заметят эти признаки и настоят на комплексном обследовании, тем выше шансы вылечить пациента!!!!

ВСЕ ОСНОВНЫЕ СИМПТОМЫ **НА** НЕ ПОЯВЛЯЮТСЯ МГНОВЕННО!

Главные вопросы:

- 1) Где были родственники и куда они смотрели?
- 2) Обращались ли за медицинской помощью?
- 3) Видели ли подростка медицинские работники?



Клинический случай

Пациентка А.

2006 года рождения (16 лет)

- ▶ **22.09.23г. в 13.30** поступила в отделение анестезиологии и реанимации ГБУЗ ЛРДКБ в связи с тяжестью состояния с приема гастроэнтеролога консультативной поликлиники ЛРДКБ;
- ▶ **Жалобы:** Потеря массы тела, запоры, боли в животе, отрыжка воздухом, кислый привкус во рту, головокружение.
- ▶ **Анамнез заболевания:** со слов – около года назад девочка стала ограничивать себя в пище, т.к. была не довольна своим весом и хотела похудеть. Состояние ухудшилось после психологической травмы (гибель отца - участника СВО). С подобными жалобами обратились к гастроэнтерологу в марте 2023 года (**вес – 28,0 кг**), в апреле лечилась в дневном стационаре по месту жительства. Летом, в домашних условиях, вес увеличился **с 28,0 до 34,0 кг**. В настоящее время утверждает, что аппетит и объем съедаемой пищи нормальный, но массу **продолжает терять (вес-26 кг)!!!** Отмечает запоры, стул только после микроклизм и/или приема слабительных. В связи с резким ухудшением общего состояния обратилась за медицинской помощью. **По тяжести состояния с амбулаторного приема госпитализирована в ОРИТ ЛРДКБ!!!**



Первичный осмотр от 22.09.2023

- ▶ Состояние ребенка тяжелое. Тяжесть обусловлена тяжелой белково-энергетической недостаточностью, метаболическими нарушениями, вероятнее всего алиментарного генеза.
- ▶ В сознании, доступна продуктивному контакту. Голос тихий, речь замедленная. Очаговой менингеальной симптоматики нет.
- ▶ Кожные покровы бледные, сухие, слизистые оболочки бледно-розовые, сухие. Тургор тканей снижен. Подкожно-жировой слой отсутствует. Выраженный дефицит мышечной массы. Периферических отеков нет. **Взвешивание в поликлинике -26 кг, рост 159, ИМТ 10.28**
- ▶ Температура 36.2 С.
- ▶ Дыхание через нос свободное. Катаральных явлений нет.
- ▶ Аускультативно в легких дыхание проводится во все отделы, равномерно ослаблены над всей поверхностью легких, хрипов нет. СД – 15, SpO2 – 99%.
- ▶ Тоны сердца глухие, ритмичные, брадикардия 48-50, АД 90/50.
- ▶ Живот запавший, пальпации доступен. Перистальтика вялая.
- ▶ Физотправлений при поступлении не было. Со слов девочки мочеиспускание сохранено, самостоятельного стула нет, регулярно делает микроклизмы и принимает слабительные (последний раз накануне вечером).
- ▶ **Госпитализирована в ОРИТ ЛРДКБ в связи с тяжестью состояния**

В поликлинике выполнено:

- ▶ **ЭКГ:** Ритм синусовый. Выражена синусовая брадикардия. Зубец Т заострен, бугристый. Сегмент S-T снижен, увеличен. Зубец U в отв. V1=-V2, резкое удлинение интервала Q-T. ЧСС – 48 в мин. АД 90/50.
- ▶ **ЭхоКГ:** размер камер в пределах возрастной нормы. Миокард не утолщен. Дефект перегородок не регистрируется. Умеренное снижение фракции выброса ЛЖ (ФВЛЖ 53%). Небольшая недостаточность ППЖ I ст. с мин МР. Выпота в полости перикарда не регистрируется.
- ▶ **Кардиолог:** 23.09.23 Вторичная миокардиодистрофия тяжелой степени тяжести, синусовая брадикардия СН1.
- ▶ **Консультации:**
- ▶ **Психиатр:** 22.09.23 Кахексия у подростка с ПТСР. Энцефалопатия обусловленная метаболическими нарушениями.
- ▶ **Гастроэнтеролог:** 22.09.23 - Кахексия тяжелой степени на фоне нервной анорексии. Белково-энергетическая недостаточность тяжелой степени. Вторичные изменения желудочно-кишечного тракта (колит, гастрит, гепатит).

Клинический диагноз:

- ▶ Основной: Кахексия (синдром белково-энергетической недостаточности тяжелой степени)
- ▶ Осложнение: Реактивный гепатит, панкреатит. Токсический нефрит. Энцефалопатия.
- ▶ Сопутствующий: Хронический гастродуоденит (застойная гастродуоденопатия), ассоциированный с *H.pylori*, период обострения; дуодено-гастральный рефлюкс. ГЭРБ с рефлюкс-эзофагитом (K29.9). Дисфункция желчного пузыря по гипокинетическому типу (K82.8). Функциональный запор. Лактазная недостаточность генотип С/С. Вторичная миокардиодистрофия. Вторичная ИДС. Астено-невротический синдром. Метаболическая нефропатия. Двусторонний нефроптоз I степени.

Переведена в гастроэнтерологическое отделение 03.10.23 г.

Обследования:

- ▶ **Клинический анализ крови** - снижение уровня гемоглобина (Hb – 90 г/л), эритропения, лейкопения, повышение СОЭ – 17 мм/час, тромбоцитопения)
- ▶ **Биохимический анализ крови** (повышение уровня АлАТ и АсАТ, мочевины, креатинина)
- ▶ **Коагулограмма** (незначительное повышение МНО)
- ▶ **УЗИ ОБП И ЗП:** Заключение: признаки дисхолии, нефрита. ДМН. Дв. Нефроптоз I степени. Асцит.
- ▶ **ФГДС:** Заключение: рефлюкс-эзофагит, застойная гастродуоденопатия, д/г – рефлюкс;
- ▶ **Ирригография:** Общий птоз толстого кишечника
- ▶ **Р – скопия пищевода, желудка с барием: (отсроченная):** Заключение: Р – признаки гастро-эзофагеального рефлюкса 2 степени, выражена атония желудка

Повторный осмотр через 5 месяцев от 17.04.2024

- ▶ **Вес при поступлении 32.0** рост **159 см, ИМТ 12.66**
- ▶ Сознание не нарушено. **Вес при выписке 35.500, рост 159, ИМТ 14.04**; астенического телосложения; подкожно-жировой слой крайне снижен, кожные покровы немного бледные, периферических отеков нет; л/у периф. не увеличены; в легких-везикулярное дыхание; сердечные тоны ритмичные; живот мягкий, безболезненный; печень+1,5см, край б/б; селезенка не пальпируется; диурез сохранен; стул оформлен, окрашен;
- ▶ Клинический анализ крови: сдвиг лейкограммы влево(за счет палочкоядерных нейтрофилов), ускоренное СОЭ.
- ▶ Б/х крови: повышение уровня АсАт, амилазы, общего холестерина.
- ▶ Анализ мочи общий: незначительное снижение удельного веса, эритроциты 2-6 в п/зр., лейкоциты 2-4 в п/зр, оксалаты.
- ▶ Копрограмма: оформлен, «овечий» коричневым; р-я на скрытую кровь отрицательная; р-я стеркобилин-выраженная; рН- 7.0; р-я на ТХУ (+); р-я УК (+); мышечные волокна: изменные –единич., клетчатка: переваренная – немного, не переваренная – много, крахмал -нет; жир нейтральный – увелич., жирные кислоты – нет., мыла- единич., слизь – немного.; лейкоциты – нет, эритроциты – нет, йодофильная флора – нет, простейшие – нет, яйца гельминтов – нет.
- ▶ УЗИ ОБП и ЗП: УЗ-признаки диффузных изменений печени; панкреатопатия; ФРБТ по гипокинетическому типу. ДМН. Двусторонний нефроптоз I степени.
- ▶ ФЭГДС: дистальный эзофагит, смешанная гастропатия.

Заключение

- ▶ В течении года, до первичного обращения, пациентка похудела с 50.0 кг. до 28.0 кг. (потеря массы 56%). Первично девочка стала ограничивать себя в пище, т.к. была недовольна своим весом и хотела похудеть. **К врачу родители не обращались в течение всего периода потери массы.** Со слов матери состояние ухудшилось после психологической травмы (гибель отца - участника СВО), но за медицинской помощью не обращались.
- ▶ В марте 2023 года, появились жалобы на запоры, рвоту после приема пищи, боли в животе , головокружение, масса 28.0 кг. в связи с чем обратились к гастроэнтерологу, проходила лечение в дневном стационаре, по месту жительства, от госпитализации в ЛРДКБ отказались. Врач ЛРДКБ на госпитализации не настоял, хотя состояние здоровья девочки можно считать критическим. В течении летних каникул вес увеличился до 34.0 кг – август 2023г. (потеря массы 42%).
- ▶ В сентябре 2023 года обратилась повторно к гастроэнтерологу в поликлинику ЛРДКБ. Взвешивание в поликлинике -26 кг (потеря массы за месяц – 8 кг), рост 159, ИМТ 10.28. В связи с тяжестью состояния госпитализирована в ОРИТ ЛРДКБ.
- ▶ После лечения вес увеличился до 29.300 кг (+ 3.300)
- ▶ При повторной, плановой госпитализации в апреле 2024 , вес при поступлении 32.0 (+2.700), рост 159 см, ИМТ 12.66. Вес при выписке 35.500, рост 159, ИМТ 14.04.
- ▶ В промежутках между лечением девочка теряет в весе, проблемы со здоровьем отрицает.
- ▶ Мать нарушения здоровья дочери отрицает, что дает основание считать дальнейший прогноз неблагоприятным в связи с халатностью врачей, преступной небрежностью родственников и близких.

СПАСИБО ЗА ВНИМАНИЕ!

