

С. Н. Шубина<sup>2</sup>, О. А. Скугаревский<sup>1</sup>

## НЕРВНАЯ АНОРЕКСИЯ И ИНВАЛИДНОСТЬ

УО «Белорусский государственный медицинский университет»<sup>1</sup>,

ГУ «Республиканский научно-практический центр психического здоровья»<sup>2</sup>

---

*В настоящей работе поднимаются проблемные вопросы в отношении констатации утраты трудоспособности у пациентов с диагнозом нервная анорексия, а также приводится разбор клинического случая при установлении группы инвалидности у пациентки с данной нозологией; обсуждаются сложности диагностики и лечения нервной анорексии. Приводятся результаты сравнительного поперечного одномоментного исследования, проводившегося в рамках научного проекта в 2013 г. (исследование проводилось в добровольной анонимной форме), в котором принимали участие девушки и молодые женщины (средний возраст респондентов не превышал 30 лет): не имеющие психических и поведенческих расстройств на момент включения в исследование, страдающие нервной анорексией, страдающие параноидной формой шизофрении с длительностью болезненного процесса до 5 лет. Определили, что нарушения пищевого поведения зачастую требуют динамического наблюдения.*

**Ключевые слова:** нервная анорексия, инвалидность.

S. N. Shubina, O. A. Skugarevsky

## ANOREXIA NERVOSA AND DISABILITY

*This paper deals with problematic areas related to pronouncement of disability in patients diagnosed with anorexia nervosa; it also provides a review of a clinical case with assessment of disability in a patient with this ICD code and considers challenges of diagnosing and treating anorexia nervosa. The article contains the results of the comparative cross-sectional study conducted in 2013 within the research project. The study was voluntary and anonymous. The study group consisted of the teenage girls and young women (the mean age of the respondents was over 30). Among them were those, who had no mental or behavior disorders, those who had anorexia nervosa, those, who suffered paranoid schizophrenia for less than 5 years. It was found out that eating disorders commonly need a dynamic monitoring.*

**Key words:** anorexia nervosa, disability.

---

**Н**ервная анорексия является заболеванием, манифестирующим, как правило, в детском и подростковом возрасте, и представляет собой сознательное ограничение в приеме пищи или даже полный отказ от еды с целью коррекции мнимой или резко переоцениваемой избыточной массы тела (Коркина М. В. 1967, 1984, 1995, 2001, Сухарева Г. Е. 1955, 1969, 1974, Личко А. Е., 1989, Цивилько М. А. 1975, 2000, 2001, Исаев Д. Н., 1996, 2000).

Актуальность проблемы этой патологии в последние десятилетия обусловлена трудностями диагностики и лечения, отсутствием точно установленных клинических границ, склонностью больных к диссимуляции, несвоевременностью обращения пациентов к специалистам, малой курабельностью психопатологической симптоматики и трудностями при решении вопросов реабилитации больных (Коркина М. В., Цивилько М. А. 2000, Garner P. 1993; Beumont P. J.V. et al 1993, Herzog D. B. 1992, Eckert E. B. 1987).

Клинико-социальная значимость проблемы определяется тем, что это заболевание возникает в препубертатном и пубертатном возрасте (преимущественно у девочек) и приводит к выраженной учебной и социальной дезадаптации больных. При нервной анорексии наблюдается максимальная смертность среди всех пациентов с психическими расстройствами. В целом, смертность при нервной анорексии достигает 30–40% при длительности наблюдения более 10 лет и возрастает с продолжительностью катамнестического наблюдения. Причиной смерти при нервной анорексии, как правило, становятся пневмония, туберкулез, отек легкого, интеркуррентные инфекции, при этом 2-е место по частоте причин смертности после соматических осложнений занимает суицид [5].

Следует подчеркнуть, что особенности проявления нервной анорексии в детском и препубертатном возрасте изучены недостаточно и говорить об окончательно очерченных клинических границах не представляется возможным. Так, Личко А. Е. (1985), основываясь на особенностях патогенеза, рассматривает это заболевание как эндореактивную пубертатную анорексию. Сухарева Г. Е. (1937) относит нервную анорексию к патологическим реакциям в переходном подростковом периоде. Исаев Д. Н. (1977), Г. К. Поппе, Микиртумов Б. Е. (1978), Личко А. Е. (1985), Ушаков Г. К. (1987) – к патологическим развитиям личности. В большинстве зарубежных стран нервная анорексия и синдром нервной анорексии при шизофрении рассматриваются как абсолютно разные, независимые друг от друга психические заболевания,

редко сочетающиеся друг с другом по случайным связям. При этом нервная анорексия относится к типичным вариантам психосоматической патологии или к разновидности расстройств так называемого пищевого поведения (МКБ-10) (А. Н. Crisp, 1980; Garfinkel P. E., Gartner D. M., 1989). У ряда больных нервной анорексией и нервной булимией искусственное вызывание рвоты приобретает столь выраженный характер, что, по мнению ряда авторов, можно говорить о наличии самостоятельного психического расстройства – vomitomании, которая относится к патологии влечений и характеризуется непреодолимым желанием вызывать рвоту, после которой больные испытывают чувство удовольствия и даже экстаз [1].

На фоне алиментарного голодания у больных возникает широкий спектр соматических и эндокринных осложнений. К наиболее тяжелым для здоровья и жизни пациентов осложнениям относятся следующие: нарушения сердечного ритма в виде синусовой брадикардии (ЧСС менее 60 уд. в 1 минуту) с удлинением интервала QT на ЭКГ, повышенный риск внезапной смерти от фибрилляции желудочков (особенно, когда масса тела снижается более, чем на 35% от нормального). Серьезной проблемой является анемия, особенно злокачественная, которая может быть вызвана значительно пониженным уровнем витамина B12. При экстремально низкой массе тела костный мозг значительно сокращает продукцию клеток крови, что может привести к возникновению такого опасного для жизни состояния, как панцитопения [6]. Основным звеном нейроэндокринных нарушений у пациенток с НА на сегодняшний день считается центральное торможение секреции гонадотропинов [7, 8]. Так, например, эндокринные нарушения характеризуются снижением уровня эстрогенов, что приводит к развитию аменореи. После лечения и увеличения массы тела уровень эстрогенов, как правило, восстанавливается. Однако, при тяжелой анорексии даже после адекватного лечения нормальный менструальный цикл никогда не восстанавливается у 25% больных. Низкий уровень эстрогенов и кальция приводит также к развитию у 90% женщин с нервной анорексией остеопении, а 40% – имеют остеопороз, что приводит к повышенному риску переломов. Больным с тяжелой нервной анорексией также присуще развитие дистрофического процесса в нервной ткани, что способствует появлению изменений биоэлектрической активности мозга, неврологических осложнений, в том числе в виде судорожного синдрома, когнитивных нарушений, периферической нейропатии. Некоторые из перечисленных осложнений редуцируются

после нормализации массы тела, но отдельные патологические сдвиги могут сохраниться и после увеличения веса. Угрожающим жизни пациентов состоянием является тяжелая полиорганная недостаточность, возникающая при экстремально низкой массе тела.

В период выраженной потери массы тела пациенты с нервной анорексией **практически нетрудоспособны**, хотя в силу присущей им активности стараются продолжать учебу или работу, выявляя при этом заметное снижение продуктивности. При склонности заболевания к длительному хронически рецидивирующему течению больные, снижаясь в своей профессиональной деятельности, тем не менее **в инвалидности** нуждаются далеко не всегда. **Установление инвалидности возможно только в случае** тяжелого течения заболевания и резко выраженных, не дающих обратной динамики психических и соматоэндокринных нарушений.

**Инвалидность** представляет собой недостаточность, обусловленную нарушением здоровья (заболеванием, травмой, анатомическим дефектом), со стойким расстройством функций организма, приводящую к ограничению жизнедеятельности и необходимости социальной защиты. Гражданин, у которого установлено нарушение жизнедеятельности вследствие наличия физических или умственных недостатков, влекущее необходимость в социальной помощи и защите, является **инвалидом** [4].

Необходимы следующие условия для признания гражданина **инвалидом** (данные условия установлены законодательством). Первым из них является нарушение здоровья человека, представляющее собой физическое, душевное и социальное неблагополучие, связанное с потерей, аномалией, расстройством психологической, физиологической, анатомической структуры и (или) функций организма человека. Нарушение здоровья может возникнуть вследствие заболевания человека, наследственности, получения им травм, увечий и иных фактов [4].

Обязательным условием признания лица **инвалидом** является неустранимость нарушения здоровья, подтверждением чего может выступать потребность в длительных сроках, необходимых для устранения возникших нарушений. На вероятность возникновения у гражданина **инвалидности** вследствие полученного им увечья (травмы) оказывают влияние биологические и социальные факторы, которые необходимо рассматривать во взаимодействии. Биологические факторы, будучи случайными по отношению к болезни и **инвалидности** как ее социальному последствию, могут лишь обусловить возможность возникновения **ин-**

**валидности**, социальные факторы, среда, воздействующие на биологическое начало, являются закономерно определяющими возникновение болезни и **инвалидности** как новой качественной определенности. При нервной анорексии семья больных часто является социальным фактором, зачастую мешающим выздоровлению [4].

Нарушение здоровья лица должно приобрести устойчивый характер с минимумом шансов на выздоровление и не нести в себе «условную выгоду заболеть», которая характерна для внутреннего психологического языка нервной анорексии.

Семьи, в которых появляется пациентка с нервной анорексией, как правило, относятся к социоцентрированным семьям. Для них крайне важным является достижение ребенком социального успеха. Они транслируют и формируют ценности, социально приемлемые и социально одобряемые в данном конкретном обществе. Стремление соответствовать общественным стереотипам формирует такие семейные ценности как «успех», «воля». Принимая эти ценности в качестве лично значимых, дочери стремятся развить целеустремленность и ответственность. Перфекционизм становится их характерной личностной чертой. Одним из способов адаптации девушек к такому миру становится контроль над собственной внешностью, над собственным телом. В таких семьях обнаружены различия в гласных и негласных правилах семьи. Так, открытые требования к дочерям «принадлежать, подчиняться семье» дополняются негласными правилами: «быть сдержанной в проявлении чувств», «быть закрытой», «быть правильной». Такое сочетание требований поддерживают у детей чувство собственной неэффективности и трудности в налаживании контактов с другими людьми. Социальные стандарты и стереотипы, становясь ценностными установками социоцентрированных семей, регуляторами межличностного взаимодействия, приводят к нарушениям семейного взаимодействия. Симптоматическое поведение дочери в виде нарушения пищевого поведения в ряде случаев становится своеобразным стабилизатором семейной системы. Данное поведение направлено на объединение членов семьи, отвлекая их от интенсивных переживаний кризисных событий. Заболевающий подросток временно приобретает власть в семье [Слепкова В. И., Ильчик О. А., 2014].

Так, Д. Голдберг указывает, что работа непосредственно с членами семьи может быть особенно полезной тогда, когда отношения в семье поддерживают (или даже вызывают) психическое расстройство. Например, семья может играть зна-

чительную роль в развитии нервной анорексии, особенно если больной – еще подросток, а родители используют питание как средство оказания давления и проявления власти в рамках семьи. В дальнейшем нарушение пищевого поведения привлекает внимание к конфликтам, связанным с проблемой контроля и власти, и к конкретным способам, которыми конкретная семья могла бы выражать их. Семье принадлежит значительная роль в жизни ребенка, в усвоении им социально-культурных норм и моделей поведения, поэтому изучение семейного окружения является одним из необходимых условий для понимания причин, формирующих какое-либо отклоняющееся поведение. Ведь психическое здоровье или нездоровье ребенка неразрывно связаны также со стилем родительского воспитания, зависят от характера взаимоотношений родителей и детей. Наиболее патогенным оказывается воздействие неправильного воспитания в подростковом возрасте, когда фрустрируются базовые потребности этого периода развития – потребности в автономии, уважении, самоопределении, достижении наряду с сохраняющейся, но уже более развитой потребностью в поддержке и присоединении (семейном «мы»). Согласно Д. Голдбергу, чаще всего предпосылками к развитию нервной анорексии служат нарушенные семейные отношения вкупе с зависимой и незрелой личностью больной. К характерным для подобных случаев проблемам относятся конкуренция с братьями и сестрами за внимание родителей или конфликты, связанные с необходимостью покинуть дом и со стремлением больной избегать социальных обязательств, естественных для каждого зрелого человека (такое избегание часто включает в себя сексуальное поведение). Иногда важную роль в пролонгировании расстройства (которое в другом случае, возможно, сводилось бы к кратковременному эпизоду соблюдения диеты) играют поддерживающие заболевание факторы. Это, например, может быть внутрисемейный кризис, связанный с расторжением брака родителей, психическое заболевание у кого-либо из них или сложившиеся определенным образом условия, при которых дочь получает возможность контролировать ситуацию в семье посредством своего заболевания [2].

Следует отметить, что семейные отношения часто определяются атмосферой перфекционизма, тщеславия и ориентировки на социальный успех. Для них характерен семейный идеал самопожертвования с соответственным соревнованием членов семьи. Процесс взаимодействия резко определяется контролирующими, гармонирующими и гиперопекающими импульсами. Эмоциональные

конфликты отрицаются, адекватные способы решения конфликтов не вырабатываются. Атмосфера в семье представляется вследствие этого постоянно напряженной, однако вовне демонстрируется закрытая картина согласия и гармонии. Для семей с больными анорексией описаны такие поведенческие характеристики, как вязкость, чрезмерная заботливость, избегание конфликтов, ригидность и вовлеченность детей в родительские конфликты. Симптоматика анорексии понимается как борьба за власть дочерей с их родителями в рамках чрезмерно связанных отношений, причем собственное тело представляет для больной последнюю сферу, в которой она может отграничиться от требований родителей и удержать сколько-то автономии. В такой семье каждый стремится навязать другому собственное определение отношений, другой же в свою очередь отвергает навязываемое себе отношение. Никто в семье не готов открыто перенять руководство и принимать решения от собственного имени. Открытые союзы между двумя членами семьи немыслимы. Перекрывающие поколения коалиции отрицаются на вербальном уровне, даже если их можно установить на невербальном. За фасадом супружеского согласия и гармонии находится глубокое обоюдное разочарование, которое, однако, никогда не признается открыто [И. Г. Малкина-Пых, 2008].

Ограничение жизнедеятельности является следующим необходимым условием признания лица **инвалидом** и учитывается в соответствии со следующими критериями (**ограничение жизнедеятельности (ОЖД)** – полная или частичная утрата лицом способности или возможности осуществлять основные компоненты повседневной жизни): способность к передвижению, самообслуживанию, ориентации, контролю своего поведения, общению, обучению, занятию (выполнению) трудовой деятельности [4].

Выраженность изменений ОЖД оценивается с помощью функциональных классов (Л. С. Гиткина, 1995).

ФК 0 – характеризует нормальное состояние данного критерия,

ФК 1 – легкое его нарушение (до 25%),

ФК 2 – умеренное (от 25 до 50%),

ФК 3 – значительное (от 51% до 75%),

ФК 4 – резко выраженное и полное нарушение критерия жизнедеятельности (от 76 до 100%).

Согласно статистическим данным специализированной МРЭК №4 (специализированная психоневрологическая МРЭК г. Минска), за последние 10 лет работы данной комиссии пациенты с диагнозами нервная анорексия и нервная булимия

врачами-психиатрами-наркологами направлялись для проведения медико-социальной экспертизы (МСЭ) всего лишь 2 раза.

В качестве примера неблагоприятного исхода затяжного течения нервной анорексии, отличавшейся многими из изложенных выше особенностей, приводим 1 (один) из указанных выше случаев направления на МСЭ.

Пациентка М., 44 года, была направлена впервые на лечение в Государственное учреждение «Республиканский научно-практический центр психического здоровья» в 2009 году в связи с появлением следующей симптоматики: снижение настроения, беспокойство, тревога, нарушение сна, снижение аппетита, снижение веса на 20 кг за прошедший год, очистительного поведения в виде намеренного вызывания рвоты, использования мочегонных и желчегонных препаратов.

#### Анамнез жизни:

Наследственность М. психопатологически не отягощена. Раннее развитие без особенностей. Родилась в семье служащих единственным ребенком. В школе училась на «отлично». 11 классов закончила с золотой медалью. Поступила в один из столичных вузов, окончила 4 курса, затем бросила учебу в университете. Работала на неквалифицированных работах непродолжительное время. В настоящее время не работает 2 года. Разведена, детей нет. Проживает с матерью, отец умер.

Из анамнеза заболевания: нарушения в пищевом поведении пациентки родственники отмечают с 1991 года, когда впервые похудела на 15 кг (известно, что пациентка сильно пополнила сразу после окончания школы, в связи с чем слышала от окружающих обидные замечания и насмешки). Исключила из рациона мучные продукты, купила велотренажер. Была убеждена, что попытки похудеть «помогут стать более успешной и уверенной». Большую часть свободного времени пациентка проводила в бассейне и на стадионе бывшей школы. Около 18 лет назад развелась с мужем, прожив в браке 3 года. После развода находилась в состоянии «стресса», обусловленного ситуацией развода, а также тем, что ей пришлось жить с родителями (не было отдельной комнаты). Снижился аппетит, мало ела (1 раз в день, причем пищевой рацион включал 1 банан и 1 яблоко), продолжала интенсивно заниматься спортом. Похудела до 25 кг, ИМТ = 15,6. Этот вес больную вполне устраивал. Практически после каждого приема пищи пациентка вызывала рвоту. За медицинской помощью пациентка долгое время не обращалась. Впервые проходила лечение в ГУ РНПЦ ПЗ в 2009 году.

Объективно при поступлении (2009 г.):

Сознание ясное. Ориентирована всесторонне правильно. Охотно пришла на беседу, пытается произвести благоприятное впечатление. Доступна продуктивному контакту. Речь тихая. Выражение лица страдальческое. На вопросы отвечает односложно, свои переживания до конца не раскрывает. Во время осмотра часто говорит: «Зачем Вы это спрашиваете, я практически здорова?» Жалуется на слабость, тошноту и рвоту после еды, страх перед приемом пищи. Неохотно рассказывает о своем пищевом поведении, склонна к диссимуляции мотивов похудения. В процессе беседы выявляются черты демонстративности и капризности в поведении. Эмоционально лабильна. Фон настроения снижен. Тревожна, плаксива, раздражительна. Внимание – несколько рассеянное. Мышление последовательное. Оформленных бредовых идей и обманов восприятия на момент осмотра не обнаруживает. Вне суицидальных и агрессивных тенденций на момент осмотра. Ищет помощи. Мотивирована на дальнейшее лечение. Соглашается с необходимостью приема медикаментов.

Соматический статус: Телосложение правильное. Дефицит массы тела (ИМТ = 15,6, рост – 160 см, вес – 40 кг). Кожные покровы чистые. В легких – везикулярное дыхание, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичны. АД = 80/60 мм.рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Стул – частые запоры. Диурез в норме. В общем анализе крови отмечено снижение гемоглобина – 101 г/л и гематокрита – 28%, в биохимическом анализе крови – снижение белка – 57,7 г/л и некоторое повышение холестерина – 6,4 ммоль/л. Общий анализ мочи без отклонений от нормы. На ЭКГ – синусовая брадикардия, ЧСС 56 уд/мин. Вертикальное положение электрической оси сердца. Увеличенная нагрузка на правое предсердие. Нарушение внутрижелудочковой проводимости.

#### Данные психологического обследования:

Объем внимания хороший, незначительные колебания внимания. Оперативная и смысловая память соответствуют нормативным стандартам. Абстрагирование проявляется как на высоком, так и на среднем уровне. Часть ответов формальна. На первый план выступают эмоционально-личностные нарушения в виде беспокойства, страхов, ипохондрической фиксации с уходом от решения проблем; имеют место также дисморфобические переживания с наличием сверхценных образований, связанных с пищевым поведением, легко вспыхивающая раздражительность, склонность к снижению социальных контактов, которые отмечаются у эмоционально незрелой, эгоцентричной

личности. Рисунки стереотипны и просты. Обнаружено незначительное нарушение мышления в виде непоследовательности суждений, что может быть связано со сниженным эмоциональным фоном.

Диагноз основной: Нервная анорексия F50.0.

Диагноз сопутствующий: Хронический гастрит, неполная ремиссия. Дефицит массы тела (ИМТ = 15,6). Дисметаболическая миокардиодистрофия, НО. Атопический дерматит. Анемия легкой степени тяжести. Вторичная алиментарная аменорея.

На фоне проводимого лечения флувоксамином, групповой, индивидуальной и семейной психотерапией состояние пациентки заметно улучшилось: упорядочилось поведение, выровнялся фон настроения, нормализовался сон и аппетит, уменьшился контроль массы тела, ИМТ составил 17.

Рекомендовано наблюдение гинеколога, терапевта, эндокринолога, психиатра по месту жительства, рациональное питание, занятие физкультурой, дальнейшая групповая, индивидуальная, семейная психотерапия.

При повторном поступлении пациентки в стационар РНПЦ ПЗ (через 4 года- 2013г., до этого времени от госпитализаций пациентка категорически отказывалась, за прошедший период не работала):

Усилилась раздражительность и усталость, уменьшился вес дополнительно на 5 кг за 6 месяцев (ИМТ = 13,7, рост – 160см, вес – 35 кг). Пациентка М. продолжала периодически выполнять изнурительные физические нагрузки и принимать слабительные, мочегонные и желчегонные препараты, эпизоды очистительного поведения в виде частого (до 15 раз в день) вызывания рвоты после приема пищи. Стала злоупотреблять алкоголем около 2 лет, толерантность до 1 литра вина. Нарушился контроль над употреблением алкоголя. Сформировался абстинентный синдром. Появились немотивированные вспышки агрессии. Стала замкнутой, перестала выходить из дома, нарушился сон. Плачет, ищет помощи.

Согласно данным медицинской документации, неоднократно госпитализировалась в общесоматический стационар в связи с обмороками на улице на фоне кахексического состояния (3 раза диагностировалось ЧМТ легкой степени).

Объективно при поступлении: Сознание ясное. Ориентирована всесторонне правильно. Контакт доступен формально. Внешне неряшлива. Эмоционально лабильна. Речь ускорена, жестикулирует. Фон настроения снижен. Тревожна, плаксива, раздражительна. Изменено личностное восприятие и оценка окружающего. Внимание рассеянное. Мышление, в замедленном темпе. Память сниже-

на на текущие события. Вне суицидальных тенденций на момент осмотра. Ищет помощи. Мотивирована на дальнейшее лечение. Соглашается с необходимостью приема медикаментов.

Неврологический статус: зрачки равновеликие, конвергенция сохранена. Лицо симметричное, язык по средней линии. Слабо положительный рефлекс Якобсона-Ласка. СПР D = S. Периферическая полинейропатия.

Соматический статус: Крайне истощена. Дефицит массы тела (ИМТ = 13,7 – кахексия, рост – 160 см, вес – 35 кг). Кожные покровы чистые. В легких – везикулярное дыхание, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные. АД = 80/55 мм. рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень пальпируется у края реберной дуги. Стул – частые запоры. Диурез в норме. Отеки голеней и стоп. При лабораторном обследовании обращало на себя внимание значительное снижение гемоглобина крови – 44 г/л.

Данные психологического обследования:

Склонность к отрицанию имеющихся проблем, потребность в эмоциональной вовлеченности, стремление нравиться окружающим, демонстративные и зависимые черты, тенденция к «бегству в болезнь» как уход от решения проблем, эмоциональный фон смешанный. В мыслительной сфере выявляется неравномерность уровня обобщения при достаточно высоком его уровне в целом, замедленность, склонность к конкретизации. Темп работы невысокий, отмечаются эпизодические трудности сосредоточения внимания, легкие колебания работоспособности, признаки истощения психической деятельности. Снижение кратковременной памяти.

Диагноз основной: Нервная анорексия F50.0. Органическое расстройство личности а связи со смешанными заболеваниями F07.08. Синдром зависимости от алкоголя, средняя стадия, в настоящее время воздержание, но в условиях, исключающих употребление F10.21.

Диагноз сопутствующий: Хронический алиментарно-токсический гепатит, минимальной степени биохимической активности. Хронический гастрит, неполная ремиссия. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь. Кахексия алиментарного генеза (ИМТ = 13,7). Дисметаболическая миокардиодистрофия, НО. Тяжелая смешанная гипохромная В12 и железodefицитная анемия. Вторичная алиментарная аменорея.

На фоне проводимой групповой, индивидуальной и семейной психотерапии состояние пациентки заметно улучшилось, упорядочилось поведение, нормализовался сон и аппетит, ИМТ составил 16. Также, применяя карбамазепин с целью

воздействия на сопутствующую коморбидную патологию (органическое расстройство личности), выровнялся фон настроения пациентки. Персонал отмечал перед выпиской пациентки появление планов на будущее, желание создать семью и положительные трудовые установки. Однако, желание употреблять спиртные напитки периодически встречается в разговоре с пациенткой: «иногда, особенно по праздникам, выпить можно».

Рекомендовано наблюдение гинеколога, терапевта, эндокринолога, психиатра, нарколога по месту жительства, дальнейшая групповая, индивидуальная, семейная психотерапия, рациональное питание, занятие физкультурой.

После выписок пациентка психоневрологический и наркологический диспансер не посещала. Проживала дома одна, испытывая финансовые трудности; складывала принесенную пищу родственниками в холодильник, ограничивая себя в еде. Продолжала злоупотреблять алкоголем.

При последнем поступлении пациентки в стационар РНПЦ ПЗ (через 4 года – 2017 г.):

Была госпитализирована в связи с агрессией к родным, снижением памяти, а также в связи с тяжестью соматического состояния (доставлена бригадой скорой медицинской помощи). Во время осмотра врачом приемного отделения: жалобы на бессонницу, снижение аппетита и настроения; утверждает, что приехала из больницы, где ухаживала за знакомым, разговаривает сама с собой, отказывается от приема пищи.

Объективно при поступлении: В отделение доставлена на руках санитаря, самостоятельно не передвигается. Осмотрена в палате. дезориентирована в месте и во времени, частично- в собственной личности. Продуктивному контакту малодоступна. На вопросы отвечает избирательно, односложно. Внешне неряшлива. Эмоционально лабильна. Речь ускорена, жестикулирует, Фон настроения снижен. Тревожна, плаксива, раздражительна. Импульсивна, возбуждена. Внимание – резкое снижение объема и переключаемости. Мышление конкретное, в замедленном темпе. В первые дни в отделении испытывала зрительные и слуховые обманы восприятия. На момент осмотра обманов восприятия и бредовых идей не обнаруживает. Интеллектуально-мнестически резко снижена. Объем отсроченного воспроизведения – 0 слов. Вне суицидальных тенденций на момент осмотра. Самообслуживание с постоянной посторонней помощью других лиц. Возможность осознавать себя и значимых лиц резко нарушена. Критика к своему психическому состоянию полностью отсутствует.

В связи с тяжелым соматическим состоянием пациентка 25 дней находилась в отделении интенсивной терапии и реанимации.

Неврологический статус: ЧН – слабость конвергенции, D = S. Лицо симметричное, язык по средней линии. Намечены рефлексы орального автоматизма. Хоботковый рефлекс. Слабо положительный рефлекс Якобсона-Ласка. Мышечный тонус понижен диффузно. Сухожильно-периостальные рефлексы с рук: D = S, с ног: D = S, низкие. Периферическая полинейропатия. Менингеальных знаков нет. Координаторные пробы не выполняет в связи с непониманием инструкций. Самостоятельно не передвигается.

Соматический статус: Крайне истощена. Дефицит массы тела (ИМТ = 11,7, кахексия, рост – 160 см, вес – 30 кг). Кожные покровы дряблые, бронзового цвета, щеки гиперемированы. В легких – везикулярное дыхание, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные. АД = 80/55 мм.рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень пальпируется у края реберной дуги. Стул – частые запоры. Диурез в норме. Отеки голеней и стоп. При лабораторном обследовании обращало на себя внимание значительное снижение гемоглобина крови – 42 г/л, пойкилоцитоз 10–15 в поле зрения, анизцитоз со значительным количеством микроцитов.

Данные психологического обследования:

Испытуемая труднодоступна продуктивному контакту, психомоторно заторможена. Продуктивность психической деятельности крайне низкая. Эмоциональный фон снижен, имела место аффективная реакция со слезами при высказывании суицидальных мыслей. Инструкции усваивает с трудом, удерживает их, но не способна сконцентрировать своё внимание на достаточное для выполнения задания время (при работе с таблицами Шульте за 3 минуты смогла отыскать 15 чисел, после чего забыла, какое число ищет). Мнестическая сфера также нарушена – испытуемая способна удержать в кратковременной памяти лишь 2 единицы, отсроченное воспроизведение – 0. Число слов, произносимых за 5 минут, – 1 слово. Практически отсутствует способность выполнять целенаправленные действия и способность к правильному восприятию информации. Результат теста «Рисования часов» – 0 баллов. Таким образом, на первый план при патопсихологическом исследовании выступает снижение продуктивности психической деятельности (грубые нарушения динамики психической деятельности, памяти, внимания, аффективной сферы).

МРТ головного мозга: лакунарные очаги в области белого вещества с двух сторон, диффузная церебральная атрофия.

Диагноз основной: Деменция в связи со смешанными заболеваниями (дисметаболическая, алкоголизм, вторичная артериальная гипотензия) F02.8. Облитерирующий атеросклероз сосудов нижних конечностей, хроническая артериальная недостаточность 4 степени.

Диагноз сопутствующий: Нервная анорексия. Дисметаболическая полинейропатия нижних конечностей. Хронический алиментарно-токсический гепатит, минимальной степени биохимической активности. Хронический гастрит, неполная ремиссия. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь. Кахексия алиментарного генеза (ИМТ = 11,7). Дисметаболическая миокардиодистрофия, НО. Тяжелая смешанная гипохромная В12 и железодефицитная анемия. Вторичная алиментарная аменорея. Вторичная артериальная гипотензия.

Первое время в отделении астенизирована, залеживается в постели, истощаема, сонлива. Пассивно следует режиму. Было проведено комплексное лечение.

Во время нахождения в стационаре РНПЦ ПЗ пациентке была установлена 1-я группа инвалидности в связи с установлением следующей выраженности изменений ограничений жизнедеятельности (ОЖД): 1 способность к передвижению – ФК4 (полная утрата мобильности и резкое ограничение передвижения, перемещение из постели в кресло затруднено); 2 способность к самообслуживанию – ФК4 (резкое выраженное и полное нарушение физической независимости, т.е. необходимость помощи посторонних лиц в удовлетворении нерегулируемых потребностей через короткие и критические интервалы (физиологических отправок, личной гигиены, одевания и приема пищи)); 3 способность к ориентации – ФК4 (резко выраженное нарушение ориентации); 4 способность к контролю своего поведения – ФК4 (неспособность контролировать поведение, отсутствие критики к себе и окружающим во всех сферах, невозможность коррекции, постоянная помощь

и надзор в связи с выраженными изменениями личности); способность к занятию (выполнению) трудовой деятельности – ФК4.

Таким образом, мы видим, что возникновение тяжелых соматических осложнений в динамике нервной анорексии и сложность выработки путей профилактики этих последствий являются серьезной проблемой для психиатрии. Приведенные выше данные свидетельствуют о том, что нервная анорексия – тяжелое заболевание, психические (когнитивная несостоятельность) и соматоэндокринные последствия которой могут являться причиной инвалидности [2].

Пациентка М. участвовала в сравнительном поперечном одномоментном исследовании (во время лечения на амбулаторном этапе после 2-й госпитализации, описанной выше) в рамках научного проекта в 2013 г. (исследование проводилось на анонимной добровольной основе), в котором принимали участие девушки и молодые женщины (средний возраст респондентов не превышал 30 лет): не имеющие психических и поведенческих расстройств на момент включения в исследование, страдающие нервной анорексией, страдающие параноидной формой шизофрении с длительностью болезненного процесса до 5 лет. Так, использовались Шкала оценки пищевых предпочтений (ШОПП) [3] и Опросник выраженности психопатологической симптоматики (SymptomCheckList-90-Revised – SCL-90-R).

Согласно полученным данным:

Анализ Шкалы оценки пищевых предпочтений (ШОПП) показал, что пациентка М. имеет большую выраженность стремления к худобе ( $F = 6,03$ ,  $p = 0,003$ ), неэффективности ( $F = 10,81$ ,  $p = 0,001$ ) и интероцептивной компетентности ( $F = 13,77$ ,  $p = 0,001$ ), подобно больным нервной анорексией, а недоверие в межличностных отношениях ( $F = 10,95$ ,  $p = 0,001$ ), страх зрелости- ( $F = 10,29$ ,  $p = 0,001$ ) большие, чем у группы контроля и у больных нервной анорексией, но меньший, чем у больных шизофренией (рис. 1).

Результаты SCL-90-R (опросник выраженности психопатологической симптоматики) у больных нервной анорексией и у пациентки М. по сравнению с группой контроля и пациентами с шизофренией наблюдаются сравнительно большая выраженность обсессивности-компульсивности ( $F = 7,89$ ,  $p = 0,023$ ), депрессивности ( $F = 3,84$ ,  $p = 0,024$ ). Но фобическая тревожность ( $F = 4,31$ ,  $p = 0,015$ ) и психотизм ( $F = 9,81$ ,  $p = 0,001$ ) наибольшие у больных шизофренией (затем у пациентки М., а наименьшие у больных анорексией и группы контроля) (рис. 2).

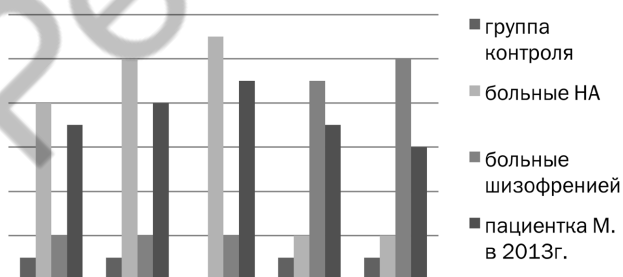


Рис. 1. Результаты ШОПП



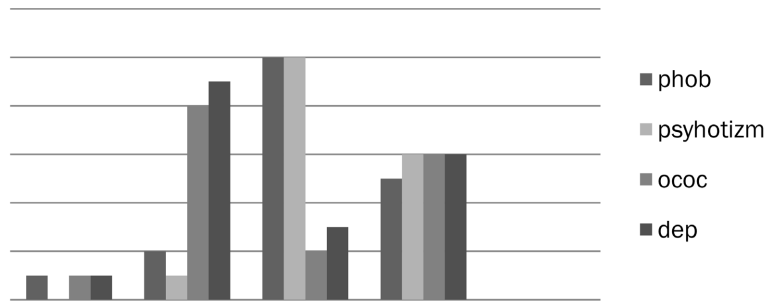


Рис. 2. Результаты SCL-90-R

**Обсуждение:**

В приведенном нами клиническом наблюдении необходимо обратить внимание на то, что пациентка М. длительное время находилась вне поля зрения специалистов, что, учитывая хроническое длительное течение ее заболевания с недостаточной критикой к своему психическому и соматическому состоянию, в итоге привело к неблагоприятному исходу со стойкой утратой трудоспособности. Возможно, отсутствие выраженных психических расстройств (пограничный регистр симптомов заболевания) и склонность к диссимуляции истинных причин похудения привели к недооценке врачами общего профиля тяжести основного психического заболевания у данной пациентки и к недооценке признаков инвалидности (ведь инвалидность – социальная недостаточность, обусловленная нарушением здоровья со стойким расстройством функций организма, приводящим к ограничению жизнедеятельности и необходимости социальной защиты). Целесообразно указать на необходимость своевременной консультации врача-психиатра в тех случаях, когда врачам-интернистам не удается найти объективных причин выраженного снижения массы тела.

Таким образом, на примере пациентки М. мы видим, как недооценка соматического состояния, недоучет стойкости пограничной психической патологии обусловили отсутствие настороженности врачей амбулаторного психиатрического звена к возможному неблагоприятному исходу заболевания и не позволили выработать адекватный план внестационарного наблюдения и ведения больной. Все это еще раз подтверждает тот факт, что нарушения пищевого поведения зачастую требуют динамического наблюдения [Скугаревский О. А., 2007]. Также необходимо отметить важность направления на медико-социальную экспертизу пациентов с нервной анорексией лишь в случае наличия стойких психических и соматоэндокринных последствий, учитывая «условную выгодность заболевания». Есть основания ожидать, что разработка

более четких стандартов диагностики и лечения нарушений пищевого поведения и их последствий позволит не только оказывать адекватную лечебно-реабилитационную помощь, но и осуществлять своевременную профилактику тяжелых осложнений этой патологии.

Прогноз лечения при нервной анорексии зависит от своевременной диагностики данного заболевания и обусловленных им осложнений, принятия адекватных лечебно-тактических решений, реабилитационных мер и мотивирования больного к проведению терапии и выздоровлению.

**Литература**

1. Брюхин, А. Е., Артемьева М. С., Сологуб М. Б. Случай тяжелой воимитомании у больной нервной анорексией / А. Е. Брюхин, М. С. Артемьева, М. Б. Сологуб // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 2004. – № 9. – С. 59–61.
2. Голдберг Д. Психиатрия в медицинской практике / Пер. с англ. А. Абессоновой, Д. Полтавца / Д. Голдберг, С. Бенджамин, Ф. Крид. – К.: Сфера, 1999. – 103 с.
3. Ильчик, О. А. Русскоязычная адаптация методики «Шкала оценки пищевого поведения» / О. А. Ильчик, С. В. Сивуха, О. А. Скугаревский, С. Суихи // Психиатрия, психотерапия и клиническая психология. – 2011. – № 1. – С. 39–50.
4. Медико-социальная экспертиза и реабилитация: сб. науч.ст. / ГУ РНПЦ медицинской реабилитации и экспертизы; под общ. ред. В. Б. Смычка. – Минск: УП «Энциклопедикс», 2016. – 356 с.
5. Сулейманов, Р. А. Экономические и социальные аспекты нервной анорексии / Р. А. Сулейманов, М. С. Артемьева // Электронный научно-образовательный вестник «Здоровье и образование в XXI веке». – 2009. – Т. 11, № 5. – С. 203.
6. American Psychiatric Association. Treatment of patients with eating disorders, third edition. American Psychiatric Association. Am J Psychiatry. – 2006. – Vol. 163: 7 Suppl: 4–54.
7. Misra, M. Relationships between Serum Adipokines, Insulin Levels and Bone Density in Girls with Anorexia Nervosa / M. Misra, K. K. Miller, J. Cord [et al.] // J. Clin. Endocrinol. Metab. – 2007. – Vol. 92, № 6. – P. 2046–2052.
8. Pafumi, C. Evaluation of bone mass in young amenorrheic women with anorexia nervosa / C. Pafumi, L. Ciotta, M. Farina // Minerva Ginecologica. – 2002. – Vol. 54, № 6. – P. 127–137.

Поступила 30.01.2019 г.