

The case of atypical anorexia nervosa

Mykola Ivanov

Zaporizhzhia State Medical University

In this clinical case, an atypical clinical picture of the anorexia nervosa was demonstrated.

Актуальність

Нервова анорексія (anorexia nervosa) – синдром, що характеризується умисним і надзвичайно наполегливим обмеженням в їжі, що приводить нерідко до вираженої кахексії. Частіше спостерігається у дівчаток – підлітків з метою корекції уявної або різко переоціненої надмірної маси тіла. Нервова анорексія згідно МКБ-10 відносяться до розладів їжі – поведінкових синдромів, пов'язаних з фізіологічними порушеннями. Для лікарської практики значимість вивчення цього розладу визначається чималою його поширеністю і частою небезпекою для життя. Складнощі діагностики і лікування пов'язані зі схильністю хворих до ретельної дисимуляції, несвоечасністю звернення батьків і малою курабельністю психо-патологічної симптоматики, складністю вирішення питань реабілітації.

Провідним симптомом є надцінна (в деяких випадках маячна) переконаність в надмірній масі тіла, спотворене сприйняття образу свого тіла (дисморфоманія), при якому формується "страж ожиріння" та установка на зниження ваги. Для достовірного діагнозу окрім різкого зниження ваги тіла слід враховувати наявність вторинно обумовлених соматичних та ендокринних порушень, зокрема, аменореї.

У численних публікаціях при описі досить типових клінічних симптомів даються найрізноманітніші трактування етіології і патогенезу цього страждання. Також і різноманітні уявлення про нозологічну приналежність синдрому. Одні автори відносять його до області межової психіатрії, до патологічного перебігу вікового кризу в перехідному підлітковому періоді, до патологічного розвитку особистості, до затяжних реактивних станів, інші не виключають і шизофренії, що почалася. У більшості зарубіжних публікаціях нервова ано-раксія і синдром нервової анорексії при шизофренії розглядаються як абсолютно різні психічні захворювання, при цьому нервова анорексія відноситься до типових варіантів психосоматичної патології.

Незважаючи на багатовікову історію вивчення цього страждання (перше медичне повідомлення про нервову анорексію належить Річарду Мортону, що описав ще в 1689 році два випадки "нервових сухот") не втрачає значення клінічна оцінка кожного випадку, коли з урахуванням особливостей симптоматики, часто атипової, слід і будувати терапевтичну тактику.

Клінічне спостереження

Хвора Єва Г., 2003г.р., учениця 8 класу. Поступила в дитяче відділення КУ ЗОПКБ 21.10.2016 р. уперше. Скарги матері на відсутність апетиту у дочки, слабкість, різке обмеження себе в їжі з метою схуднення. Хвора після огляду чергового лікаря і рішення її госпіталізувати вийшла з кабінету і вдарила матір по щоці, перехрестилась із словами "клянусь, я накладу на себе руки". У відділенні ж поведінка спокійна, але при згадці, що вона відмовляється від їжі, стверджує, що це зовсім не скарга, а вона просто не хоче їсти.

Анамнез (зі слів матері)

В родині ніхто на психічні хвороби не страждав. Батьки розлучилися, коли дівчинка була зовсім маленька. Причина розлучення – часта алкоголізація чоловіка. Зараз він нібито закодувався, має іншу сім'ю, живе в сусідньому будинку, проявляє турботу про дочку, допомагає матеріально. У матері вагітність протікала з токсікозом. Стояло навіть питання про переривання вагітності, оскільки страждала сечокам'яною хворобою і готувалася до операції, але "камінь вийшов сам". Пологи з витискуванням, нібито була гематома на голівці дитини, але дівчинка закричала відразу, асфіксії не було. Із слів матері в ранньому дитинстві була надмірно рухлива, плаксива, "ставили діагноз гіперактивності". Надалі в психічному стані дівчинки мати відмічає різноманітні нав'язливості, то мила часто руки боячись забруднення, то відзначалася схильність повторювати одні і ті ж слова. Виховувалася матір'ю і бабусею в гіперопіці, негайно виконувалися будь-які її капризи. В її особливостях мати відмічає підвищену недовірливість, вразливість. З перенесених захворювань коклюш в ранньому дитинстві, часті ангіни. Стоїть на обліку у ревматолога, у дівчинки виявлений пролапс мітрального клапану. Туберкульоз, ЧМТ, вірусний гепатит заперечуються. Місячні з 9 років, були регулярними, безболісними, останнім часом у зв'язку з різким схудненням місячні втратили періодичність, мізерні. Вчиться добре, вважається однією з кращих в класі. Має багато подруг, дружить з хлопчиком, матері скаржиться на нього, що той "підколює" її, що вона товста. Проблеми з їжею почалися з кінця літа. Багато часу проводила в інтернеті, познайомилася з хлопчиком з Москви, зав'язалася дружба по листуванню і "віртуально закохалася в Данила" Загальні інтереси були в художній оцінці японських дівчаток з осиними таліями та мають насічки на передпліччях. Наслідуючи їм хвора також нанесла собі порізи в області лівого передпліччя. По інтернету з цим хлопчиком вони постійно обговорювали "красу" худих людей і що треба прийти до цього за допомогою голодування. Починаючи з вересня дівчинка схуднула з 52 кг до 43кг при рості 167 см, тобто індекс маси тіла Кветелета склав 15.5 при нормі більше 17.5. Обмежила себе в їжі, може з'їсти маленький шматочок м'яса, половину груші, декілька ложок супу. На умовляння матері, бабусі і дідуса "закочує істерики", погрожує накласти на себе руки, в злості ображає їх, говорить, що ненавидить їх. Коли ж заспокоюється, стверджує, що нічого не пам'ятає. У лікарню була доставлена обманним шляхом. Тривогу у матері викликала різка слабкість у дочки, склери очей стали іктеричними, руки холодними, посиніли нігті, температура стала нижча 36о С. Епідобстановка благополучна.

Психічний статус при госпіталізації

Свідомість не змінена, в місці, часі, власній особі орієнтована вірно. Фон настрою знижений, під час бесіди дещо покращився, розуміє жарти, посміхається. Але при одній тільки згадці про їжу на очах з'являються сльози, опускає голову, замовкає. Не виявлено яких-небудь порушень сприйняття, маячних ідей, але чітко проявляються надцінні ідеї схуднення. Заперечує наявність суїцидальних думок, усвідомлює свою провину перед матір'ю. Погодилася на лікування, хоча і обумовлює "не більше тижня". У відділенні в перший день категорично відмовлялася від їжі. При прийомі медикаментів постійно запитує, чи не потовстішає вона від них. Час проводить в ліжку, сидить в одній позі. Після умовлянь з'їла все ж декілька ложок супу. Від питва також відмовлялася. В процесі призначеного лікування і особливо після малих доз інсуліну з подальшим введенням глюкози стан покращився. Стала самостійно приймати їжу. Покращилася і поведінка хворої. Привітна з медперсоналом, охоче відповідає на питання. Стала спілкуватися з дітьми, малює для них. Читає журнали, вирішує кросворди. У бесіді з лікарем говорить, що усвідомила свою неправильну поведінку. Перед випискою вага хворої 50.5 кг. За два дні перед випискою були відмінені ін'єкції інсуліну, хвора продовжувала з апетитом приймати їжу. Обтяжується перебуванням в лікарні, скучає за рідними і школою. Мати дала згоду на консультативний облік в дитячому диспансері, розуміє необхідність продовження підтримуючого лікування. Виписана дівчинка додому у супроводі матері 04 листопада 2016г.

Обстеження

Загальний аналіз крові: гемоглобін - 179; еритроцити - 5.35; кольоровий показник - 1.0; лейкоцити - 5.1; ШОЕ - 2 мм/год.; палочкоядерні - 5; сегментоядерні - 55; еозинофіли - 2; лімфоцити - 29; моноцити - 9.

Загальний аналіз сечі: питома вага-1016; цукор, білок відсутні; еритроцити 0-1; лейкоцити 3-4; епітелій плоский - одиниці.

Аналіз крові на глюкозу 4.10 ммоль/л., креатинін крові - 81.9мкмоль/л., сечовина - 2.25 мкмоль/л. Кров на РВ - негативна.

Педіатр (21.10.16 р.): білково-енергетична недостатність 1ст.

Невропатолог: даних за осередкову патологію немає.

ЕКГ: синусова тахікардія.

ЕхоЕС: зміщення серединних структур, ознак гідроцефалії не виявлено.

РЕГ: без патологічних особливостей.

КЕЕГ: виражене стійке підвищення тонузу активуючих структур ретикулярної формації.

Психолог: дослідження виявляє невротичний варіант розвитку з яскраво вираженою фіксацією на зниження ваги.

Лікування

- Сибазон 10мг в/м в перші три доби;
- Риспетріл 0,5мг двічі в добу;
- Нообут 0,25 Зр.;
- Інсулін 12 од. п/к з подальшим введенням глюкози 0.5% 400.0 в/в №10;
- Харчування маленькими порціями 6 разів на день;
- Вітамінотерапія;
- Раціональна психотерапія, що проводилась з хворою щодня.

На тлі лікування побічних явищ, ускладнень не відзначалося.

Після виписки дівчинка продовжує навчання, успішність хороша, стосунки з одно-літками дружні. Стала спокійнішою в сім'ї. Впродовж півроку приймала підтримуючу терапію:

- Риспетріл 0,5 мг увечері;
- Нообут 0.25 уранці;
- Триметабол 5 мл за півгодини перед їжею в обід.

Дівчинка амбулаторно відвідувала психолога. Надалі прийом медикаментів був припинений. По даним дворічного катамнезу яких-небудь проблем в харчовій поведінці мати не відмічає.

Висновки

Атиповість клінічної картини нервової анорексії в даному випадку проявлялася у виражених рисах акцентуації особистості. Вони проявилися ще в ранньому дитинстві в підвищеній недовірливості, вразливості, чутливості і супроводжувались в різноманітних змінюючих одна одну нав'язливостях. Надалі ці риси виразилися в психопатизації зі схильністю до самопошкоджень і агресивності до рідних, вони і обумовили особливості клінічної картини

анорексії, що зумовило в комплексній терапії призначити атипичний антипсихотик. Хороший терапевтичний ефект при перебуванні в стаціонарі, так і при подальшому амбулаторному лікуванні ми в основному зв'язуємо з тим, що проводилась майже щодня психотерапія як лікарем, так і клінічним психологом.