



В основе анорексии лежит неотступное стремление похудеть, которое больные реализуют путем диеты, физических упражнений, а нередко и клизм, слабительных, рвоты. В результате снижения веса перестраиваются обменные процессы, возникает аменорея, наступают психические изменения. Сами больные на снижение веса и утомляемость внимания не обращают. К врачу их обычно приводят родственники, обеспокоенные их значительным похудением. Лишь у части больных имеются соматические жалобы, обусловленные осложнениями (повреждения опорно-двигательного аппарата в результате физических нагрузок, сердечно-сосудистые нарушения вследствие голодания и гипокалиемии).

Нервная анорексия относительно редка; в США - 15 случаев на 100 000 населения в год. Поскольку заболевание хроническое, то общая распространенность нервной анорексии выше - 0,1-0,7%. Болеют анорексией в основном девушки. Пик заболеваемости приходится на подростковый возраст, хотя начало заболевания возможно как в детском, так и в юношеском возрасте. Болезненная убежденность в собственной полноте и стремление похудеть обычно не носят при нервной анорексии характер навязчивости. Сосредоточенность на весе и фигуре не противоречит внутренним установкам, а потому не сопровождается тревогой. Лишь в редких случаях нервная анорексия сочетается с неврозом навязчивых состояний, и тогда можно выявить обычные для этих больных навязчивости (страх загрязнения, заражения и т. п.) и ритуалы.

Многие изменения личности и поведения при нервной анорексии - следствие голодания; они возможны у любого голодающего человека. Это сосредоточенность мыслей на еде, медленное пережевывание пищи, депрессия, утомляемость, снижение половой активности, социальная изоляция, ухудшение когнитивных функций (неспособность к сосредоточению, низкие результаты тестов на интеллект, нарушение суждения). Примерно у половины больных нервной анорексией бывают приступы обжорства, за которыми следует разгрузка. Такой тип поведения более характерен для импульсивных, менее скованных личностей. Некоторые полагают, что это не нервная анорексия, а нервная булимия, однако единства мнений здесь пока нет.

Как показали долгосрочные наблюдения, летальность при нервной анорексии достигает 15% (в отличие от традиционно принятых 5%). Примерно в половине случаев причиной смерти является самоубийство - это еще раз говорит о том, что при нервной анорексии выражены эмоциональные расстройства и что в каждом случае необходимо оценить риск самоубийства.

### Лечение анорексии

Экстренная помощь сводится прежде всего к коррекции водно-электролитных расстройств. Если концентрация калия в сыворотке становится меньше 3 мэкв/л, то возможны нарушения ритма сердца, в том числе угрожающие жизни. Поэтому обязательно восполняют дефицит калия, причем если при нервной булимии калий достаточно давать внутрь, то при анорексии - обязательно в/в.

Длительное лечение анорекии. Первый шаг - убедить больного и родственников в необходимости лечения анорекии и подробно рассказать о нем. Это может потребовать много времени и сил, поскольку больные обычно недооценивают опасность своего состояния. Тем не менее данный этап необходим, поскольку принудительное лечение анорекии затруднено, а нередко и невозможно.

Почти всегда - кроме ранних стадий, когда снижение веса еще незначительно, - показана госпитализация в специализированный стационар. В стационаре прежде всего приступают к восстановлению веса. Обычно применяют метод вознаграждения: если за сутки больной прибавит в весе, например, 200 г, то в награду ему предоставляют дополнительную свободу (сначала разрешают на некоторое время выходить из палаты, затем видаться с друзьями, покидать отделение и т. п.). С больным заключают соглашение, где определяют, какое вознаграждение соответствует той или иной суточной прибавке в весе. Это соглашение затем часто обсуждают и, при необходимости, меняют. Очень важно, чтобы больные сами определяли для себя меры поощрения. Если вес не прибавляется, значит, вознаграждение недостаточно привлекательно и надо искать более эффективное. По данным одного контролируемого испытания, метод вознаграждения при нервной анорекии эффективнее остальных, хотя наилучшие результаты он дает все же в нетяжелых случаях. Зондовое питание - распространенный ранее метод лечения анорекии - сейчас используют редко из-за опасности аспирационной пневмонии. После выписки из стационара необходимо длительное амбулаторное лечение. Его цель - достижение нормального веса и поддержание его в течение хотя бы 6 мес.

Основа амбулаторного лечения анорекии - психотерапия, направленная на психологическую поддержку, отвлечение от неотступных мыслей о весе и фигуре, разрешение житейских трудностей. Подросткам полезна семейная терапия. Большая часть больных при таком подходе продолжают прибавлять в весе, однако нередко через несколько месяцев наступает рецидив анорекии, требующий повторной госпитализации. Полностью выздоравливают лишь менее половины больных, хотя почти все могут работать. Редкое осложнение терапии - ожирение (у 2% больных).