

Нервная анорексия у молодой пациентки с летальным исходом. Клинический случай

И.А. Вейцман, Д.С. Свиридова

ФГБОУ ВО «Алтайский государственный медицинский университет» Минздрава России, Барнаул, Россия
inna_veits@mail.ru

Аннотация

Нервная анорексия (НА) – психическое расстройство, относящееся к группе расстройств приема пищи, характеризующееся неприятием пациентом своего телесного образа и проявляющееся преднамеренным снижением массы тела, вызываемым и/или поддерживаемым самим пациентом с помощью ограничений в приеме пищи, создания препятствий для ее усвоения или стимулирования метаболизма. Около 1/3 больных НА не отвечают на лечение, включая стационарное. Смертность при НА достигает 20%. Общая смертность (по любым причинам) больных НА в 5,2 раза выше аналогичного показателя среди женщин в возрасте 15–34 лет в общей популяции. Наиболее частые причины смерти – инфекции, отек легких, нарушения электролитного баланса, сердечная и дыхательная недостаточность, в том числе при синдроме восстановления питания, аспирация пищевых масс при кормлении через зонд, печеночная недостаточность. Представленный клинический случай демонстрирует исход заболевания молодой пациентки с полиорганной недостаточностью, кровотечением из острых язв желудка.

Ключевые слова: нервная анорексия, молодая пациентка, полиорганная недостаточность.

Для цитирования: Вейцман И.А., Свиридова Д.С. Нервная анорексия у молодой пациентки с летальным исходом. Клинический случай. Клинический разбор в общей медицине. 2022. 2: 58–61. DOI: 10.47407/kr2022.3.2.00126

Anorexia nervosa in a young patient with a fatal outcome. Clinical case

Inna A. Veitsman, Darina S. Sviridova

Altai State Medical University, Barnaul, Russia
inna_veits@mail.ru

Abstract

Anorexia nervosa (NA) is a mental disorder belonging to a group of eating disorders characterized by the patient's rejection of his bodily image and manifested by deliberate weight loss caused and/or maintained by the patient himself with the help of restrictions in eating, creating obstacles to its assimilation or stimulating metabolism. About a third of patients do not respond to treatment, including inpatient. Mortality in NA reaches 20%. The total mortality (for any reason) of patients is 5.2 times higher than the same indicator among women aged 15–34 years in the general population. The most common causes of death are infections, pulmonary edema, electrolyte imbalance, cardiac and respiratory failure, including with nutrition restoration syndrome, aspiration of food masses when feeding through a probe, liver failure. The presented clinical case demonstrates the outcome of the disease of a young patient with multiple organ failure, recurrent bleeding from acute stomach ulcers

Key words: anorexia nervosa, young patient, multiple organ failure.

For citation: Veitsman I.A., Sviridova D.S. Anorexia nervosa in a young patient with a fatal outcome. Clinical case. Clinical review for general practice. 2022; 2: 58–61. DOI: 10.47407/kr2022.3.2.00126

Заблеваемость нервной анорексией (НА) составляет около 8 случаев на 100 тыс. населения в год. Распространенность НА в популяции в среднем составляет 0,3–0,5% (до 1,2% среди женщин и 0,2% – среди мужчин). Более 90% больных НА – женского пола.

В анамнезе часто хронический психический стресс, в основном в семье. Дисгармоничная семья, нарушенные детско-родительские отношения, типично эмоциональное насилие в детстве: холодная, отстраненная, гиперконтролирующая мать, предъявляющая к ребенку повышенные требования, и мягкий, не имеющий «права голоса» в семье отец либо, наоборот, авторитарный и грубый отец и «самоустранившаяся» мать. Характерны критические замечания в отношении внешнего вида пациента со стороны родителей или сверстников. Нередко развитию НА предшествуют соблюдение

разнообразных «диет», в том числе малообоснованных и «вычурных», ограничения состава или объема пищи.

Сопутствующие психические расстройства и соматические заболевания. У больных НА чаще, чем в популяции, встречаются следующие психические расстройства: депрессия (63–92%), обсессивно-компульсивное расстройство (14–79%), биполярное аффективное расстройство (50–81%), генерализованное тревожное расстройство (24–49%), панические атаки (13–43%).

НА может протекать как самостоятельное (первичное заболевание) и как синдром при шизофрении и расстройствах шизофренического круга.

Типы НА:

- рестриктивный – только с ограничением приема пищи или с небольшими элементами элиминирующего поведения)

- булимический – с эпизодами неконтролируемого переедания и выраженным элиминирующим поведением.

Эти два варианта НА могут сменять друг друга (т.е. являться фазами заболевания) или персистировать в виде одной из форм.

Также по классификации НА подразделяют на типичную и атипичную. Термин «атипичная НА» должен использоваться в следующих случаях:

1) один или более ключевых признаков НА (F50.0), таких как аменорея или значительная потеря массы тела, отсутствуют, но в остальном клиническая картина достаточно типична;

2) отмечаются все ключевые симптомы, но в легкой форме.

Точная этиология НА не установлена. В развитии НА играет роль взаимодействие социокультуральных и биологических факторов, неспецифических психологических механизмов и уязвимости личности. Ряд из них может быть генетически детерминирован. Наследуемость НА составляет 56–84%, однако ее закономерности не изучены. Возможные гены-кандидаты относятся к регуляции аппетита (например, ген агути-белка), энергетического обмена, нейротрансмиссии (ген мозгового нейротрофического фактора и ген низкопроводного кальций-активируемого калиевого канала), системы вознаграждения и удовольствия (ген катехол-О-метилтрансферазы и опиатного рецептора δ CNR1), нейроэндокринной регуляции и системы воспаления. Существует гипотеза, что возможными пусковыми факторами, реализующими дефицит ряда нейромедиаторов, в частности дофамина, мускариновых, меланиновых, кортикотропин-релизинговых и эндоканнабиноидных рецепторов, являются пубертатные гормональные изменения, а также социальный стресс.

Психическое расстройство ведет к стойкому и длительному ограничению приема пищи с развитием недостаточности питания разной степени тяжести и типичных для голодания вторичных метаболических изменений и нарушения функций организма, в первую очередь эндокринных органов – гипофиза, щитовидной железы, надпочечников, половых желез, а также костной ткани. Однако в настоящее время не до конца ясно, обусловлены ли характерные эндокринные нарушения всецело только недостаточностью питания и прямым влиянием поведения, приведшего к ней (например, ограничениями приема пищи, чрезмерными физическими упражнениями, вызыванием рвоты и приемом слабительных средств или диуретиков и связанными с этим нарушениями электролитного баланса), или же в развитии эндокринных нарушений участвуют и другие неустановленные факторы, в частности нарушение функции гипоталамуса под непосредственным влиянием вышележащих отделов центральной нервной системы.

НА в своем течении проходит несколько стадий:

- Начальная (дисморфоманическая). У пациентов наблюдаются некоторые ограничения в еде, подавленность, тревожность. Человек начинает искать подхо-

дядущую диету, длительное время разглядывает свое отражение в зеркале.

- Аноректическая. Пациент применяет жесткие диеты, длительное время голодает, убеждает себя и окружающих в отсутствии голода. Также наблюдаются нарушение менструального цикла, снижение массы тела на 20% и более, воодушевление от получения первых результатов.
- Кахектическая. Масса тела уменьшается более чем наполовину, происходит нарушение водно-электролитного баланса, работы внутренних органов. Отсутствие терапии приводит к возникновению таких осложнений, как сердечная, почечная, печеночная недостаточность. Часто развиваются обезвоживание и метаболический алкалоз или ацидоз, снижение сывороточного уровня калия и/или натрия.

Показания к госпитализации пациентов с НА

Начальное лечение НА, а также лечение рецидивов в подавляющем большинстве случаев целесообразно проводить в условиях психиатрического стационара. Первые недели от начала восстановления статуса питания проводятся под тщательным наблюдением и мониторингом электрокардиограммы и уровней электролитов в сыворотке в условиях стационара в связи с высоким риском развития аритмий, делирия и острой энцефалопатии. При отсутствии добровольного согласия больного на госпитализацию он может быть госпитализирован в недобровольном порядке в соответствии с Законом о психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании №3185-1 от 02.07.1992 (статья 29 «Основания для госпитализации в психиатрический стационар в недобровольном порядке», пункт «в»: существенный вред здоровью вследствие ухудшения психического состояния, если лицо будет оставлено без психиатрической помощи).

При наличии тяжелой кахексии с признаками органической недостаточности больного госпитализируют по витальным показаниям в отделение реанимации/интенсивной терапии психиатрической (предпочтительно) или общесоматической больницы. Восстановление состояния питания должно проводиться медленно и постепенно во избежание резких электролитных колебаний и перегрузки жидкостью. При угрожающей жизни кахексии целевая прибавка массы тела не должна превышать 130–180 г/сут. Предпочтительно пероральное питание или (только в первые дни) энтеральное питание через желудочный зонд. К парентеральному питанию прибегают только в случае крайне тяжелого состояния пациентов. Белки и жиры представляют меньшую опасность в плане развития синдрома восстановления питания, чем углеводы. Первый этап лечения – постепенное восстановление массы тела, коррекция дефицита электролитов, витаминов. Выписка пациента из стационара, не дожидаясь стабилизации массы тела, ассоциирована с ухудшением прогноза. Второй этап лечения (на амбулаторном этапе) – коррекция эндокринных и метаболических нарушений, которые

сохраняются после восстановления массы тела. В основном это нарушения менструального цикла, бесплодие и остеопения/остеопороз.

Клинический случай

Женщина 33 лет, замужем, поступила в стационар в декабре 2021 г. в крайне тяжелом состоянии с диагнозом: кома неясного генеза, шок, полиорганная недостаточность.

Со слов мужа, с августа 2021 г. начала резко худеть, стала отмечать тошноту и рвоту, к врачам не обращалась, бесед с родственниками избегала. Резкое ухудшение состояния с начала ноября 2021 г.: появились выраженные боли в животе, рвота. Госпитализирована в стационар в связи с острой язвой желудка, состоявшимся кровотечением, хроническим идиопатическим панкреатитом. Стационар покинула самостоятельно с положительной динамикой и рекомендациями наблюдения у терапевта и гастроэнтеролога по месту жительства. За время госпитализации психиатром не осмотрена, диагноз НА не верифицирован. После госпитализации в течение месяца за медицинской помощью не обращалась, хотя абдоминалгия сохранялась и масса тела продолжала снижаться. Резкое ухудшение состояния отмечено в декабре 2021 г. – повышение температуры до фебрильных цифр, спутанность сознания. Госпитализирована в стационар бригадой скорой медицинской помощи.

При поступлении: состояние крайне тяжелое. Рост 160 см, масса тела 28 кг, индекс массы тела 10,9 кг/м². Уровень утраты сознания – кома II. Саркопения, кахексия. Кожные покровы бледные, сухие, теплые на ощупь. Температура тела 37,5°C. Видимые слизистые оболочки бледно-розовые, влажные. Аускультативно: дыхание жесткое, проводится во всех точках аускультации, частота дыхательных движений 20 в минуту. SpO₂ – 98%.

Гемодинамика нестабильная. Частота сердечных сокращений 89 уд/мин, ритм синусовый, переведена на вазопрессорную поддержку.

Живот мягкий, на пальпацию не реагирует. Диурез по мочевому катетеру достаточный.

Клинический анализ крови: лейкоциты крови 14×10⁹, гемоглобин 99 г/л, гематокрит 23%, эритроциты 3,97×10¹², тромбоциты 209×10⁹, эозинофилы 0%, палочкоядерные нейтрофилы 9%, сегментоядерные 76%, лимфоциты 12%, моноциты 3%, СОЭ 30 мм/ч.

Биохимический анализ крови: мочевина 14,5 ммоль/л, креатинин 101 мкмоль/л, аланинаминотрансфераза 3000, аспаратаминотрансфераза 2004, билирубин 15 ммоль/л, общий белок крови 60 г/л, электролиты – калий 5,0 ммоль/л, натрий 143 ммоль/л, хлор 106 ммоль/л, гликемия 3,2 ммоль/л.

Белковые фракции: общий белок 64 г/л, альбумин 41 г/л, преальбумин 8 г/л, С-реактивный белок 63. Тропонин Т 3 нг/л.

Коагулограмма: активированное частичное тромбопластиновое время 34, протромбиновый индекс 34%, фибриноген 3,8 г/л.

Антитела к вирусу гепатита С, В, SARS-CoV-2 (иммуноглобулин М), ВИЧ – отрицательно.

Посев крови на стерильность: роста микрофлоры нет. Общий анализ мочи – без особенностей.

Рентгенография органов грудной клетки – без особенностей.

Ультразвуковое исследование органов брюшной полости: справа визуализируется расширение петли кишечника с неоднородным содержимым и частично с маятникообразной перистальтикой.

Рентгенография органов брюшной полости обзорная: свободного газа и уровней жидкости в брюшной полости не выявлено. Пневматизированы петли кишечника.

Компьютерная томография (КТ) органов брюшной полости: структурных изменений органов брюшной полости не выявлено. КТ-данных в пользу объемного образования печени, желчного пузыря, поджелудочной железы, селезенки, почек и надпочечников, внутрибрюшной лимфаденопатии не найдено.

Электрокардиография: синусовая тахикардия, 128 уд/мин. Регресс RV1–V4.

Эхокардиография: осмотр затруднен из-за тяжести пациентки и смещения сердца вправо. Полости сердца не расширены. Гиперэхогенность миокарда межжелудочковой перегородки, истончение межжелудочковой перегородки в нижних 2/3 миокарда верхушки, верхушка левого желудочка (ЛЖ) закруглена, акинетична.

Выраженный гипокинез переднеперегородочных, передних верхних и средних сегментов ЛЖ на фоне диффузной гипокинезии миокарда ЛЖ.

Не исключена некомпактность миокарда боковых, заднебоковых сегментов ЛЖ. Глобальная сократимость ЛЖ значительно снижена (фракция выброса по Симпсону 12%), правого желудочка – снижена. Замедление релаксации миокарда обоих желудочков.

Систолическое давление легочной артерии 29 мм рт. ст. Нижняя полая вена не расширена, экспираторное спадение не прослеживается.

Аорта на уровне дуги в нисходящем, брюшном отделе склерозирована.

Верхушечные хорды ЛЖ, возможно трабекулы.

КТ головного мозга: очагов патологической плотности в ткани головного мозга не обнаружено. Диффузная атрофия головного мозга с вторичной сообщающейся гидроцефалией. КТ-данных в пользу острого инсульта и объемного образования не получено.

Глазное дно: данных в пользу застойных дисков зрительного нерва не получено.

Осмотрена хирургом: на момент осмотра данных в пользу хирургической патологии нет.

Осмотрена гинекологом: на момент осмотра данных в пользу острой патологии нет.

В лечении применялись респираторная поддержка, антибиотикотерапия, вазопрессорная поддержка, профилактика тромбоэмболических осложнений, ингибиторы протонной помпы, коррекция водно-электролитных нарушений, смешанный вариант питания, гемотрансфузия, глюкокортикостероиды.

Несмотря на проводимую терапию, на 3-и сутки наступил летальный исход.

Основной посмертный диагноз: нейрогенная анорексия, кахексия, осложненная полиорганной недостаточностью (церебральной, сердечно-сосудистой, дыхательной, почечной, печеночной), дистрофическая миокардиопатия.

Патологоанатомический диагноз. Конкурирующий: 1. Нейрогенная анорексия. 2. Миокардит. Кардиомиопатия. Осложнения: полиорганная недостаточность (церебральная, сердечно-сосудистая, дыхательная, почечная, печеночная).

Причина смерти: отек головного мозга.

Обсуждение

Представленный клинический случай демонстрирует позднюю верификацию диагноза НА у молодой пациентки в кахектической стадии с полиорганной недостаточностью. Верификация диагноза на начальных этапах сложна, так как большинство больных НА упорно диссимулируют свое состояние. НА дифференцируют с другими заболеваниями и состояниями, сопровождающимися снижением массы тела, такими как психогенная потеря аппетита, нервная булимия, тяжелые соматические заболевания, сопровождающиеся истощением (например, опухоли мозга, болезнь Крона, синдром кишечной мальабсорбции, туберкулез и т.д.). Важным дифференциально-диагностическим критерием, прежде всего для исключения первичной соматической патологии, является высокий уровень психической и физической активности больных НА и длительное отсутствие у них астенических явлений, не-

смотря на дистрофию и полиорганную дисфункцию. Лечение НА – сложная задача, которая подразумевает командный подход с обязательным участием психиатра. Трудность заключается в некомплаентности пациентов, отрицании заболевания, отсутствии мотивации к лечению. Однако внимательное и грамотное ведение пациента медицинским персоналом и участие семьи позволяют в большинстве случаев достигать поставленных целей: восстановление нормальной массы тела, устранение вторичных эндокринных и метаболических нарушений, максимально возможная коррекция психологических проблем и личностных особенностей, социальная адаптация.

Мер профилактики с доказанной эффективностью не существует. Необходимо недопущение хронического психического стресса, в первую очередь в ближайшем окружении. Родителям настоятельно рекомендуется воздерживаться от критических замечаний в отношении массы тела или формы отдельных частей тела подростка, особенно в пубертатном возрасте.

Скрининг – не проводится. Однако врачи всех специальностей должны иметь настороженность в отношении наличия НА у любых пациентов с выраженным дефицитом массы тела в сочетании с нарушением менструального цикла или другими эндокринными нарушениями. По данным одного из исследований, у 58% женщин с аменореей или олигоменореей имеются симптомы какого-либо из расстройств приема пищи.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Conflict of interests. The authors declare that there is not conflict of interests.

Литература / References

1. Бобров А.Е. Психопатологические аспекты нервной анорексии. Альманах клинической медицины. 2015; спецвып. 1: 13–23. [Bobrov A.E. Psikhopatologicheskie aspekty nervnoi anoreksii. *Al'tmanakh klinicheskoi meditsiny*. 2015; spetsvyup. 1: 13–23 (in Russian).]
2. Коркина М.В., Цивилько М.А., Марилов В.В. Нервная анорексия. М.: Медицина, 1986. [Korkina M.V., Tsvilko M.A., Marilov V.V. *Anorexia nervosa*. Moscow: Medicine, 1986 (in Russian).]
3. Чуркин А.А., Мартюшов А.Н. Краткое руководство по использованию МКБ-10 в психиатрии и наркологии. М.: Триада-Х, 1999. [Churkin A.A., Martuyshov A.N. *Brief guide to the use of the ICD-10 in psychiatry and narcology*. Moscow: Triada-X, 1999 (in Russian).]
4. Эндокринология. Национальное руководство. Под ред. И.И. Дедова, Г.А. Мельниченко. 2-е изд., перераб. и доп. Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2022. [Endocrinology. National leadership. Ed. I.I. Dedova, G.A. Melnichenko. 2nd ed. Moscow: GEOTAR-Media, 2022 (in Russian).]
5. Abed J, Judeh H, Abed E et al. «Fixing a heart»: the game of electrolytes in anorexia nervosa. *Nutr J* 2014; 13: 90.
6. Al-Asadi AM, Klein B, Meyer D. Multiple Comorbidities of 21 Psychological Disorders and Relationships With Psychosocial Variables: A Study of the Online Assessment and Diagnostic System Within a Web-Based Population. *J Med Internet Res* 2015; 17 (3): e55.
7. Bulik CM, Sullivan PF, Tozzi F et al. Prevalence, heritability, and prospective risk factors for anorexia nervosa. *Arch Gen Psychiatry* 2006; 63 (3): 305–12.
8. Keshaviah A, Edkins K, Hastings ER et al. Re-examining premature mortality in anorexia nervosa: a meta-analysis redux. *Compr Psychiatry* 2014; 55 (8): 1773–84.
9. Miller KK. Endocrine Dysregulation in Anorexia Nervosa Update. *J Clin Endocrinol Metab* 2011; 96 (10): 2939–49.
10. Misra M, Klibanski A. Endocrine consequences of anorexia nervosa. *Lancet Diabetes Endocrinol* 2014; 2 (7): 581–92.
11. Racine SE, Wildes JE. Emotion dysregulation and anorexia nervosa: an exploration of the role of childhood abuse. *Int J Eat Disord* 2015; 48 (1): 55–8.
12. Schlegl S, Quadflieg N, Löwe B et al. Specialized inpatient treatment of adult anorexia nervosa: effectiveness and clinical significance of changes. *BMC Psychiatry* 2014; 14: 258.
13. Usdan LS, Khaodhiar L, Apovian CM. The endocrinopathies of anorexia nervosa. *Endocr Pract* 2008; 14 (8): 1055–63.

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ / INFORMATION ABOUT THE AUTHORS

Вейцман Инна Александровна – канд. мед. наук, доц. каф. поликлинической терапии, ФГБОУ ВО АГМУ. E-mail: inna_veits@mail.ru; ORCID: 0000-0001-5826-1068; SPIN-код: 2541-4724

Inna A. Veitsman – Cand. Sci. (Med.), Altai State Medical University. E-mail: inna_veits@mail.ru; ORCID: 0000-0001-5826-1068; SPIN-код: 2541-4724

Свиридова Дарина Сергеевна – Институт клинической медицины ФГБОУ ВО АГМУ. E-mail: besedinadarina@icloud.com
Darina S. Sviridova – Altai State Medical University. E-mail: besedinadarina@icloud.com

Статья поступила в редакцию / The article received: 04.04.2022
Статья принята к печати / The article approved for publication: 14.04.2022