

Национальный медицинский исследовательский центр
психиатрии и неврологии им. В. М. Бехтерева

**Диагностика и лечение психических
и наркологических расстройств:
современные подходы**
Сборник методических рекомендаций

Санкт-Петербург
2018

Д44 Диагностика и лечение психических и наркологических расстройств: современные подходы. Сборник методических рекомендаций / сост. Н. В. Семенова, под общ. ред. Н. Г. Незнанова. — СПб.: Издательско-полиграфическая компания «КОСТА», 2018. — 448 с.

ISBN 978-5-91258-423-7

В сборник включены методические рекомендации, подготовленные сотрудниками Национального Медицинского Исследовательского Центра психиатрии и неврологии им. В. М. Бехтерева в 2018 году. Работы посвящены современным и инновационным методам диагностики, лечения и реабилитации больных с психическими и наркологическими расстройствами. Методические рекомендации освещают алгоритмы диагностики и лечения, организационные и содержательные аспекты терапии и психосоциальной реабилитации пациентов психиатрического и наркологического профиля.

Сборник адресован врачам-психиатрам, врачам-наркологами, психотерапевтам, неврологам, клиническим психологам, социальным работникам, организаторам здравоохранения и всем специалистам, которые интересуются вопросами психического здоровья.

Коллектив авторов:

А. С. Автеньюк, И. О. Аксенова, Д. В. Алексева, Н. И. Ананьева, А. В. Андреев, Л. Р. Ахмерова, Р. М. Белан, А. В. Васильева, В. Д. Вид, Р. Ф. Гасанов, Д. И. Громько, О. В. Гусева, Д. А. Емелина, А. Н. Еричев, Н. М. Залуцкая, М. В. Иванов, С. А. Иванова, Р. Д. Илюк, Ю. В. Исаенко, Т. А. Караваева, Е. Д. Касьянов, В. О. Клайман, В. Л. Козловский, Ю. П. Колесова, А. П. Коцюбинский, И. В. Кравченко, Е. М. Крупицкий, Л. В. Липатова, И. С. Лысенко, Н. Б. Лутова, С. В. Ляшковская, Г. Э. Мазо, О. В. Макаревич, И. В. Макаров, О. В. Марченко, Е. Б. Мизинова, Т. В. Моргачева, А. М. Моргунова, Н. Г. Незнанов, О. Н. Отрощенко, А. А. Пичиков, А. В. Платунов, С. В. Полторак, М. Ю. Попов, Ю. В. Попов, С. А. Прощенко, М. К. Ражева, Г. В. Рукавишников, К. В. Рыбакова, Т. А. Саломатина, Н. В. Семенова, А. В. Семке, Н. А. Сивакова, М. Ю. Сорокин, Д. Н. Сосин, И. К. Стулов, Г. А. Третьякова, О. Ю. Федоренко, М. В. Фомичева, П. Д. Чернов, А. Н. Чомский.

АЛГОРИТМЫ ОКАЗАНИЯ СТАЦИОНАРНОЙ ПОМОЩИ ДЕВУШКАМ-ПОДРОСТКАМ С НЕРВНОЙ АНОРЕКСИЕЙ

А. А. Пичиков, Ю. В. Попов

ВВЕДЕНИЕ

Нервная анорексия (НА), несмотря на сравнительно низкий уровень распространенности в общих когортах населения, является часто встречающимся заболеванием в женской популяции, особенно среди девушек-подростков (12–17 лет) и женщин молодого возраста (18–25 лет). По различным данным распространенность НА у женщин в течение жизни составляет 1,2–2,2%, при этом у мужчин НА встречается в 10 раз реже. Манифестация расстройства в подростковом возрасте, как правило, имеет более благоприятный прогноз. Сообщается, что около 70–80% пациентов в этой возрастной группе достигают ремиссии. Однако выздоровление может занять несколько лет, при этом оно связано с высоким риском развития других психических нарушений, в основном аффективных, тревожных, невротических расстройств, различных видов зависимостей.

Формирование расстройства в период динамического роста и изменений вносит определенные коррективы и в дальнейшее соматическое функционирование. Например, у девушек, имевших в анамнезе диагноз НА, даже спустя 10 лет после выздоровления наблюдалась повышенная ломкость костей по сравнению с их сверстницами. Само расстройство пищевого поведения также может претерпевать изменения с течением времени: в некоторых случаях булимическая симптоматика, возникающая в течение 2–3 лет от начала НА, может являться определяющей в течении заболевания. В таком случае, при стабилизации весовых показателей и месячного цикла, речь идет уже об иных диагностических категориях (нервная булимия, компульсивное переедание, недифференцированные формы пищевых расстройств).

Сложности терапии НА связаны с часто неудовлетворительным ответом на оказываемые медико-социальные вмешательства, высоким риском хронического течения и смерти. В настоящее время нет достаточно убедительных данных об эффективности фармакотерапии этого пищевого расстройства. Фактически, мы и поныне используем рекомендации, которые более века назад давали «пионеры» в области изучения и лечения НА — Lasague Ch. и Gull W., писавшие, что «пациента нужно через регулярные интервалы кормить, а также окружить его людьми, контролирующими его морально, связи и друзья не рекомендуются». Вместе с тем, стандарты пищевой реабилитации, а также аспекты, связанные с организацией терапевтического процесса, не могут находиться в отрыве от современных клинических тенденций и в значительной мере способствуют созданию отвечающих современным реалиям терапевтических программ для лечения НА.

Следует отметить, что лечение пациенток с НА можно проводить амбулаторно лишь при наличии системы развитой специализированной ступенчатой помощи таким больным (амбулаторной, центров дневного пребывания, стационарной службы) и возможности обеспечить преемственность услуг. Решение о необходимости стационарирования должно приниматься в каждом конкретном случае на основании учета психопатологической и поведенческой симптоматики, а также соматического состояния пациентки. Больные должны быть госпитализированы в психиатрический стационар до появления признаков соматической нестабильности. В случаях наличия выраженной соматической патологии изначально требуется наблюдение в реанимационном отделении с дальнейшим переводом в психиатрический стационар для осуществления последовательной программы реабилитации.

Наиболее оптимальным для стационарного лечения девушек с НА является специализированное подростковое отделение с мультимодальным подходом, предусматривающим тесное сотрудничество междисциплинарной группы. В зависимости от особенностей организации медицинского учреждения, специалистами, оказывающими помощь в рамках такого подхода, могут быть: детские и подростковые психиатры и/или педиатры, обученные медсестры, психологи, психотерапевты, диетологи, терапевты, эндокринологи, гинекологи, физиотерапевты и т. д.

В данных методических рекомендациях изложены общие принципы организации терапевтического процесса при оказании мультимодальной помощи девушкам с НА, которые могут быть полезны в клинической практике интересующимся данной проблемой специалистам.

ПЕРВИЧНЫЙ ПРИЕМ И ГОСПИТАЛИЗАЦИЯ

Первичный прием осуществляется врачом психиатром. Начальная оценка состояния пациентки с НА является не просто установлением описательного диагноза. Первичный прием преследует еще несколько важных целей. Одной из важнейших является установление доверительного контакта с пациенткой, что особенно важно при данной форме психической патологии, где критика к своему состоянию в значительной степени снижена, а установки на выздоровление являются амбивалентными. Помимо этого, в процессе оценки соматических нарушений и психического статуса у пациентки, врачу необходимо определить возможные причины заболевания (в том числе субъективные). Важно услышать от пациентки и ее родственников их представления о заболевании (субъективные картины болезни) и лечении.

Задачи первичного контакта:

1. Диагностика и первичная оценка степени тяжести и выраженности соматических и психических симптомов.

2. Оценка необходимости госпитализации.

3. Информирование пациентки и родственников о заболевании, терапии, необходимости консультаций с другими специалистами, возможных осложнениях и всех этапах реабилитационной программы, включая амбулаторное лечение.

4. Подготовка и обсуждение с пациенткой и ее родственниками терапевтического проекта, включающего стационарное и амбулаторное лечение.

5. Первичная оценка субъективной готовности пациентки к лечению.

6. Повышение готовности пациентки к сотрудничеству с помощью приемов мотивационного консультирования.

7. Разъяснение необходимости составления терапевтического контракта, в котором будут оговариваться: режим посещения и контактов с родственниками, режим совместных встреч с родственниками, график набора веса, участие пациентки во всех предписанных мероприятиях. В зависимости от ситуации данный контракт может быть составлен на первичном приеме, либо на последующей встрече.

Для полноценного первичного приема врач должен выделить необходимое время. Необходимо провести беседу с пациенткой и ее родителями отдельно. Для улучшения комплаенса желательно изначально провести встречу с девушкой, а потом с ее родителями. Временные ограничения первичного приема зависят от квалификации и возможностей каждого отдельного специалиста. Однако стоит отметить, что время, затраченное для установления контакта, в значительной мере вносит свой вклад в последующее лечение. С нашей точки зрения, длительность первичного приема является достаточной, если она соответствует 1,5–2 часам.

В связи с необходимостью вовлечения пациентки и ее окружения в процесс организации лечения может быть организована совместная встреча-брифинг со всеми участниками терапевтического процесса (пациентка, родственники, психиатр, психолог и другие специалисты мультифункциональной бригады), если такая встреча уже не состоялась в день первичного приема. Задачами такой встречи, кроме личного знакомства и установления доверительных отношений, являются: совместные ответы на вопросы пациентки и родственников о лечении; согласование терапевтических схем и подписание терапевтического контракта. Совместные встречи должны проходить не реже 1 раза в месяц, либо сразу после поступления в стационар и перед переходом на амбулаторное лечение.

Сроки пребывания в стационаре определяются совместно с врачом, пациенткой и его семьей. Тем не менее, исходя из опыта отечественных и зарубежных специалистов, стационарное лечение должно привести к стабилизации соматического и психического состояния, то есть быть достаточно длительным. Рекомендуемая длительность от 1 до 6 месяцев. Необходимо донести до пациентки и родителей, что в большинстве случаев выписка осуществляется в состоянии неполной ремиссии, а частота рецидивов при нервной анорексии является достаточно высокой, особенно при отмене сопутствующей фармакотерапии или прекращении психотерапии. Стационарное лечение обязательно дополняется последовательным

амбулаторным наблюдением на дневном стационаре или в виде консультационной поддержки различными специалистами в зависимости от задач конкретного этапа терапии (усиление дисморфобических переживаний при увеличении веса, нутрен-тофобия — психиатр, психотерапевт; поддержание массы тела — диетолог, восстановление месячного цикла — эндокринолог, гинеколог и т. д.). Длительность амбулаторного лечения составляет не менее 6 месяцев.

Одним из важнейших решений, которое принимает врач-психиатр после проведения первичной встречи, совместной встречи-брифинга или ряда консультаций является решение о необходимости госпитализации в стационар. Существуют психиатрические, соматические и психосоциальные критерии, свидетельствующие о необходимости стационарного наблюдения.

1. Психиатрические критерии госпитализации:

- Риск суицида и самоповреждающее поведение (реализованные или намеченные попытки суицида в прошлом, обдуманый план суицида на момент осмотра, повторяющиеся самоповреждения).
- Коморбидность (любое психиатрическое расстройство, требующее госпитализации; депрессия; злоупотребление наркотическими веществами; психотические симптомы; высокий уровень тревожности; обсессивно-компульсивная симптоматика).
- Особенности расстройства пищевого поведения (постоянные навязчивые и стойкие мысли о еде, внешности, весе, калорийности пищи и т. д., неспособность их контроля; необходимость парентерального или зондового кормления, невозможных в амбулаторных условиях; физические упражнения, носящие чрезмерный и компульсивный характер; самоиндуцированная рвота, употребление слабительных или диуретических средств, неспособность контролировать данный тип поведения).
- Предыдущее лечение расстройства пищевого поведения (неуспешная попытка предыдущего амбулаторного лечения в виде ухудшения или перехода в хроническое состояние).

2. Соматические критерии госпитализации:

- Индекс массы тела (ИМТ) ниже 3-го адаптированного по возрасту перцентиля или значительная потеря веса в очень короткий период времени.
- Отказ от приема воды и пищи в течение более чем 2 дней.
- Обезвоживание (особенно у детей).
- Риск сердечно-сосудистых нарушений (пониженный пульс или артериальное давление, патологические изменения по данным ЭКГ, перикардиальный выпот).
- Риск метаболических осложнений (электролитный дисбаланс, гипогликемия, поражение печени или поджелудочной железы).
- Гипотермия.
- Неспособность набрать вес при соответствующем амбулаторном лечении.

3. Психосоциальные критерии госпитализации:

- Мотивация и сотрудничество (неуспешное предыдущее амбулаторное лечение; пациент, не склонный к сотрудничеству или сотрудничающий в строго структурируемом окружении; недостаточная мотивация, делающая невозможным амбулаторный проект лечения).
- Наличие и функциональность семейного окружения (семейные проблемы или отсутствие семьи для сопровождения амбулаторного лечения; семейное выгорание и истощенность психических и физических ресурсов).
- Факторы внешнего стресса (тяжелые семейные конфликты; постоянная критика со стороны родителей; выраженная социальная изоляция).
- Доступность лечения (невозможность амбулаторного лечения из-за отсутствия соответствующих структур или их географической отдаленности).

Каждый из перечисленных факторов может являться определяющим при решении о необходимости госпитализации в стационар. После обсуждения в составе консилиума полученных от пациента и родителей сведений, оценки соматических параметров и имеющихся медицинских обследований, окончательное решение о госпитализации принимает врач-психиатр. Врачу желательно обозначить пациентке и ее родителям основные цели и ожидаемые результаты стационарной формы лечения, поскольку в некоторых случаях родители рассматривают госпитализацию как элемент наказания и устрашения, что способствует оппозиционной манере поведения девушки-подростка на начальных этапах оказания помощи.

Цели и ожидаемые результаты стационарного лечения:

- формирование пищевого поведения, здорового по временным параметрам, стилю и содержанию;
- коррекция искаженных представлений в отношении массы тела, образа тела, страха полноты и так далее;
- развитие ощущения социального комфорта, личностной уверенности, информирования по вопросам сбалансированного питания с формированием практических навыков потребления пищи в различных ситуациях;
- лечение коморбидных психических и поведенческих расстройств;
- формирование стиля умеренных и адекватных физических нагрузок;
- формирование плана для амбулаторного лечения;
- выработка плана по профилактике обострений и выработка критериев повторной госпитализации.

Необходимо донести до родителей, что именно комплексное лечение, со строгим соблюдением всех этапов, в том числе в период амбулаторного сопровождения, имеет самые высокие шансы благоприятного исхода. Любое отклонение от этого правила увеличивает риск рецидива.

ОБСЛЕДОВАНИЕ В СТАЦИОНАРЕ

Сбор анамнеза

После поступления в стационар, в дополнение к полученной ранее на первичном приеме информации, врачу необходимо уточнить аспекты, непосредственно связанные с нарушением пищевого поведения у пациентки и его осложнениями:

- преморбидные особенности пищевого поведения (выборочность в питании, изменения пищевого поведения в кризисные периоды развития, синдром руминации-регургитации, пика);
- преморбидные особенности динамики веса в течение жизни и непосредственно до начала заболевания (изначально имеющийся дефицит или избыточность массы тела);
- особенности питания в семье, в том числе этнокультурные;
- наличие пищевых расстройств у родственников, фиксация на «здоровом» и «правильном» питании, различные формы вегетарианства среди окружения пациентки;
- возраст начала заболевания и его длительность;
- триггерные (запускающие) факторы: комментарии окружающих, межличностные конфликты, сексуальное или физическое насилие и т. д.;
- динамика антропометрических показателей (вес, рост, ИМТ) с момента заболевания в соответствии с перцентилями для подросткового возраста, предлагаемыми ВОЗ;
- особенности менструального цикла (возраст менархе, дата последней менструации и масса тела на тот период);
- применение физических методов снижения веса (провоцирование рвоты, использование клизм, усиленная физическая нагрузка);
- применение лекарственных средств (прием слабительных, мочегонных и корректирующих вес препаратов);
- эпизоды булимии (субъективные и объективные переживания, частота, зависимость от эмоционально значимых факторов);
- питьевой режим;
- наличие аддиктивного поведения, в том числе зависимость от ПАВ, алкоголя, табакокурение;
- сопутствующая соматическая патология (возраст начала, стабильность, связь с пищевым расстройством).

При опросе также оценивается пищевой рацион на момент поступления: кратность приема пищи; количество съеденной пищи за 1 прием; количество съеденной пищи за сутки; перечень употребляемых продуктов; содержание основных пищевых веществ и энергетическая ценность рациона; переносимость продуктов. Для анализа суточного рациона в некоторых случаях может потребоваться ведение пищевого дневника, который пациентка заполняет самостоятельно (при хорошем комплаенсе) или вместе с родителями.

Антропометрия и оценка полового развития

На следующий день после поступления в стационар необходимо оценить основные антропометрические данные — рост и вес натошак, т. е. фактическую массу тела (ФМТ), а также измерить окружность плеча и толщину складки над трицепсом. В совокупности с клинико-лабораторными показателями это поможет определить уровень белково-энергетической недостаточности. Врачом оценивается уровень физического развития, выраженность вторичных половых признаков по шкале Таннера (развитие молочных желез, оволосение лобка и подмышечных впадин).

По центильным таблицам определяется рекомендуемая масса тела (РМТ) — значение 50-го перцентиля на фактический рост и возраст пациентки. После этого рассчитывается выраженность дефицита массы тела по формуле: $(\text{РМТ} - \text{ФМТ}) / \text{РМТ} \times 100\%$. На основе полученных данных можно определить степень дефицита массы тела:

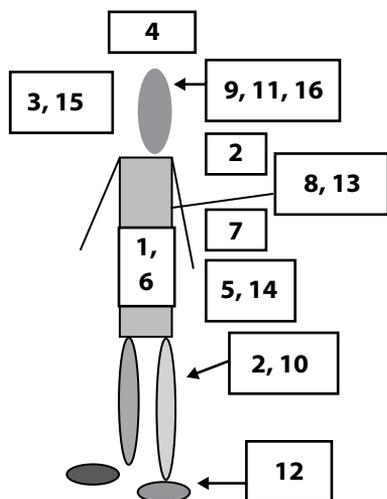
- I — 10–19%.
- II — 20–29%.
- III — 30% и более.

Рассчитывается ИМТ (масса тела в кг/рост в м²), полученная величина сопоставляется с показателями ИМТ в зависимости от возраста ребенка (ВОЗ, 2007).

Для определения более реалистичных целевых параметров веса у пациенток с НА можно использовать следующий подход. Мы рассчитываем нормативы весовых параметров для данного возраста и роста между 25 и 50 перцентилем с определением психологически приемлемого и комфортного веса, который пациентка допускает для себя в перспективе. Порой это играет значительную роль для пациенток, часть которых находится за пределами 1 перцентиля.

Клиническое обследование

В соматическом статусе пациента отражаются клинические признаки нутритивной недостаточности — аппетит, наличие диспепсических явлений (чувство быстрого насыщения и др.), изменения кожи и слизистых, признаки микронутриентной недостаточности; состояние подкожной клетчатки, мышечной системы, наличие периферических отеков; ортостатические головокружения и обмороки, сердечная деятельность (ЧСС, лабильность пульса, приглушенность тонов сердца), метеоризм, характер стула, аменорея и др. (см. рис.).



1. лаНуго
2. кахЕксия
3. гипотеРмия
4. **Выпадение волос**
5. призаНак Рассела
6. гиперкАротинемия
7. тетания
8. пролАпс митрального клапана
9. оргаНический синдром
10. гематоМы
11. гипертРофия околоушных желез
12. задержка рЕлаксации сух. рефлексов
13. брадиКардия
14. кСероз кожи
15. акроцИаноз
16. ангуляРный хелоз

Лабораторные анализы и инструментальные обследования

При поступлении в стационар пациентке с НА в обязательном порядке назначаются следующие исследования:

- клинический анализ крови;
- биохимический анализ крови (общий белок, белковые фракции, короткоживущие белки (трансферрин/ферритин, при возможности преальбумин), креатинин, мочевины, мочевая кислота, билирубин, холестерин, триглицериды, электролиты (кальций, калий, натрий, магний, фосфор), железа, АСТ, АЛТ, ЩФ, ГГТ, амилаза, КФК, белки острой фазы воспаления (С-реактивный белок));
- гормоны щитовидной и паращитовидной желез;
- глюкоза крови;
- анализ крови на ВИЧ, HCV, HbsAg;
- клинический анализ мочи;
- ЭКГ (по показаниям холтеровское мониторирование);
- контроль диуреза;
- ЭГДС.

В плановом порядке проводятся инструментальные исследования: УЗИ органов брюшной полости, почек и малого таза, импедансометрия, денситометрия, МРТ головного мозга, ЭХО-КГ.

При наличии показаний проводятся дополнительные обследования:

- уровень амилазы сыворотки крови (возможный индикатор персистирующей или повторяющейся рвоты, при возможном панкреатите);
- уровень лютеинизирующего (ЛГГ) и фолликулостимулирующего (ФСГ) гормонов и пролактина в сыворотке крови (при продолжающейся аменорее на фоне нормальной массы тела);

- методы нейровизуализации (МРТ/КТ головного мозга) для оценки степени увеличения желудочков головного мозга, коррелирующей со степенью кахексии;
- исследование кала на наличие крови.

Для пациентов с тяжелой белково-энергетической недостаточностью:

- определение концентрации кальция, магния, фосфора, миоглобина;
- определение активности креатинфосфокиназы (КФК);
- определение концентрации триглицеридов, холестерина, липопротеидов низкой плотности (ЛПНП), липопротеидов высокой плотности (ЛПВП), холестериновый коэффициент атерогенности, апо-белки липопротеинов
- кислотно-основное состояние (КОС).

Для пациентов с недостаточной массой тела на протяжении более 6 месяцев:

- исследование выраженности остеопении и остеопороза;
- сывороточные уровни эстрадиола.

При наблюдении в стационаре рекомендуются консультации педиатра, диетолога, кардиолога, невролога, клинического психолога, гинеколога, эндокринолога. Частота консультаций и задействованность специалистов зависит от уровня соматической патологии и определяются индивидуально.

ОБЩИЕ АЛГОРИТМЫ ЛЕЧЕНИЯ

Оказание помощи пациенткам с НА является последовательным и структурированным процессом, включает в себя несколько этапов:

1-й этап — диагностический (первичное собеседование, формирование комплаенса, обследование и постановка диагноза).

2-й этап — соматическая стабилизация и нормализация статуса питания

3-й этап — терапия нарушений пищевого поведения и связанных с ними проблем:

- коррекция дезадаптивных представлений пациента в отношении пищевых предпочтений и образа собственного тела;
- терапия сопутствующей психопатологической симптоматики и расстройств психологического функционирования (самооценка, контроль импульсивности), а также поведенческих нарушений.

4-й этап — профилактическая (поддерживающая) терапия.

Терапия НА должна быть комплексной и обязательно включать:

- медикаментозную терапию;
- психотерапию, включая комплаенс-терапию, семейную терапию и групповые занятия, а также патогенетическую психотерапию или психокоррекционную программу;
- психообразовательную программу (например, встречи с родственниками на начальном этапе терапии для разъяснения аспектов, связанных с заболеванием ребенка, и выбора соответствующих поведенческих стратегий для улуч-

шения отношений с ним в формате поддержки и партнерства или встречи диетолога с пациенткой в свободной форме с обсуждением аспектов питания и рационального выбора продуктов).

Учитывая специфику НА и возраст ее манифестации, необходимо использовать не только общие терапевтические интервенции, но и принципиально иные подходы, показавшие максимальную эффективность в структурировании терапевтической среды у таких пациентов. К ним относятся: терапевтический контракт, работа с мотивацией, формирование терапевтического альянса (комплаенса) и изоляция (режим).

Терапевтический контракт

Все этапы и соответствующие им процедуры должны быть оговорены в терапевтическом контракте, необходимость подписания которого преследует несколько целей:

- вовлечение пациентки и родителей в процесс лечения;
- формирование активной позиции у пациента, с помощью принятия и разделения с врачом ответственности за результаты лечения;
- повышение мотивации к лечению, с помощью участия пациента в процессе разработки и формирования данного контракта;
- формирование адекватного и понятного пациенту плана лечения;
- преодоление стремлений пациента манипулировать специалистами или родителями.

В контракте необходимо обозначить:

1. режимные меры, такие как приемы пищи, прогулки и отпуска на выходные;
2. режим посещения и контактов с родственниками;
3. режим совместных (со специалистами) встреч с родственниками;
4. график набора веса;
5. участие пациента во всех предписанных мероприятиях;
6. какие меры может предпринять врач, если часть условий не соблюдается пациентом;
7. условия, при которых пациент может быть преждевременно выписан или при которых он может покинуть стационар по своему желанию.

Так как терапевтический контракт является мерой психологического воздействия, то необходимо подойти со всей серьезностью к составлению данного документа. Желательно иметь готовый шаблон (бланк), который будет заполняться в процессе беседы с пациентом. Данный контракт подписывают все участники процесса (родители, врач, пациент, психолог). Документ сохраняется до конца лечения. Возможно составление нового соглашения, если изменяются некоторые условия. Все соглашения сохраняются до конца лечения.

Мотивационная терапия и комплаенс

Любая программа лечения НА сталкивается с резистентным поведением пациента и его амбивалентным отношением к болезни. Нужно отметить, что более половины пациентов так и не включаются в терапевтический процесс или преждевременно прерывают лечение, а более 30% пациентов не выполняют рекомендации, данные врачом. Преодоление этого резистентного поведения путем повышения мотивации пациента к изменениям часто является центральным критерием, определяющим успех любой выбранной терапевтической стратегии. Мотивационные собеседования показали свою эффективность, особенно в начале лечения. Чем быстрее пациент включается в лечебный процесс, тем успешнее будет лечение.

К основным принципам повышения комплаентности можно отнести следующие стратегии (с формированием или избеганием соответствующих когнитивных установок у пациентки):

1. Способствовать самостоятельному изложению аргументов в пользу изменений — «Я так и сама думаю».
2. Избегать слишком сильного давления на убеждения подростка — «Буду худеть всем назло!».
3. Избегать конфронтационного стиля разговора — «У него есть власть надо мной».
4. Поощрять даже минимальный прогресс в состоянии пациентки — «Я заслужила это».
5. Выражать оптимизм и поощрять стремление пациентки измениться — «Я смогу изменить ситуацию».

Необходимо помнить, что:

- Мотивация к изменениям не является чертой характера или особенностью личности, но состоянием, которое подвергается изменениям, в зависимости от качества отношений пациент — терапевт.
- Отношения терапевт — пациент — это партнерские отношения, а не отношения «эксперт — клиент».
- Существует понятие «готовность к изменениям», которое изменяется в зависимости от выбранной стратегии лечения.
- Мотивационная модель подразумевает 5 этапов: Отрицание, Противоречие, Стремление, Действие, Равновесие.
- Только на этапе Действия пациент готов к конкретным изменениям поведения. Однако большинство пациентов поступают в стационар на этапе Отрицания, Противоречия или Стремления.

Мотивация должна исходить от пациента, а не «насаждаться» извне. Прямое убеждение не является эффективным методом для разрешения амбивалентности. Жесткие и директивные программы, направленные на модификацию поведения, не должны быть использованы при лечении нервной анорексии. Ожидания врача

и психотерапевтические методики должны принимать в расчет мотивацию пациента и его готовность к изменениям.

Врачам в ходе первичного собеседования и при оказании помощи в стационаре рекомендуется:

- определить и обсудить субъективные минусы «status quo», вместо запугивания и представления негативной информации о болезни
- способствовать выражению пациентом «плюсов» изменений, вместо того чтобы перечислять их самому
- способствовать оптимизму относительно изменений, вместо критики и угроз
- способствовать выражению стремления «измениться», вместо директивных предписаний «ты должна!»

Изоляция

Клиническая практика подтверждает необходимость изоляции пациенток с нервной анорексией от привычного дисфункционального семейного окружения, которое в немалой степени способствует закреплению патологических форм поведения, например использования рвот, слабительных и диуретиков в ситуациях кормления под принуждением. Изоляция от семейного окружения должна происходить в наиболее ранний подходящий момент, то есть тогда, когда подписан терапевтический контракт, либо с момента поступления. Сепарация является динамическим процессом, который может нуждаться в пересмотре, в зависимости от состояния и поведения пациента и его родственников. В любом случае, при пересмотре изначально зафиксированного режима необходима совместная встреча и новое терапевтическое соглашение, либо дополнение к уже составленному. Во избежание манипуляций со стороны пациента и родственников, а также с целью сохранения терапевтического альянса, врачу не рекомендуется пересматривать терапевтическое соглашение в одностороннем порядке.

Изоляция пациентки служит нескольким важным в терапевтической динамике целям:

1. создать необходимые условия для изменения поведения, т.к. пересмотр ограничений является важным инструментом поощрения пациентки за совершенный прогресс;
2. оградить пациентку от возможного негативного влияния семьи и вмешательств в запланированный процесс лечения;
3. снизить возможное манипулятивное давление пациентки на родителей с целью прекращения лечения;
4. создать необходимые условия для инициации процесса психической сепарации между матерью и подростком и для выхода из круга взаимозависимого патологического поведения;
5. создать условия для психологической реабилитации родителей и возможного проведения семейной терапии;

6. создать условия для эмоционального отреагирования на новые, формирующиеся в стационаре, отношения (с врачом, психологом, воспитателями, другими пациентами).

На начальных этапах терапии следует отметить также крайнюю необходимость в ограничении доступа к различным интернет-сообществам, которые пропагандируют радикальные способы коррекции веса и возводят в культ патологические формы пищевого поведения. Это необходимо для создания терапевтической среды, в которой пациентки могут получить обратную связь от девушек с подобными проблемами без какой-либо ангажированности интернет-контента.

Набор веса

С целью формирования адекватных целей по набору веса необходимо обсудить данный вопрос с пациенткой. Вес — цель, которая достигается прогрессивно и постепенно. Важно также учитывать мнение пациентки касательно своих возможностей, хоть и определяющихся на начальном этапе нарушениями, лежащими в основе расстройства. Пациентка должна понять — вес не является единственным предметом беспокойства врача, однако ИМТ является одним из соматических параметров (наравне с пульсом и артериальным давлением), по которому мы можем оценить терапевтический прогресс.

По мнению самих пациентов именно поддержка, понимание и эмпатическое отношение со стороны специалиста оцениваются как очень значимые в терапии, а психологический подход определяется как наиболее полезный. Таким образом, врачу следует избегать позиции «Я ее вылечу!», «Она у меня будет есть!». Во-первых, подобная позиция является реакционной и эмоционально обусловленной, а не рациональной. Во-вторых, такая позиция способствует быстрому психическому выгоранию врача. В-третьих, «завязывая» лечение на своей личности, врач рискует подорвать терапевтический процесс, так как возможное негативное отношение пациента к личности врача будет отражаться на отношении к лечению в целом. С нашей точки зрения, медицинские вмешательства, сосредоточенные исключительно на весе, не могут рассматриваться как конструктивные.

Для большинства пациентов прекращение потери веса является первичной целью, предшествующей планированию набора массы тела. Критерием адекватной положительной динамики массы тела следует считать: в стационарных условиях увеличение массы тела на 0,5–1,0 кг/неделю, в отделении дневного пребывания и амбулаторных условиях (если изначально выбирается такая форма помощи) — до 0,5 кг/неделю. Прибавка более 1 кг в неделю должна вызывать опасения в плане задержки жидкости в организме и сердечной недостаточности. В фазе неполной ремиссии, после стационарного лечения, набор веса 1–1,5 кг/ месяц, в рамках амбулаторной программы, представляется продуманной и приемлемой задачей. Более медленный набор веса на этом этапе рекомендуется с целью постепенного приспособления девушки-подростка к телесным изменениям и здоровому стилю жизни. Также это необходимо в целях профилактики булимических нарушений,

которые нередко манифестируют именно на этапе набора массы тела, что может повлечь за собой очередной виток дисморфофобических переживаний и актуализацию ограничительных или очистительных стереотипов пищевого поведения.

На стационарном этапе процесс набора веса целесообразно разделить на 3–4 последовательных этапа, которые будут отражены в терапевтическом соглашении:

1. прекращение потери веса и очистительных процедур;
2. определение веса, при котором возможно прекратить изоляцию, а также позволить переход на более свободный режим (выходные, прогулки, встречи с родителями);
3. определение веса выписки и перехода на амбулаторную программу;
4. определение веса стабилизации и полной соматической реабилитации.

При переходе на амбулаторный режим рекомендуется стабилизировать достигнутый вес в рамках стационара, то есть предусмотреть «наблюдательный период» в течение нескольких дней.

На амбулаторном этапе необходимо консультирование с диетологом, организующим психообразовательные встречи, на которых могут обсуждаться следующие вопросы: точная информация о сбалансированной диете; психология голодания; как влияет на настроение и другие психические функции ограничение в употреблении определенных витаминов и микроэлементов; физические эффекты голодания; нормальные колебания веса; процесс метаболизма; сколько необходимо еды, чтобы набрать вес; теория точки установленного веса; нутрентофобия и страх перед полнотой; реалистичные и безопасные, с точки зрения веса и пищевых продуктов, цели; очистительные процедуры; процесс переваривания пищи; физическая активность; симптомы анорексии, булимии и компульсивного переедания; вегетарианство и веганство; орторексия; аллергия и пищевая непереносимость; болезни желудочно-кишечного тракта; безопасные и небезопасные пищевые продукты; иерархическая таблица пищевых продуктов и т. д.

Поскольку большинство пациенток волнует вопрос о физической нагрузке, особенно на этапе набора массы тела, этот аспект не стоит обходить вниманием. Уровень физической активности пациентки должен соответствовать балансу потребления/расходования энергии, принимая в расчет выраженность процессов костного катаболизма (плотность костной ткани) и сохранность сердечного функционирования. Для пациентов с выраженным дефицитом массы тела физические нагрузки должны быть ограничены и тщательно контролироваться. С момента достижения безопасной массы тела акцент физических нагрузок должен быть на физической подготовленности, а не на расходовании калорий. При этом увеличение физических нагрузок должно согласовываться с восстановлением позитивного отношения пациентки к своей массе тела и внешности. В итоге, это может способствовать восстановлению у пациентки ощущения самоконтроля и возможности получать удовольствие от физической активности в противовес мазохистическому следованию неадекватным стереотипам о необходимости сжигания калорий с последующей компульсивной разрядкой.

ПРИНЦИПЫ ПИЩЕВОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ

Диетологической программе предшествует коррекция метаболических и водно-электролитных нарушений — дегидратации, гипонатриемии, гипокалиемии (особенно тяжелой у больных, провоцирующих у себя рвоту и использующих слабительные средства), гипомагниемии, гипокальциемии.

Правильное питание в стационаре необходимо для достижения нескольких целей: восстановления веса, нормализации режима питания, достижения нормального восприятия чувства голода и сытости, а также корректировки биологических и психологических последствий недоедания.

План лечебного питания должен быть понятным пациенту. Необходимо разъяснить важность введения в рацион некоторых продуктов, которые пациент безосновательно считал «опасными» для своего телесного status quo. Специалист должен обсудить целевой вес, суточную калорийность пищи, ожидаемый темп прибавки веса. При этом эти параметры можно отразить в терапевтическом контракте, где должны быть зафиксированы все этапы лечения, которым соответствуют разные цели. Таким образом, мы должны ориентировать пациента на реальные, соответствующие психическому и соматическому статусу критерии пошагового выздоровления.

Можно выделить два этапа пищевой реабилитации: неспецифический, или экстренный (2–3 недели), и специфический (длительный). Тяжелая недостаточность питания является критическим с медицинской точки зрения состоянием, при котором необходимо безотлагательно устранить гипотермию, гипогликемию, нарушение электролитного обмена, обезвоживание и стабилизировать деятельность сердечно-сосудистой системы. Полное парентеральное питание следует использовать при тяжелой степени БЭН и тяжелом поражении ЖКТ.

Если пациент отказывается от приема пищи, то для сохранения его жизни предпочтительнее использовать энтеральное питание, а не парентеральное. Выбор смесей зависит от степени питательной недостаточности, характера и тяжести течения заболевания, степени сохранности функций желудочно-кишечного тракта.

Виды смесей для энтерального питания:

1. Стандартные — содержат все необходимые макро- и микронутриенты в соответствии с суточными потребностями организма. Используются в большинстве клинических ситуаций, когда имеются показания к энтеральному питанию, за исключением выраженных нарушений пищеварения и всасывания нутриентов, а также органной патологии (печеночной, почечной и др.).

2. Полуэлементные смеси — представляют собой также полностью сбалансированные нутриенты, в которых белки представлены в виде пептидов и аминокислот (белковых гидролизатов). Назначаются при выраженных расстройствах пищеварительной и всасывательной функции (мальабсорбция, диарея), в том числе в раннем послеоперационном периоде.

3. Модульные смеси — содержат только один из нутриентов (белок, жир) или отдельные аминокислоты (глутамин), регуляторы метаболизма (L-карнитин).

Используются для дополнения рациона искусственного или обычного лечебного питания.

4. Смеси направленного действия созданы таким образом, чтобы корригировать нарушения метаболизма, типичные для данной патологии (печеночная, почечная, дыхательная недостаточность, нарушения иммунитета, сахарный диабет). Используются в виде: напитка, добавки к пище, энтерального зондового питания.

Качественные смеси должны: иметь достаточную энергетическую плотность (не менее 1 ккал/мл); не содержать лактозы и глютена; иметь низкую осмолярность (не более 300–340 мосм/л); иметь низкую вязкость; не вызывать избыточной стимуляции кишечной моторики; содержать достаточные данные о составе и производителе питательной смеси, а также указания на наличие генетической модификации нутриентов (белков).

С 4–5-го дня к энтеральному питанию подключают пероральный прием свежеприготовленного фруктового пюре из зеленого яблока, банана, груши. При первоначальном приеме — объем чайной ложки, далее постепенно нарастает до 100–150 мл. Питьевой режим может быть увеличен в объеме по состоянию больного. Режим питания — до 6–8 раз в сутки. С 7–8-го дня вводится овощное пюре из отварной моркови, свеклы, запаренной репы, зерновой хлеб, овощные отвары, фруктовые, ягодные и овощные соки, разведенные в 2–3 раза кипяченой водой. Разрешается питье щелочной минеральной воды без газа. С 11–12-го дня каждая порция доводится до объема 150–250 мл, в промежуточные кормления — 100–150 мл. Энтеральные сбалансированные смеси следует употреблять в виде напитков. Вводятся каши — овсяная, рисовая, гречневая — без соли и сахара, овощные супы и овощные суфле с растительным маслом (рапсовое, подсолнечное от 1 до 5 мл), зеленью. Режим питания — 5–6 раз в день. Через три недели постепенно вводятся животные белки — несладкий обезжиренный (или жирностью не более 1%), первоначально разведенный в 2 раза кефир (простокваша, йогурт), обезжиренный домашний творог с яблочным пюре, паровые белковые омлеты и т. п. Должен проводиться ежедневный контроль артериального давления, пульса, массы тела.

При адекватной переносимости смешанного энтерально-перорального питания, подтверждающейся нормализацией жизненно важных функций и электролитного баланса, прибавкой в весе 3–4 кг к концу неспецифического этапа лечения (три недели стационарного лечения), больной с нервной анорексией переводится на этап специфического лечения (7–8 недель). Режим питания: 6–7 приемов пищи небольшими порциями под присмотром персонала. При этом 2–3 приема за счет сбалансированных смесей (например, второй завтрак и поздний ужин). Соотношение белки/жиры/углеводы = 20/30/50%. Постепенно происходит адаптация больного сначала к щадящему, а затем и к стандартному варианту диетического питания с индивидуальной модификацией в сторону повышения суточной квоты белка.

На начальном этапе (начальная фаза увеличения массы тела) энергетическая ценность рациона должна составлять от 30 до 40 ккал/кг/день (1000–1600 ккал/день). Затем по формуле 30 ккал/кг/день + 500 ккал/день каждые 5–7 дней. В фазу контролируемого увеличения веса — 70–100 ккал/кг/день. В фазу поддержки — 40–60 ккал/кг/день. После возвращения к здоровому весу все также требуется повышенное потребление калорий для его поддержания для лучшего прогноза в долгосрочной перспективе. Несоблюдение этой рекомендации может привести к рецидиву.

При тяжелой нутритивной недостаточности и/или выраженных электролитных нарушениях (снижении уровня калия, фосфатов или магния в сыворотке крови) питание начинается с 50% от приведенной выше энергоценности и уровня белка не менее 0,6 г/кг в сутки в течение как минимум 2 дней. Некоторые исследователи указывают на целесообразность применения в этих случаях рациона с энергетической ценностью 10 ккал/кг. В дальнейшем при компенсации электролитных нарушений и кардиальных функций, а также диспепсических нарушений со стороны ЖКТ (отрыжка, рвота, диарея, метеоризм, абдоминальная боль и др.) объем питания постепенно увеличивают до возрастной нормы.

Рекомендуемая потребность в жидкости для детей с массой тела больше 20 кг рассчитывается по формуле: 1500 мл + 20 мл на каждый кг массы тела свыше 20 кг. Потребность в жидкости для подростков 15–18 лет рассчитывается по формуле: 50 мл/кг фактической массы тела.

В случае отказа пациентом принимать пищу, включая энтеральное лечебное питание, *per os* по психическому состоянию назначается парентеральное питание. Парентеральное питание считается менее предпочтительным как менее физиологичное и более метаболически нагрузочное. К негативным сторонам парентерального питания относят и высокий риск инфекционных осложнений у изначально иммунокомпрометированных больных.

Зондовое кормление играет ограниченную роль в лечении НА, однако в некоторых ситуациях без него не обойтись. Решение о назначении зондового кормления относится к числу сложных и трудных, поэтому всегда должно приниматься осторожно. Эта процедура необходима в том случае, если речь идет о сохранении жизни пациента, однако ее можно практиковать в минимально короткий промежуток времени. У пациентов, находящихся в критическом состоянии, зондовое кормление позволяет добиться более высокой степени контроля потребления пищи. Иногда пациенты предпочитают искусственное кормление, поскольку это лишает их чувства ответственности за прием пищи. Однако чаще назогастральное кормление может приносить страдания пациенту и восприниматься им как насилие. В период проведения зондового кормления пациенты нуждаются в тщательном контроле соматического состояния из-за связанных с ним возможных рисков, в особенности при нарушениях водно-солевого баланса. Чтобы свести к минимуму осложнения, зондовое кормление рекомендуется начинать медленно. Уровень электролитов в крови должен проверяться как минимум 1 раз в день, с немедленной коррекцией дефицитов. До стабилизации состояния пациента не-

обходимо еженедельно исследовать функцию печени и проводить развернутый анализ крови. Вначале уровень глюкозы в крови должен проверяться каждые 4–6 часов, так как может развиться гипергликемия. Тщательно должен фиксироваться водный баланс. В начале зондового кормления существует риск гипофосфатемии и острого дефицита тиамина. До начала зондового кормления пациентам рекомендовано парентеральное введение витаминов группы В и С. Следует использовать стандартные изотонические — 1 ккал/мл (4,2 кДж/мл) — смеси. Концентрированные (гиперкалорические) смеси не рекомендуются, они вызывают чрезмерную осмотическую нагрузку на кишечник и чрезмерную водную нагрузку на почки.

Профилактика рефидинг-синдрома

Несмотря на то, что современные исследования указывают на достаточно редкое развитие синдрома возобновленного питания у пациенток подросткового возраста с НА, даже при изначально высокой калорийности питания, необходимо быть очень внимательными к некоторым патологическим симптомам, которые могут быть смертельно опасными.

Рефидинг-синдром является последствием серьезных нарушений водно-электролитного баланса во время возобновления питания пациентов, которые страдают от недоедания. Оно может развиться после перорального, энтерального (через зонд) или парентерального (внутривенного) питания. Биохимические нарушения обычно возникают в первые 3–4 дня после начала возобновления питания. При возвращении к нормальному питанию резкое насыщение углеводами приводит к внезапной перестройке с жирового на углеводный обмен. Увеличивается секреция инсулина. Глюкоза снова становится основным источником энергии. Инсулин стимулирует возвращение магния и калия в клетки, способствует гликогенезу и синтезу жира и белка. Эти анаболические процессы требуют фосфорилирования промежуточных веществ и, следовательно, высоких затрат внутриклеточных фосфатов. Внутриклеточное депо этих электролитов пополняется за счет быстрого уменьшения их концентрации в плазме крови. Биохимической отличительной чертой данного синдрома является гипофосфатемия, гипомagneмия и гипокалиемия.

Низкие концентрации электролитов в плазме влияют на трансмембранный потенциал, необходимый для нормального функционирования нервной, сердечно-сосудистой систем и клеток скелетной мускулатуры. Измененный потенциал приводит к различным неврологическим симптомам, аритмии, нарушению моторной функции желудочно-кишечного тракта, миопатии скелетных мышц и рабдомиолизу. Истощение АТФ усугубляет эту клеточную дисфункцию, что приводит к сердечной недостаточности и нарушению функций скелетных и дыхательных мышц. Периферические отеки обычно развиваются из-за чрезмерного поступления жидкости извне и задержки жидкости и натрия в результате нарушения функции почек. У недоедающих пациентов также возникает дефицит тиамина — важного кофактора, участвующего в углеводном обмене. При насыщении

углеводами без предварительного адекватного пополнения запасов тиамина у пациентов, долгое время страдающих дефицитом витамина В₁, может развиваться энцефалопатия Вернике и лактатацидоз.

При установлении диагноза рефидинг-синдрома следует исключить основные заболевания, сопровождающиеся похожими изменениями в биохимических показателях:

- выраженную потерю жидкости (например, при использовании мочегонных препаратов);
- желудочно-кишечные потери (рвота или диарея);
- тяжелые нарушения рН крови (например, диабетический кетоацидоз).

В ситуации развития рефидинг-синдрома, осложнившегося органическими нарушениями, такие пациенты должны быть переведены в палату интенсивной терапии с непрерывным мониторингом функции сердца. Следует проводить внутривенное замещение тиамина и парентеральную коррекцию электролитного баланса. Кроме того, необходимо полное прекращение питания или значительное сокращение его объема. Объем питания рассчитывается по формуле 10 ккал/кг/сут. Также следует провести дальнейшие обследования для полноценного лечения осложнений, в данном случае судорог. Рекомендован ежедневный клинический и биохимический контроль, на основании которого можно безопасно увеличивать объем питания. Достижение целевого объема питания — не ранее чем через 1 нед.

При поступлении в стационар каждой пациентке с НА с целью предотвращения развития рефидинг-синдрома следует рассчитать риск развития данного состояния. В обязательном порядке должна проводиться консультация диетолога, а также назначение витаминов группы В до начала возобновления питания. Витаминотерапия должна продолжаться по меньшей мере 10 дней. Рекомендуется одновременное начало возобновления питания и коррекции электролитного баланса, в первую очередь гипофосфатемии, гипомагниемии и гипокалиемии.

ФАРМАКОТЕРАПИЯ

При лечении НА можно выделить несколько направлений фармакотерапии. Соматотропная терапия нацелена на коррекцию дисметаболических нарушений, нормализацию работы желудочно-кишечного тракта, профилактику осложнений. Витаминотерапия (на начальном этапе после стабилизации веса) и гормональные препараты (при неэффективности витаминотерапии) могут использоваться для восстановления менструального цикла. Психотропные препараты не являются основополагающими и абсолютно необходимыми на начальном этапе терапии НА. Следует избегать их рутинного назначения. Исключение составляет кратковременное назначение анксиолитических средств и малых доз нейролептиков (в соответствии с возрастными показаниями) для купирования выраженных обсессивных и тревожных проявлений, влияния на сверхценный характер пережи-

ваний пациентов, а также для прицельного ослабления нутрентофобии непосредственно перед приемом пищи.

Препараты группы антидепрессантов целесообразно назначать для профилактики возобновления расстройства у больных с нормализованной массой тела и для лечения наблюдающихся при НА депрессивных, тревожных, обсессивно-компульсивных проявлений и иных расстройств импульсивности, а также для тех пациентов, у кого отмечался недостаточный эффект от прежних адекватных методов психосоциальной реабилитации и терапии. Селективные ингибиторы обратного захвата серотонина (флуоксетин, флувоксамин, сертралин, эсциталопрам) как наиболее безопасные, а также антидепрессанты других классов (три- и гетероциклические антидепрессанты) могут содействовать уменьшению частоты эпизодов переедания и очистительного поведения (например, самовызывание рвоты), а также способствовать предупреждению обострений у пациентов в ремиссии.

Назначение психотропных средств при лечении НА должно начинаться с минимальных начальных доз, и врач должен быть внимателен к признакам их побочных эффектов. Назначение препаратов, повышающих аппетит, при НА следует считать необоснованным, поскольку у этих пациентов мозговые механизмы контроля аппетита являются интактными, а в отсутствие психотерапевтической поддержки увеличение массы тела у этих больных приведет к обострению дисморфофобических переживаний

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Лечение НА не заканчивается выпиской из стационара, а требует последующей длительной реабилитации. После выписки из стационара для пациента разрабатывается протокол диетологической поддержки. Контроль за питанием должен осуществлять диетолог. Активное наблюдение за больными НА должно проводиться не менее 6 месяцев, а в ряде случаев психотерапевтическое лечение пролонгируется на многие годы. При наличии у ребенка сопутствующей патологии необходимо наблюдение узкими специалистами (гастроэнтерологом, эндокринологом, гинекологом и др.).

Для подростков могут использоваться различные варианты последующей реабилитации. Наибольшую эффективность показал метод семейной психотерапии с привлечением семьи, а также «частичной» госпитализации по принципу дневного стационара, совмещающей преимущества стационарного и амбулаторного этапов.

Критерием эффективности лечения является восстановление стабильных клинико-биологических параметров, свидетельствующих о компенсации имевшихся соматических нарушений, в том числе нарушений менструального цикла.