**ДЕЯКІ МЕДИКО-СОЦІАЛЬНІ АСПЕКТИ НЕРВОВОЇ АНОРЕКСІЇ**

МІЩЕНКО О.М.

**кандидат медичних наук, доцент кафедри психіатрії, наркології, неврології та медичної психології**

Харківський національний університет імені В.Н. Каразіна

м. Харків, Україна

МІЩЕНКО М.М.

**асистент кафедри громадського здоров’я та управління охороною здоров’я**

Харківський національний медичний університет

м. Харків, Україна

**СУКАЧЕВА О.М.**

**кандидат психологічних наук, доцент кафедри психіатрії, наркології, неврології та медичної психології**

Харківський національний університет імені В.Н. Каразіна

м. Харків, Україна

СВАТКО Г.І.

**студентка медичного факультету, 4 курсу, 410 групи**

Харківський національний університет імені В.Н. Каразіна

м. Харків, Україна

Нервову анорексію відносять до розладів харчової поведінки разом з нервовою булімією та неконтрольованим переїданням. Нервова анорексія є досить важким психічним розладом, основною ознакою якого є втрата значної маси [1].

Серед контингенту, який страждає на даний розлад, значну частину становлять дівчатка-підлітки, хоча він зустрічається й серед осіб будь-якого віку й статі [1, 2].

Основними проявами нервової анорексії є острах набрати зайву вагу й занижена самооцінка. Спочатку зустрічається розбірливість у вживаній їжі, ретельний підбір продуктів для раціону, потім спостерігається «зникнення» з раціону вуглеводів та жирів, за чим раціон з кожним разом все більше стає «збідненим», в результаті чого виникає сильне фізичне виснаження, а в деяких випадках (при відсутності психофізичного втручання) навіть виникає летальний результат [1–3].

Слід відзначити, що більшість хворих не визнає сам факт наявного розладу та нестачу ваги й відмовляється від будь-якого втручання. Навіть у випадку зменшення ваги нижче 40 кг хворі можуть відчувати себе «значно товстими»; таке відношення до хвороби й свого стану обумовлено значним виснаженням організму й недостатнім харчуванням мозку, тому переконати їх у зворотному майже неможливо, що значно ускладнює надання своєчасної допомоги [3].

В перебігу анорексії виділяють декілька основних стадій [3–5].

1. Дисморфоманічна. На даному етапі переважають думки про власну неповноцінність та ущербність, які цілком пов'язані з уявною повнотою. Спостерігається поганий настрій, занепокоєння, тривала оцінка свого тіла в дзеркалі, перші спроби обмеження в їжі. Даний період триває 2–4 роки. Характерні дисморфоманічні ознаки – невдоволеність своєю зовнішністю, депресивні ознаки, прагнення корекції свого тіла, наявність незадоволеністю своїм тілом в цілому або окремими частинами тіла («великі щоки», «товстий живіт», тощо). Характерно заниження оцінки висловлень оточуючих про їх зовнішність та підвищена чутливість і вразливість. На цій стадії можливість психофізичної корекції цілком залежить від самого хворого.

2. Аноректична. Дана стадія виникає на фоні стійкого голодування. Спостерігається значне зниження ваги (більш ніж на 30%), ейфорія, жорсткість дієти та прагнення «скинути ще декілька зайвих кілограмів». Характерне переконання хворим себе і оточуючих у відсутності апетиту, неадекватна оцінка реального ступеня схуднення. Через зменшення обсягу циркулюючої організмом рідини виникає гіпотонія і брадикардія, «зябкість», сухість шкіри, випадіння волосся, у дівчаток припиняються менструації, знижується статевий потяг і сперматогенез у чоловіків. Одночасно з суворою дієтою хворі виснажують себе значними фізичними навантаженнями, мало сплять, стягують живіт пасками або одягом («щоб їжа повільніше всмоктувалася»), приймають сечогінні та проносні в значних дозах, застосовують клізми та медикаментозні засоби для зниження апетиту й психостимулятори, штучно викликають блювання. У більшості хворих блювання провокує напади булімії з відсутністю почуття насичення. Виникають іпохондричні розлади, вторинні гастроентероколіти, болі в області шлунка і в кишківнику після прийому їжі, запори, вегетативні розлади (напади задухи, серцебиття, запаморочення, підвищена пітливість, тощо).

3. Кахектична стадія (виникає через 1,5–2 роки). На даній стадії виникає незворотна дистрофія внутрішніх органів, значне зниження маси тіла (50,0% і більше), порушення водно-електролітного балансу, безбілкові набряки, різке зниження рівню калію. Досить часто цей етап буває незворотнім, так як дистрофічні зміни призводять до необоротного пригнічення функцій всіх органів і систем і, як наслідок – до смертельного результату. Спостерігаються соматоендокринні порушення, наростаючі дистрофічні зміни м'язів і шкіри, міокардіодистрофія, брадикардія, гіпотонія, акроціаноз, зниження температури тіла та пружності й еластичності шкіри, зниження вмісту цукру в крові, анемія. Виникає підвищена ламкість нігтів, випадіння волосся, руйнування зубів, тяжкий гастрит і ентероколіт, зниження фізичної активності, значна астенія з переважанням адинамії й підвищеного виснаження. При цьому, у хворих повністю відсутнє критичне ставлення до свого стану, що супроводжується й подальшою відмовою від їжі, вони стають малорухомими, страждають запорами, значним зниженням тиску, значною кахексією. Даний стан без медичного втручання може призвести до летального результату, тому таким пацієнтам показана обов'язкова госпіталізація і насильницьке годування.

4. Стадія редукції нервової анорексії. Дана стадія настає в період виведення з кахексії: зберігається астенічна симптоматика, острах набрати вагу, при незначному наборі маси тіла актуалізується дисморфоманія та прагнення до «корекції» і наростає депресивна симптоматика; виникає зниження фізичної слабкості, потяги до застосування великих доз проносних та виклику штучного блювання. Через 1–2 місяці при правильному лікуванні хворі повністю виходять з кахексії, але деяка симптоматика ще зберігається від 6 місяців до 1 року. Серед психічної симптоматики спостерігається нестійкість настрою, актуалізація дисморфоманічних явищ, схильність до істерії. На протязі декількох років після лікування і повернення до нормального стану можливе рецидивування [5].

**Використана література:**

1. Коркина М*.* В*.* Нервная анорексия / М*.* В*.* Коркина*,* М*.* А*.* Цивилько*,* В. В.Марилов. *–* М. : Медицина, 1986. – 176 с.

2. Старшенбаум Г. В. Динамическая психиатрия и клиническая психотерапия / Г. В. Старшенбаум. – М. : Изд-во Высшей школы психологии, 2003. – 367 с.

3. Вассерман Л. И. Психологическая диагностика и коррекция в соматической клинике : научно-практическое руководство / Л. И. Вассерман, Е. А. Трифонова, О. Ю. Щелкова. – СПб. : Речь, 2011. – 270 с.

4. Кисова В. В. Практикум по психодиагностике / В. В. Кисова, И. А. Конева. – СПб. : Речь, 2006. – 352 с.

5. Коростий В. И. Психические нарушения при соматических и эндокринных заболеваниях / В. И. Коростий, В. Л. Гавенко, Г. А. Самардакова, А. М. Кожина. – Харьков, 2000 – 29 с.