

XII 2024

МЕЖДУНАРОДНАЯ
НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ
КОНФЕРЕНЦИЯ

Art Life



Нарушение пищевого поведения: как преодолеть стресс и дефицит веса? Разбираем клинический случай

ЛОБЫКИНА Елена Николаевна

профессор, доктор медицинских наук,
заведующая кафедрой гигиены, эпидемиологии и здорового
образа жизни «Новокузнецкий ГИДУВ» - филиал ГБОУ ДПО
РМАНПО Минздрава России
врач диетолог, эндокринолог

Реальности современного мира

За первые 11 недель 2024 года в российских аптеках было продано 3,6 млн упаковок антидепрессантов на общую сумму 2,9 млрд руб., пишет газета «Ведомости» со ссылкой на подсчеты аналитической компании DSM Group. По данным аналитиков, это рекордный показатель за последние пять лет.

По сравнению с аналогичным периодом 2023 года продажи выросли на 45% в денежном значении и на 33% — в натуральном. В прошлом году за первые 11 недель было продано 2,7 млн упаковок антидепрессантов на 2 млрд руб.

В «Аптечной сети 36,6» (бренды «36,6» и «Горздрав») «Ведомостям» сообщили, что за указанный период продажи антидепрессантов выросли на 41% к тому же периоду 2023 года, в сети «Аптека 25» — более чем на 15%.

Как сообщал «Ъ FM», в 2023 году россияне стали больше тратить на лекарства: выручка от розничной продажи препаратов выросла почти на 8%. Всего за прошлый год аптеки заработали почти 1,5 трлн руб. В частности, фиксировался спрос на антидепрессанты, препараты для улучшения сна, контрацептивы.



Врачи РФ

Трвоги 2023...

С начала года зафиксирован рекордный рост продаж антидепрессантов

сегодня в 13:52

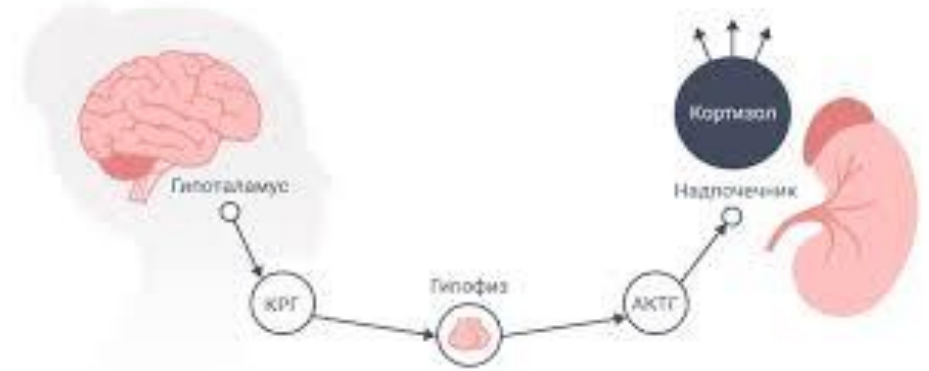
Майя Наумовна Семенович



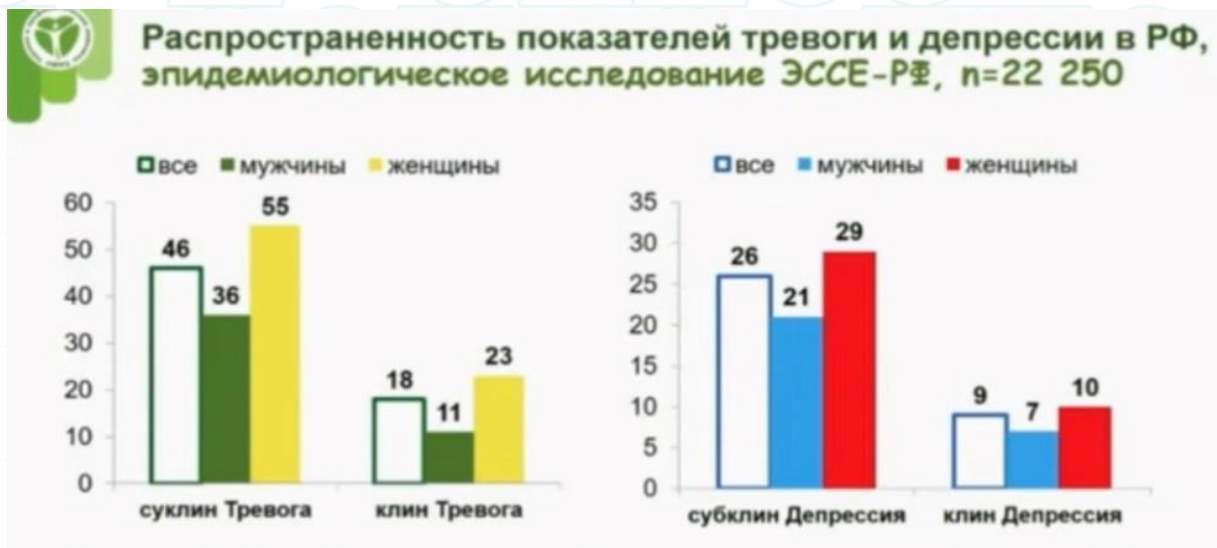
Некомпенсированный стресс приводит к повышению кортизола



- ☐ Недостаток сна
- ☐ Голодание
- ☐ Переедание
- ☐ Тяжелые нагрузки на работе. Многозадачность
- ☐ Нестабильная обстановка в семье
- ☐ Проблемные отношения
- ☐ Избыточные физические нагрузки
- ☐ Метаболический стресс
- ☐ Экология и т.д.



Частота алиментарно-зависимых факторов риска среди населения с проявлениями депрессии



Госпитальная Шкала Тревоги и Депрессии (HADS)

Каждому утверждению соответствуют 4 варианта ответа. Выберите тот из ответов, который соответствует Вашему состоянию, а затем просуммируйте баллы в каждой части.



Часть I (оценка уровня ТРЕВОГИ)

1. Я испытываю напряжение, мне не по себе
 - 3 - все время
 - 2 - часто
 - 1 - время от времени, иногда
 - 0 - совсем не испытываю
2. Я испытываю страх, кажется, что что-то ужасное может вот-вот случиться
 - 3 - определенно это так, и страх очень велик
 - 2 - да, это так, но страх не очень велик
 - 1 - иногда, но это меня не беспокоит
 - 0 - совсем не испытываю
3. Беспокойные мысли крутятся у меня в голове
 - 3 - постоянно
 - 2 - большую часть времени
 - 1 - время от времени и не так часто
 - 0 - только иногда
4. Я легко могу присесть и расслабиться
 - 0 - определенно, это так
 - 1 - наверно, это так
 - 2 - лишь изредка, это так
 - 3 - совсем не могу
5. Я испытываю внутреннее напряжение или дрожь
 - 0 - совсем не испытываю
 - 1 - иногда
 - 2 - часто
 - 3 - очень часто
6. Я испытываю неуверенность, мне постоянно нужно двигаться
 - 3 - определенно, это так
 - 2 - наверно, это так
 - 1 - лишь в некоторой степени, это так
 - 0 - совсем не испытываю
7. У меня бывает внезапное чувство паники
 - 3 - очень часто
 - 2 - довольно часто
 - 1 - не так уж часто
 - 0 - совсем не бывает

Часть II (оценка уровня ДЕПРЕССИИ)

1. То, что приносило мне большое удовольствие, и сейчас вызывает у меня такое же чувство
 - 0 - определенно, это так
 - 1 - наверное, это так
 - 2 - лишь в очень малой степени, это так
 - 3 - это совсем не так
2. Я способен рассмеяться и увидеть в том или ином событии смешное
 - 0 - определенно, это так
 - 1 - наверное, это так
 - 2 - лишь в очень малой степени, это так
 - 3 - совсем не способен
3. Я испытываю бодрость
 - 3 - совсем не испытываю
 - 2 - очень редко
 - 1 - иногда
 - 0 - практически все время
4. Мне кажется, что я стал все делать очень медленно
 - 3 - практически все время
 - 2 - часто
 - 1 - иногда
 - 0 - совсем нет
5. Я не слежу за своей внешностью
 - 3 - определенно, это так
 - 2 - я не уделяю этому столько времени, сколько нужно
 - 1 - может быть, я стал меньше уделять этому времени
 - 0 - я слежу за собой так же, как и раньше
6. Я считаю, что мои дела (занятия, увлечения) могут принести мне чувство удовлетворения
 - 0 - точно так же, как и обычно
 - 1 - да, но не в той степени, как раньше
 - 2 - значительно меньше, чем обычно
 - 3 - совсем так не считаю
7. Я могу получить удовольствие от хорошей книги, радио- или телепрограммы
 - 0 - часто
 - 1 - иногда
 - 2 - редко
 - 3 - очень редко

Количество баллов здесь _____

Количество баллов здесь _____

0-7 баллов →
 8-10 баллов → «субклинически выраженная тревога / депрессия»
 11 баллов и выше → «клинически выраженная тревога / депрессия»

ТРЕВОГА, СТРЕСС И АССОЦИИРОВАННЫЕ НЕВРОЛОГИЧЕСКИЕ СИНДРОМЫ

- ❑ Астения – закономерное следствие стресса и тревоги
- ❑ Причина астении при стрессе – истощение энергетических ресурсов
- ❑ Длительный стресс может вызвать переход астенического синдрома в синдром хронической усталости
- ❑ Астения и утомляемость – один из наиболее частых поводов обращения за медицинской помощью пациента с тревогой
- ❑ Попытка «стимуляции» пациента с астенией без коррекции тревоги и стрессовой ситуации может усугубить тревожное расстройство и вызвать дополнительное истощение



- ❑ Астения – синдром (физиологическая, первичная, вторичная), патологическая утомляемость, неадекватная степени нагрузки
- ❑ Астения — сигнал истощения энергетических ресурсов (уменьшается после отдыха)
- ❑ Может проявляться как физической, так и когнитивной истощаемостью



+ соматические осложнения



Реалии современного мира. Что усугубляет тревожность и депрессию ? Только ли социально- экономические факторы?

Кто виноват?

Депрессия и характер питания: наблюдения исследований

- данные о связи характера питания, как о моделях питания с депрессией ограничены и противоречивы (Chocano-Bedoya et al., 2013, Akbaraly et al., 2009, Kim et al., 2015, Gougeon et al., 2015, Консультативный комитет по диетическим рекомендациям, 2015 г.).
- здоровое питание демонстрирует обратную связь с риском депрессии (Chocano-Bedoya et al., 2013; Kim et al., 2015)
- не обнаружен протективный эффект здорового питания на риск депрессии (Rahe et al., 2014).
- западный стиль питания демонстрирует положительную связь (Chocano-Bedoya et al., 2013, Akbaraly et al., 2009), или отсутствие значимой связи (Gougeon et al., 2015, Okubo et al., 2011, Lai et al., 2014).

Суточные рационы питания девочек- подростков 12-19 лет

11.00 - пельмени
до 13.00 - сок
16.30-17.00 - чок-найка

3 чашки кофе
чай с медом
булочки
пирог

Детям
Завтрак: суп
Обед: запеканка с творогом
Ужин: чай с пельменами

Среда 11.11.15г. Елизавета
Детям
Завтрак: 7:30 яблоки.
Обед: 11:35 вареники и картофель
полдник: банан, мороженое
сок. Сироп в бутылочке
ужин: супчик с сосисками
чайничек
в улитке (маленький стакан)

Парадоксальный факт:

Изменения в питании могут влиять на развитие психических расстройств через прямое воздействие на настроение, в то время, как развитие психических расстройств может привести к изменению пищевых привычек



Реалии современного мира. Что усугубляет тревожность и депрессию? Только ли социально- экономические факторы?

Витамины группы В

у 10-30% - недостаток **витамина С**

у 40-85% - недостаток **D, B₁, B₂, B₆, и
фолиевой кислоты**

у 50-90% - недостаток **каротина**

у 10-30% - недостаток **железа**

повсеместный недостаток **йода**

недостаточное потребление **кальция**

в ряде регионов - недостаток **фтора
и селена**

По результатам
исследований
взрослого и детского
населения Москвы,
Екатеринбурга,
Западной и
Восточной Сибири,
Кузбасса, Норильска,
Башкирии, Марийской
республики и других
регионов.

XII 2024

МЕЖДУНАРОДНАЯ
НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ
КОНФЕРЕНЦИЯ

Арт Лайф



Реалии современного мира. Что усугубляет тревожность и депрессию? Только ли социально- экономические факторы?

Витамины группы В

Дефицит витаминов группы В

- Повышенная усталость
- Тревога
- Эмоциональная нестабильность
- Депрессия
- Нарушение сна
- Хроническая усталость
- Ментальный дистресс
- Болевой синдром

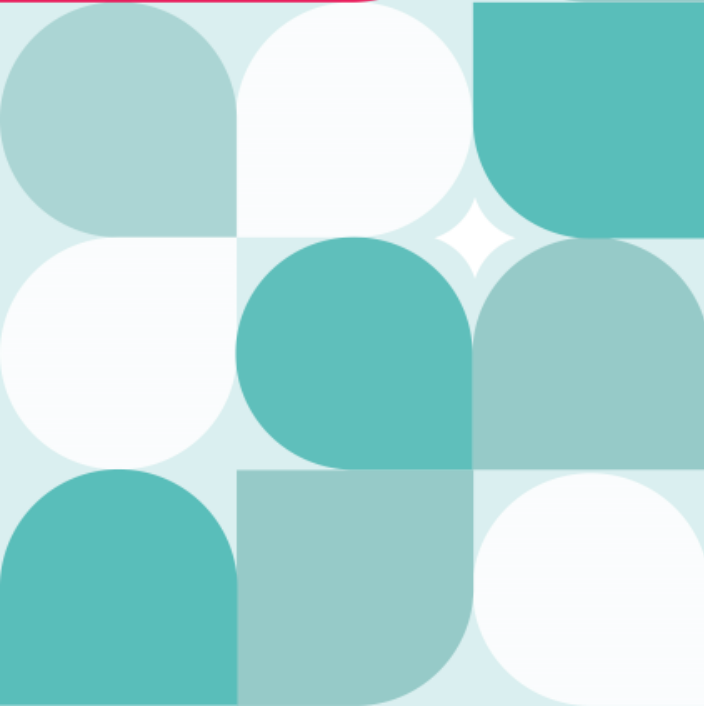
↓ ↓

АСТЕНИЯ

Витамины группы В – основные нейропротекторы



Витамины	Основные функции
B ₁ (тиамин)	Оптимизирует энергетические процессы НС
B ₂ (рибофлавин)	Оптимизирует энергетические процессы НС, переводит вит В ₆ в активную форму
B ₃ (РР, никотинамид)	Улучшает мозговое кровообращение
B ₄ (холин)	Защищает нервные клетки от повреждений, является предшественником нейромедиатора ацетилхолина
B ₅ (пантотеновая кислота)	Участвует в синтезе нейромедиатора ацетилхолина
B ₆ (пиридоксин)	Нормализует обменные процессы в тканях головного мозга, участвует в синтезе нейромедиатора серотонина
B ₇ (Н, инозитол)	Улучшает энергетические процессы нервной ткани
B ₈ (биотин)	Оптимизирует регенеративные процессы нервной системы
B ₉ (В _с , фолиевая кислота)	Участвует в метаболизме нейромедиаторов серотонина и адреналина, способствует формированию нервной системы плода при беременности
B ₁₁ (В ₇ , L-карнитин)	Оптимизирует энергетические и регенеративные процессы НС
B ₁₂ (цианокобаламин)	Активно участвует в синтезе холина и миелиновой оболочки нервной ткани, катализирует перевод фолиевой кислоты в активную форму
B ₁₃ (оротовая кислота)	Играет роль в метаболизме витамина В ₁₂
B ₁₅ (пангамовая кислота)	Улучшает мозговое кровообращение, участвует в синтезе холина



Реалии современного мира. Что усугубляет тревожность и депрессию? Только ли социально-экономические факторы?

Оценка риска развития дефицита магния



Отметьте характерные для вас состояния/заболевания и симптомы, которые вы испытываете

☐ До 5 баллов

- +3 ☐ Чрезмерное эмоциональное напряжение
- +3 ☐ Раздражительность или быстрая возбудимость
- +3 ☐ Бессонница
- +3 ☐ Мочекаменная болезнь
- +4 ☐ Проплапс митрального клапана
- +3 ☐ Частые диареи или запоры
- +3 ☐ Постоянное чувство покалывания в теле
- +4 ☐ Хроническое безразличие или апатия
- +3 ☐ Низкий уровень кальция в крови
- +2 ☐ Регулярное употребление кальция без магния

Нет дефицита магния.

Прекрасно! По-видимому, вы ведете здоровый образ жизни и сбалансировано питаетесь. Продолжайте в том же духе! Если в процессе прохождения анкеты вы узнали кого-то из своих близких, поделитесь с ними тестом. Вы — отличный пример для них.

☐ 5 баллов и более

Группа риска по дефициту магния

Беспокойный сон и раздражительность не всегда связаны с усталостью. Так может проявляться недостаток магния, когда организму не хватает собственных ресурсов. Постарайтесь больше отдыхать, обратите внимание на сбалансированные продукты. Если вы пока не готовы менять образ жизни, проконсультируйтесь с врачом о приеме препарата магния.



Задача №1 – восполнить возможные дефициты, приводящие к нарушениям психоэмоциональной сферы

Нейростабил

Успокаивающее, мягкое седативное средство при стрессах.

«НЕЙРОСТАБИЛ» – фитокомплекс с успокаивающим, мягким седативным действием. Способствует нормализации эмоционального статуса и обеспечивает устойчивость к стрессам. Действие комплекса построено на восстановлении баланса процессов возбуждения и торможения в ЦНС. **Эффективность доказана клинически.**

КОМПЛЕКСНЫЙ МЕХАНИЗМ ДЕЙСТВИЯ

Шишки хмеля, душица, кипрей, пион оказывают седативное действие на центральную нервную систему, укрепляют сердечно-сосудистую систему, устраняют повышенную возбудимость и утомляемость, чувство страха и беспокойства.

Пустырник обладает успокаивающим действием на центральную нервную систему, замедляет ритм сердца при тахикардии, увеличивает силу сердечных сокращений, снижает артериальное давление. **L-глутаминовая кислота** улучшает питание клеток головного мозга, стимулирует передачу возбуждения в синапсах ЦНС. **Витамины С и РР** способствуют укреплению и повышению эластичности стенок сосудов. **Витамины группы В** способствуют улучшению кровообращения, оказывают положительное влияние на энергию, рост, нормальный аппетит, способность к обучению. Фолиевая кислота принимает участие в формировании белка миелина, важного для проведения нервных импульсов.

1 таблетка массой 500 мг содержит:

Пион (корень).....	50 мг	Витамин Е (токоферола ацетат).....	0,6 мг
Хмель (шишки).....	50 мг	Витамин D3 (холекальциферол)	0,9 мкг
Душица (травы).....	50 мг	Витамин В1 (тиамина мононитрат)	0,14 мг
L-глутаминовая кислота.....	50 мг	Витамин В2 (рибофлавин).....	0,14 мг
Пустырник (экстракт).....	27 мг	Витамин В6 (пиридоксина гидрохлорид)....	0,16 мг
Кипрей (травы).....	25 мг	Витамин В3 (никотинамид)	1,6 мг
Магния оксид	25 мг	Витамин В5 (пантотенат кальция)	0,66 мг
Калия хлорид	25 мг	Витамин В12 (цианокобаламин).....	0,3 мкг
Витамин С (аскорбиновая кислота).....	10 мг	Витамин В9 (фолиевая кислота)	50 мкг
Витамин А (ретинола ацетат)	0,12 мг	Витамин Н (биотин)	15 мкг

Рекомендации:

- при сниженной работоспособности, высоком уровне стресса, повышенных физических нагрузках
- для нормализации артериального давления
- для повышения эффективности терапии заболеваний, в патогенезе которых имеет значение фактор стресса
- для профилактики витаминной недостаточности



Действие витамина Д на ЦНС

Механизм действия витамина Д

- ☐ Витамин Д является ГОРМОНОМ, регулирующим в том числе иммунитет и развитие нервных клеток
- ☐ Стимулирует РОСТ и РАЗВИТИЕ нервных клеток
- ☐ Оптимизирует **ХИМИЮ** мозга
- ☐ Увеличивает **продукцию допамина и норадреналина**, при этом улучшает внимание, способность к концентрации, постановки задач
- ☐ Увеличивает **продукцию ацетилхолина**, что позволяет улучшить способность к фокусированию и концентрации внимания
- ☐ Стимулирует продукцию **серотонина**, улучшая настроение



Eyles DW Bume 2013;34: 47-63

Groves NJ Kesby JB.; 2013; 241:120-131

Клинические симптомы гипоксии, вызванной дефицитом железа

Гипоксия

Патологический процесс, возникающий при недостаточном снабжении тканей организма кислородом или нарушение его утилизации, приводящий к развитию многих заболеваний

- ☐ **Слабость, утомляемость.**
Снижение толерантности к физической нагрузке
- ☐ Снижение работоспособности
- ☐ Ухудшение внимания и памяти
- ☐ **Психо-эмоциональная нестабильность**, плаксивость, раздражительность, **панические атаки**
- ☐ Изменение ногтей, выпадение волос, сухость кожи
- ☐ Онемение и судороги в конечностях
- ☐ Раздраженный язык



Задача питания при стрессе - коррекция окислительного метаболизма, т.е. создание равновесной концентрации прооксидантных и оксидантных компонентов (резкое усиление окислительных процессов в организме при недостаточно функционировании и быстром расходе резервов антиоксидантной системы)



Клинические симптомы гипоксии, вызванной дефицитом железа



Экспресс-диагностика – диагностика дефицита железа

СИМПТОМЫ	нет Редко/ Периодически/ Часто / Постоянно/ Слабо Терпимо Умеренно Выраженно				
	0	1	2	3	4
1. Слабость, повышенная утомляемость	0	1	2	3	4
2. Раздражительность, психологическая лабильность	0	1	2	3	4
3. Недостаточная концентрация внимания	0	1	2	3	4
4. Депрессивное настроение	0	1	2	3	4
5. Снижение трудоспособности, снижение толерантности к физическим нагрузкам	0	1	2	3	4
6. Дневная сонливость	0	1	2	3	4
7. Головные боли по утрам	0	1	2	3	4
8. Гипотония, головокружение, шум в ушах, склонность к обморокам в душной обстановке	0	1	2	3	4
9. Пониженный аппетит	0	1	2	3	4
10. Отвращение к некоторым продуктам питания (мясо, шоколад, сладости, лед) и непищевым веществам (глина, шерсть.)	0	1	2	3	4
11. Извращение вкуса – непреодолимое желание есть что-либо необычное (зубной порошок, мел, глину, песок, фарш, крупу)	0	1	2	3	4
12. Извращение обоняния – пристрастие к запахам (бензин, керосин, ацетон, запах лаков, красок)	0	1	2	3	4
13. Тяжесть в пояснице/боли в конце рабочего дня	0	1	2	3	4
14. Непроизвольное желание шевелить/двигать ногами перед засыпанием	0	1	2	3	4
15. Повышенная предрасположенность к инфекциям (герпес, фурункулез, ИППП, частые ОРВИ, ОРЗ)	0	1	2	3	4
16. Обильные менструальные кровопотери	0	1	2	3	4
17. Одышка и сердцебиение при обычных физических нагрузках	0	1	2	3	4
18. Зябкость рук, ног, немотивированный субфебрилитет (температура 37)	0	1	2	3	4
19. Сухость кожи, шелушение, сухие локти, трещины кожи пяток, пальцев, локализованный или генерализованный кожный зуд, коричневые пятна на тыльной поверхности кистей и лица	0	1	2	3	4
20. Стоматит – трещины, «заеды» в углах рта; глоссит – чувство распирания, боли в языке, покраснение его кончика, «лакированный», «географический язык»; хейлит – покраснение, шелушение, отек губ; пародонтоз, кариес	0	1	2	3	4
21. Ломкость, тусклость, истончение и исчерченность ногтей, ложкообразная вогнутость ногтей	0	1	2	3	4
22. Тусклость, ломкость, выпадение и ранее поседение волос	0	1	2	3	4
23. Голубоватый оттенок склер (белочная оболочка глаза)	0	1	2	3	4
24. Снижение остроты зрения в темноте	0	1	2	3	4
25. Трудности при проглатывании твердой пищи, таблеток, капсул	0	1	2	3	4
26. Снижение мышечного тонуса, мышечная слабость	0	1	2	3	4
27. Императивные позывы на мочеиспускание, недержание мочи при смехе и чихании, ночные позывы к мочеиспусканию	0	1	2	3	4
28. Неустойчивый стул, снижение желудочной секреции, атрофический гастрит, запоры	0	1	2	3	4
Менее 10 баллов, вероятен достаточный уровень железа					ВСЕГО
Более 10 баллов, вероятен дефицит железа, необходимо дообследование					



КАЛИНЧЕНКО





Расстройства приема пищи (РПП) – это группа психических заболеваний, в основе которых лежит нарушение пищевого поведения, т.е. способности контролировать своевременный и правильный прием пищи, а также – формировании рациональной диеты или режима питания



Симптомы расстройств пищевого поведения

Симптомы	Нервная анорексия	Булимия
Соматические	Недостаточная масса тела	Нормальная масса тела
Психические	Нет ощущения болезни Страх перед весом	Приступы «обжорства». Депрессивность
Идеал тела	Бесполой	Стройный и привлекательный
Сексуальность	Сексуальный партнер отсутствует, это часто является пусковым механизмом	Неспособность переживать
Семья	Тесная связь	Ранняя автономность (отделение от семьи)
Окружение	Властность	Зависимость от общественного мнения. Страх быть отвергнутым

Нарушения пищевого поведения

- Входят в тройку основных хронических заболеваний у девушек.
- Около 0.5% девушек страдают anorexia nervosa, 1% - bulimia nervosa
- Около 4% имеют субклинические проявления



Трансдиагностическая модель расстройств пищевого поведения



Дефицит массы тела



49 % подростков во всем мире имеют доступ в Интернет, в т.ч. к веб-сайтам, которые содержат не всегда полезный контент

Это и веб-сайты, посвященные проблемам анорексии и булимии, которые посвящены поддержанию, продвижению и поддержке расстройств пищевого поведения

Эти ресурсы не только рекламируют нервную анорексию и нервную булимию как образ жизни (а не как болезнь), но и показывают, как избежать обнаружения такого поведения врачами

Количество таких сайтов намного превышает количество профессиональных или восстановительных сайтов

Нервная анорексия

- Расстройство приёма пищи, характеризующееся преднамеренным снижением веса, в целях похудения или для профилактики набора лишнего веса. Признётся разновидностью самоповреждения. У больного наблюдается искажённое восприятие своей физической формы и присутствует беспокойство об увеличении веса, даже если такого в действительности не наблюдается.



ПРИЧИННО-СЛЕДСТВЕННЫЕ СВЯЗИ появления расстройств пищевого поведения

- ☐ СМИ
- ☐ Сниженная самооценка → ☐ Восполнение едой дефицитов любви, признания, внимания к себе
- ☐ Одиночество, страх, депрессия → ☐ Восполнение едой своей устойчивости перед атаками негативных эмоций и страхов
- ☐ Конфликты (в личной жизни, в семье) → ☐ Получение через еду утешения и поддержки
- ☐ Сложности с выражением чувств и эмоций → ☐ Укоренение веры в то, что еда – основной и самый безопасный источник удовольствия
- ☐ Насмешки над формами тела и весом со стороны окружающих → ☐ Приобретение через еду стрессоустойчивости

Расстройства пищевого поведения, синдромальная характеристика

☐ Перманентное



Выражение межличностных и внутренних конфликтов, желание постоянно принимать еду или отказ от приема пищи при нервной анорексии

☐ Стрессогенное



Принимать пищу для снятия напряжения и стресса, чаще сладостями (гедоническое) или отказа от еды при нервной анорексии

☐ Компульсивное



Неконтролируемые приступы потребления большого количества пищи или избыточный прием пищи в вечернее время, часто с пропуском завтрака и обеда



Проявления депрессивных расстройств

- ❑ Дефицит массы тела (нервная анорексия)
- Хронический стресс (психогенная или стрессорная аменорея)
- Чрезмерные физические нагрузки (профессиональный спорт)



- ❑ В анамнезе дисгармоничные отношения и негативные сценарии межличностных отношений в родительских семьях, депрессивные расстройства
- ❑ Апатия (разной степени выраженности)
- ❑ РПП по типу переедания
- ❑ Аддиктивное поведение в виде алкоголизма или нервной анорексии



- ❑ Нарушение гормональной функции: **развитие вторичной функциональной гипоталамической аменореи**
- ❑ гипозестрогенемическая **аменорея неблагоприятно влияет на достижение пика костной массы и метаболизм кости**, что создает риск остановки в росте



- отсутствие какого-либо органического поражения гипоталамо-гипофизарной области (опухоли)
- Причина: снижение частоты и/или амплитуды импульсной секреции гонадотропин-рилизинг-гормона (ГнРГ)

Ингибирование выработки ЛГ в ответ на недостаточное потребление энергии происходит независимо от того, связано ли это с диетой, физическими упражнениями или их комбинацией.



Нарушение пищевого поведения и его последствия

- ❑ При критическом снижении содержания жировой ткани **нарушается чувствительность гипоталамуса к половым стероидам**
 - ❑ Дефицит энергии при сочетании физических упражнений и ограничений в питании уже в течение 3-х менструальных циклов приводит к менструальной дисфункции
- ❑ Снижение веса приводит к снижению уровня эстрогенов, за счет **изменений активности в головном мозге различных нейропептидов, нейротрансмиттеров, нейростероидов**
- ❑ Поступление энергии ниже 30 ккал/кг безжировой массы тела **блокирует выработку ЛГ**, который является индикатором секреции гонадотропин-рилизинг-гормона и **приводит к снижению концентрации глюкозы и гормонов**, не относящихся к репродуктивной системе (Т3, инсулина, ИФР 1-го типа и повышению концентрации СТГ и кортизола). **Эти изменения отражают общую реакцию организма на голод и заключаются в снижении уровня метаболизма и более экономном расходовании энергетических запасов**
- ❑ Еще один **гормональный механизм изменения настроения** связан с **повышением уровня кортизола**, который характерен для больных с аменореей: уровень кортизола плазмы крови прямо коррелирует с оценкой выраженности тревоги и депрессии
- ❑ Жировая ткань должна составлять не менее 16-17% общей массы тела, для поддержания регулярных менструаций- 22%
- ❑ Аменорея может уже развиться при потере 12-15% массы тела (Frish и соавт 2014)



Дефицит массы тела при физических нагрузках

- Распространены у девушек, род занятий которых диктует постоянный контроль массы тела (балет, танцы, гимнастика, бег на длинные дистанции), а также тренировки с отягощениями
- Интенсивные и длительные тренировки сопровождаются значительным физическим и психологическим стрессом, связанным с необходимостью поддержания очень низкого содержания жировой ткани в организме и сохранения физической формы.
- Раннее начало интенсивных тренировок у девочек, занимающихся балетом, значительно задерживает время наступления первой менструации. Warren M. P., Perlroth N. E. The effects of intense exercise on the female reproductive system. The Journal of Endocrinology. 2001;170(1):3–11.
- Распространенность менструальной дисфункции зависит от вида спорта и варьирует от 12 до 66 %
- Нарушения пищевого поведения встречаются у спортсменок почти в 90 % случаев
- Распространенность аменореи среди профессиональных танцовщиц - 23 %

В русскоязычной литературе исследований, посвященных этой проблеме, крайне мало, что позволяет предположить низкий уровень информированности врачей, тренеров и спортсменок о различных аспектах этой проблемы, часто напрямую связанных как со здоровьем, так и со спортивными результатами



Спортивное «молчание»

S. J. Verhoef с соавт. (2021) было проведено анкетирование женщин с нарушениями менструального цикла, занимающихся велоспортом, триатлоном, конькобежным спортом, легкой атлетикой, половина из которых были элитными или профессиональными спортсменками.

Были изучены причины, по которым не сообщалось врачу и тренеру об отсутствии менструации.

Наиболее важные причины, полученные в ходе интервью:

- 1) представление аменореи как «обычного состояния» при занятиях спортом
- 2) стыд и табу, боязнь признания окружающими отсутствия женственности
- 3) приоритет спортивных достижений
- 4) отрицание проблемы

Дефицит массы тела и спорт



Триада женщин-атлетов

Дефицит энергии приводит к развитию **синдрома относительного дефицита энергии в спорте (relative energy deficiency in sport, RED-S)** — самой частой причины развития триады женщин-атлетов, которая включает в себя:

- **Расстройства пищевого поведения** (недостаточное потребление энергии с нарушением питания или без него)
- **Аменорею** (менструальную дисфункцию)
- **Остеопороз** (снижение минеральной плотности костной ткани)

Впервые триада описана в 1997 г. специалистами Американского колледжа спортивной медицины

Распространенность триады женщин-атлетов увеличивается по мере роста количества женщин, занимающих спортом на соревновательном уровне. Частота, по данным разных авторов, **в диапазоне 1–54 %** в зависимости от проявляющихся компонентов и зависит от вида спорта.

Особенно подвержены риску девушки-подростки, так как именно в это критическое время женщины достигают пика костной массы

Weiss Kelly A. K., Hecht S. The Female Athlete Triad. Pediatrics. 2016;138(2).

Melin A., Tornberg A. B., Skouby S. et al. Energy availability and the female athlete triad in elite endurance athletes. Scandinavian Journal of Medicine and Science in Sports. 2014;25(5)

Weiss Kelly A. K., Hecht S. The female athlete triad // Pediatrics. 2016.

Зырянова Е. А., Смоленский А. В., Марова Е. И. и др. Влияние спортивных нагрузок на женское репродуктивное здоровье // Лечебная физкультура и спортивная медицина, 2009. — № 5.

Mountjoy M., Sundgot-Borgen J., Burke L. et al. The IOC consensus statement: beyond the Female Athlete Triad — Relative Energy Deficiency in Sport (RED-S). British Journal of Sports Medicine. 2014:



Дефицит массы тела. Нервная анорексия

- ❑ **Нервная анорексия МКБ-10 (F50.0)** — это расстройство пищевого поведения, характеризующееся преднамеренным снижением массы тела, вызываемым и/или поддерживаемым самим пациентом
- ❑ Одним из симптомов является первичная аменорея
- ❑ Распространенность занижена, т. к. выявляются преимущественно далеко зашедшие случаи
- ❑ До середины XX в. крайне редкое заболевание
- ❑ Распространенность нервной анорексии в России остается мало изученной
- ❑ Среди психических заболеваний при НА отмечается наиболее высокая смертность (5–16,7 %. Наиболее частыми причинами летального исхода является суицид (в 17–50 % случаев), а у 32 % — критическое истощение, аритмии и инфекционные осложнения.

**Распространенность
нервной анорексии
1,2 % — среди женщин
0,29 % — среди мужчин**

**90 % больных —
девочки и молодые
женщины
от 12 до 24 лет**

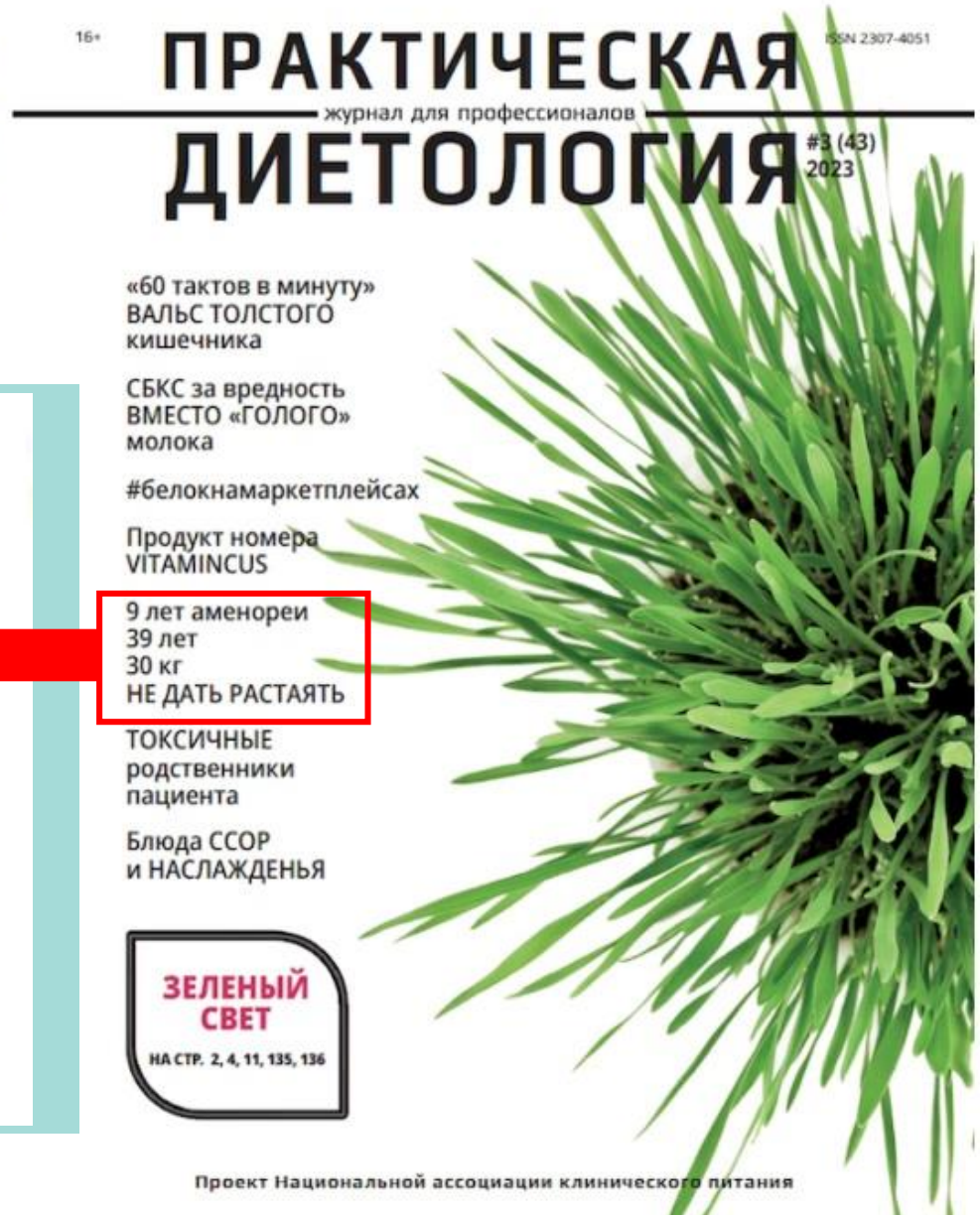


Трудности терапии нервной анорексии

- ❑ Алиментарное истощение сопровождается различными нарушениями работы внутренних органов. Поэтому больные РПП **длительное время обследуются разными специалистами без обобщенной тактики лечения** (гинекологами, психиатрами, эндокринологами, диетологами, гастроэнтерологами)
- ❑ До настоящего времени **остаются дискуссионными вопросы** о рациональном восстановительном питании у этих больных с учетом высокого риска развития у них **рефидинг-синдрома – синдрома возобновления питания** (нарушения водно-солевого баланса у истощенных пациентов при слишком агрессивном начале кормления после периода неадекватного питания)
- ❑ **Систематизировать и конкретизировать рекомендации достаточно сложно** из-за сильно различающихся у пациентов способов питания
- ❑ **Ведущая роль в лечении принадлежит диетотерапии:** снижение частоты соматических и метаболических осложнений, что положительно влияет на отдаленный прогноз заболевания
- ❑ На практике **восстановление менструального цикла на фоне стресса и анорексии — процесс чрезвычайно трудный и длительный.** Восстановление циркадности цикла будет обеспечено за счет прибавки массы тела
- ❑ Научный центр психического здоровья детей и подростков Департамента здравоохранения г. Москвы и Морозовская детская ГКБ Москвы разработан Протокол (алгоритм) ведения пациентов с нервной анорексией в условиях стационара» (2015).

Важнейшим компонентом лечения и реабилитации при нервной анорексии - **нутритивно-метаболическая терапия**, направленная на оптимальное восстановление пищевого и метаболического статуса

Клинический случай



ТАЕТ НА ГЛАЗАХ

Клинический случай лечения пациентки с нервной анорексией

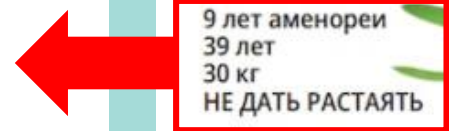
Е. Н. Лобыкина, А. А. Лобыкина

Ситуация

Стр. 80

ПАЦИЕНТКА Р. 38 ЛЕТ
ВЕС 30 КГ, РОСТ 167 СМ, ИМТ 10,8
МИНУС 22 КГ ЗА 10 ЛЕТ
9 ЛЕТ АМЕНОРЕЯ (С 29 ЛЕТ)

Пациенты, страдающие нервной анорексией и находящиеся на амбулаторном лечении, не готовы (практически на всех этапах лечения) употреблять большие (на их взгляд) порции пищи (речь идет о необходимых объемах, важных для проведения эффективной диетотерапии). Как им при этом помочь?





Клинический случай лечения нервной анорексии

Пациентка Р. 38 лет, технолог швейного производства, обратилась на прием после консультации у психиатра по поводу нервной анорексии. Психиатром было рекомендовано сначала пройти обследование и лечение у диетолога и только затем проводить коррекцию психоэмоциональной сферы.

10.02.2022. На приеме вместе с матерью. Жалобы на слабость, низкую массу тела, изменение настроения в виде раздражительности и/или плаксивости, сердцебиение, отсутствие менструального цикла.

Из анамнеза: Снижение веса постепенное, в течение 10 лет с 52 кг похудела до 30 кг. Менструальная функция с 13 лет до 28 лет регулярная. С 29 лет (в течение 9 лет) — аменорея. Не замужем, беременностей не было.

Объективно: **Рост 167 см, вес 30 кг. ИМТ 10,8.** Окружность талии 55 см, бедер 80 см, объем плеча 18,5 см. Выраженное истощение. Общее состояние ближе к удовлетворительному (пациентка самостоятельно приехала из другого города вместе с матерью на прием). Кожные покровы: сухость кожи предплечий, кистей, низкий тургор кожи, холодные на ощупь ладони, скудный волосяной покров на голове, волосы тонкие. Частота дыхания 22 в минуту, ЧСС — 86 в минуту, АД 90/62 мм. рт. ст. Язык влажный, слегка обложен светлым налетом, стул (со слов) ежедневный.

Диагноз: Первичная белково-энергетическая недостаточность, вызванная недостаточным потреблением питательных веществ (Е44 по МКБ 10), тяжелой степени.

NB! Нестабильность состояния пациента: неконтролируемое пищевое поведение, выраженная потеря массы тела, агрессивность, нарушения в клинко-лабораторных показателях являются основанием для госпитализации в отделение интенсивной терапии

ХИИ 2024

МЕЖДУНАРОДНАЯ
НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ
КОНФЕРЕНЦИЯ

Арт Лайф

«Практическая диетология» № 3
(43) 2023





Дефицит массы тела. Теоретическая база:

- В России **Протокол ведения** пациентов с нервной анорексией в условиях стационара (2015).
- **Лечение поэтапное.**
- **Начальный этап** (7–14 дней): коррекция жизненно важных функций, ликвидация метаболических и водно-электролитных электролитных нарушений, формирование толерантности к пище

Предпочтение более физиологическому питанию, т.к. парентеральное, даже более сбалансированное не может оптимизировать состояние ЖКТ

- Длительное отсутствие пищи приводит к атрофии слизистой, снижению ферментной активности, нарушению выработки кишечной слизи и секреторного иммуноглобулина
- При выборе любого алгоритма следует придерживаться общепринятой на сегодня тактики: **если ЖКТ работает, используй его, если нет – заставь его работать!**



- **Отдавать предпочтение использованию специализированных пищевых продуктов и традиционных продуктов**
- Белок – один из наиболее важных нутриентов, т.к. развивается белково-энергетическая недостаточность
- Использовать современные технологии лечебного питания — коррекция пищевого рациона специализированными пищевыми продуктами
- За счет применения белковых смесей повышается пищевая ценность диеты, при этом объем потребляемой пищи не увеличивается. Это особенно важно для больных НА — людей, не согласных первое время потреблять нормальные размеры порции.

С учетом того, что данный этап, согласно Протоколу, проводится в стационаре, **в нашем случае** начальный этап был объединён со 2-м этапом, «специфическим» и был направлен на коррекцию дефицита массы тела и оптимизацию метаболизма (2–3 недели) **амбулаторно**

МЕЖДУНАРОДНАЯ
НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ
КОНФЕРЕНЦИЯ

2024

Арт Лайф

«Практическая диетология» № 3
(43) 2023



Динамика лабораторных показателей крови
пациентки Р. в 2022-2023 гг.



Общий анализ крови

Показатели	2022				2023	
	14.02.	25.04.	29.06.	08.12.	24.01.	07.04.
Эритроциты (10*12/л)	3.23	5.28	5.33	5.15	5,17	4,58
Гемоглобин(г/л)	101	146	145	146	147	134
Гематокрит (%)	29.30	46.8	45.1	45.7	47,2	37,4
Средний объем эритроцитов(фл)	90.7	88.6	84.6	88.7	91,3	81,6
Среднее содержание Нв эритроците	31.3	27.7	27.2	28.3	28,4	29,3
Средняя концентрация Нв	34.5	31.2	32.2	31.9	31,1	
Тромбоциты	167	249	241	256	291	199
Средний объем эритроцитов (фл)	7.7	8.9	8.9	9.0	9,2	7,9
Тромбокрит (%)	0.13	0.22	0.21	0.23	0,27	
Лейкоциты	4.1	3.46	3.60	3.78	4,86	4,3
Нейтрофилы		1.88	1.99	2.23	2,60	
Нейтрофилы (%)		54.30	55.30	59.0	53,5	
Эозинофилы		0.07	0.17	0.10	0,19	
Эозинофилы (%)		2.0	4.7	2.6	3,9	1.0
Базофилы		0.01	0.01	0.01	0,01	
Базофилы (%)		0.3	0.3	0.3	0,2	
Моноциты	0.60	0.30	0.34	0.40	0,51	0,6
Моноциты (%)	15.1	8.7	9.4	10.6	10,5	13,1
Лимфоциты	0.9	1.20	1.09	1.04	1.55	1,6
Лимфоциты (%)	22.4	34.7	30.3	27.5	31,9	37,3
СОЭ (мм/ч)		4	4	6	11	5

Биохимический анализ крови

Показатели	2022				2023	
	14.02.	25.04	29.06	08.12.	24.01.	08.04
Ферритин (мкг/л)		34.0	56.5	50.8		11,8
Общий белок (г/л)	46.4	69.0	66.0	68.0	66,4	67,2
Альбумин (г/л)		42.1	40.7	41.0	41	41
С-реактивный белок (мг/л)		0.33				
Аланинаминотрансфераза (АЛТ) (Ед/л)	84		62.0	41.0	36	27
Аспаратаминотрансфераза (АСТ) (Ед/л)	41		49.0	36.0	32	33
Билирубин общий (г/л)	8.8		10.9		8,1	5,7
Холестерин общий (моль/л)		8.3	7.33	9.3	7,8	6,1
Триглицериды (ммоль/л)			0.88	1.02	1,1	1.0
Холестерин липопротеидов высокой плотности (моль/л)				2.51		
Железо (моль/л)					15,2	
Магний (моль/л)		0.89		0.98		
Натрий (моль/л)	142					
Витамин Д, сумм (нг/мл)				61.2		
Витамин В12 (пг/мл)		574		1143		
Мочевина (моль/л)					8,4	8,1
Креатинин (моль/л)					73	83
Глюкоза (моль/л)					4,52	3,6

МЕЖДУНАРОДНАЯ
НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ
КОНФЕРЕНЦИЯ



«Практическая диетология» № 3
(43) 2023

16+

ПРАКТИЧЕСКАЯ
ДИЕТОЛОГИЯ

журнал для профессионалов

№ 3 (43)
2023

«60 секунд в минуту»
ВАЛЕС ТОЛСТОГО
кишечника

СБКС за вредность
ВМЕСТО «ГОЛОГО»
молока

#белокнамаркетплейсах

Продукт номера
VITAMINUS

9 лет аменореи
39 лет
30 кг
НЕ ДАТЬ РАСТАЯТЬ

ТОКСИЧНЫЕ
родственники
пациента

Блюда ССОР
и НАСЛАЖДЕНИЯ

ЗЕЛЕННЫЙ
СВЕТ

НА СТР. 2, 4, 11, 135, 136



РЕКОМЕНДАЦИИ по энергетическому и белковому обеспечению больных с нервной анорексией в амбулаторных условиях

Автор: Американская диетологическая ассоциация

Рекомендации по калорийности питания — Придерживаться такого объема индивидуальной алиментации, позволяющий достигать набора массы тела **0.45–0.9 кг в неделю**. Конкретных указаний на необходимое энергетическое обеспечение нет

Рекомендации по количеству белка в рационе: Конкретные указания на необходимое белковое обеспечение отсутствуют.

Ozier, A.D. Position of the American Dietetic Association. Nutrition intervention in the treatment of anorexia nervosa, bulimia nervosa, and other eating disorders / A.D. Ozier, B.W. Henry // Journal of the American Dietetic Association. 2006. 106 (12)

Автор рекомендаций: Mehler S. et al. (2010)

Рекомендации по калорийности питания — Предлагают осуществлять макросубстратное обеспечение **больных в объеме 70-80 ккал/кг/сут.**

Рекомендации по количеству белка в рационе — **1–1,5 г/кг/сут белка, не превышая потребление более 1,5–1,7 г/кг/сут.**

Mehler, P.S. Nutritional rehabilitation: practical guidelines for refeeding the anorectic patient / P. Mehler, A. Winkelman, D.G. Andersen, J.L. // Journal of Nutrition and Metabolism. – 2010. №2

Автор: NICE (National Institute for Clinical Excellence) 2004 г.

Рекомендации по калорийности питания — Для набора массы тела 0,5–1 кг/нед необходимо достижение стойко положительного энергетического баланса. Рекомендуется **постепенное (на 7-10 сутки лечения) увеличение энергетического обеспечения от 500 до 1000 ккал/сут** (от 3500 до 7000 добавочных ккал/нед) относительно их фактического расхода энергии.

Рекомендации по количеству белка в рационе: Какие-либо данные об оптимальном белковом обеспечении и рациональном соотношении азот/белковые ккал у этих больных не уточняются.

Eating disorders: Core interventions in the treatment and management of anorexia nervosa, bulimia nervosa and related eating disorders. NICE Clinical Guidelines / S. Gowers, S. Pilling, J. Treasure [et al.]. – London: National Institute for Clinical Excellence (NICE), 2004. №9.

Автор рекомендаций — Данные ряда авторов.

Рекомендации по калорийности питания — Энергетическое обеспечение в размере **2311 – 3775 (максимально 87,2 ккал/кг/сут)** позволяет прибавить от 0,63 до 2,1 кг/нед.

Источники:

Does aggressive refeeding in hospitalized adolescents with anorexia nervosa result in increased hypophosphatemia? / M. Whitelaw, H. Gilbertson, P.Y. Lam, S.M. Sawyer // Journal of Adolescent Health. – 2010. – №46. – P. 577–582.

Автор рекомендаций: NICE (National Institute for Clinical Excellence) 2017 г.

Рекомендации по калорийности питания — Представлен алгоритм **только психотерапевтического лечения** больных с НА и не содержатся какие-либо сведения о целесообразном энергетическом и белковом их обеспечении в восстановительный период.

Eating disorders: recognition and treatment. NICE Clinical Guidelines / National Guideline Alliance. – London: National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE), 2017. 9

Автор: Cuerda et al. (2019)

Рекомендации по количеству белка в рационе — Обеспечение белком пациентов с НА должно **составлять 0,8 г/кг/сут фактической массы тела и на его долю должно приходиться 10–15%** от суточной энергетической потребности.

Cuerda, C. Nutritional Management and Outcomes in Malnourished Medical Inpatients: Anorexia Nervosa / C. Cuerda., M.F. Vasiloglou, L. Arhip // Journal of Clinical Medicine. 2019. №8.



РЕКОМЕНДАЦИИ по энергетическому и белковому обеспечению больных с нервной анорексией в амбулаторных условиях

Автор рекомендаций — Российское национальное руководство по парентеральному и энтеральному питанию при кахектическом периоде НА (потеря МТ=50% и более).

Рекомендации по калорийности питания — **Энергетическое обеспечение в объёме 35–40 ккал/кг.**

Рекомендации по количеству белка в рационе: Белковое 1,5–2 г/кг в день (при необходимости дозу можно увеличить до 2,5 г/кг).

Парентеральное и энтеральное питание: национальное руководство / Г.П. Арутюнов, Е.Е. Ачкасов, С.Ф. Багненко [и др.]; под ред. М. Ш. Хубутия, Т. С. Поповой, А. И. Салтанова. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. — 800 с.

Автор рекомендаций — Американская диетологическая ассоциация

Рекомендации по калорийности питания — Придерживаться такого объема индивидуальной алиментации, позволяющий достигать набора массы тела **0.45–0.9 кг в неделю.** Конкретных указаний на необходимое энергетическое обеспечение нет

Рекомендации по количеству белка в рационе — Конкретные указания на необходимое белковое обеспечение отсутствует.

Ozier, A.D. Position of the American Dietetic Association. Nutrition intervention in the treatment of anorexia nervosa, bulimia nervosa, and other eating disorders / A.D. Ozier, B.W. Henry // Journal of the American Dietetic Association. — 2006. — 106 (12). — P. 2073–2082.

Автор рекомендаций — Американская психиатрическая ассоциация (2006)

Рекомендации по калорийности питания — В начальный период лечения составляет **30–40 ккал/кг/сут с дальнейшим постепенным его увеличением.**

Приводятся данные, что у некоторых пациентов энергетическое обеспечение может достигать 70–100 ккал/кг/сут. При этом целевым набором массы тела считается 0,9–1,4 кг в неделю у госпитализированных и 0,23–0,45 кг у амбулаторных пациентов.

Anorexia nervosa: outcome and prognostic factors after 20 years / R.H. Ratnasuriya, I. Eisler, G.I. Szmulker, G.F. Russell // The British Journal of Psychiatry. — 1991. — №158. P.495–502.

- В отношении достижения необходимых значений индекса массы тела среди специалистов нет единого мнения
- Допускается что следует ориентироваться не на оптимальные для этого возраста показатели, а реальные, обеспечивающие безопасность здоровья пациентов, которые во многих случаях ниже
- В реабилитационный период особенное значение имеет психологическое и психотерапевтическое сопровождение, семейная психотерапия и работа в условиях амбулаторной группы больных

		Кол-во белка
Дефицит массы тела	10-20%	1,1
	20-30%	1,2
	Более 30%	1,3



«Практическая диетология» № 3 (43) 2023

16+

ISSN 2307-4051

ПРАКТИЧЕСКАЯ

журнал для профессионалов

ДИЕТОЛОГИЯ

№ 3 (43)

2023

«60 тактов в минуту»

ВАЛЬС ТОЛСТОГО

кишечника

СБКС за вредность

ВМЕСТО «ГОЛОГО»

молока

#белокнамаркетплейсах

Продукт номера

VITAMINUS

9 лет аменореи

39 лет

30 кг

НЕ ДАТЬ РАСТАЯТЬ

ТОКСИЧНЫЕ

родственники

пациента

Блюда ССОР

и НАСЛАЖДЕНИЯ

ЗЕЛЕНый

СВЕТ

НА СТР. 2, 4, 11, 135, 136

Проект Национальной ассоциации клинического питания

Анализ суточного рациона питания Пациентки Р. (февраль 2022 г., начало лечения)



Наименование блюда	Выход, г	Белки, г	Жиры, г	Углеводы, г	Калорийность, ккал
Первый завтрак 7:00					
Каша Геркулес, вязкая , молоко 2,5%	75	3,21	5,29	15,76	107,25
Сыр литовский	25	5,82	6,25	-	77,55
Кофе с молоком3,2	150/50	1,45	1,6	2,35	29,6
Второй завтрак 10:00					
Булочка (сдоба обыкновенная)	50	4,0	4,7	27.8	170
Чай зеленый без сахара	200	-	-	-	-
Обед 12:00					
1 помидор	50	0,5	-	1,75	12
Бутерброд с вареной колбасой	50	5,2	8,6	9,8	137
Макароны отварные	50	1,88	0,23	9,68	48,3
Компот из св. яблок и чернослива с сахаром	100	0,25	0,12	11,47	48,0
Полдник 15:00					
Творог 5% б/сахара	75	9,86	8,49	11,18	160,55
Финики	10	0,25	-	7,0	6.92
Курага	10	0,2	-	6,0	25
Йогурт 2,7% (1/2 от 170г)	85	2,72	2,29	10,72	77
Ужин 18:00					
Салат из свежих овощей с раст. маслом	100/7	1,1	7,2	3,5	83
Плов из птицы	155	8,0	7,9	18,95	179
Чай зеленый без сахара	200	-	-	-	-
Шоколад темный , 2 дольки	12	0,96	3,6	5,64	60
На ночь 22:00					
Кефир нежирный	100	3,0	1,0	4,0	37,0
Чернослив	10	0,3	-	7,0	28
Курага	10	0,2	-	6,0	25
Итого		48,9	57,27	154,66	1311,17



Клинический случай лечения нервной анорексии. Начальный этап:

Формирование толерантности к пище: Одно из главных условий эффективности лечения — это полный комплаенс со стороны пациента.

- Пациентка согласна, что необходима коррекция питания. Согласна расширить рацион
- Готовит пищу и контролирует питание мать. Обсуждение расширения рациона всегда сопровождалось дополнительным вопросом матери к дочери и получение ее одобрения

Коррекция питания:

- Для формирования правильного пищевого поведения рекомендован индивидуальный стол, вариант щадящей диеты
- Назначены витамины группы В – инъекционные
- Назначена белковая смесь к основному приему пищи

Консультации психиатра и психолога

- От консультации психиатра и психотерапевта - отказ
- Подключены Нейростабил, Альдеприм, Гуд Найт



ХИИ 2024

МЕЖДУНАРОДНАЯ
НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ
КОНФЕРЕНЦИЯ

Art-Life

«Практическая диетология» № 3
(43) 2023

16+ ПРАКТИЧЕСКАЯ
журнал для профессионалов
ДИЕТОЛОГИЯ №3 (43)
2023

«60 тактов в минуту»
ВАЛЬС ТОЛСТОГО
кишечника
СБКС за вредность
ВМЕСТО «ГОЛОГО»
молока
#белокнамаркетлейсах
Продукт номера
VITAMINCUS
9 лет аменореи
39 лет
30 кг
НЕ ДАТЬ РАСТАЯТЬ
ТОКСИЧНЫЕ
родственники
пациента
Блюда ССОР
и НАСЛАЖДЕНЬЯ

ЗЕЛЕНЫЙ
СВЕТ
НА СТР. 2, 4, 11, 135, 136

Проект Национальной ассоциации клинического питания

Задача №1 – восполнить возможные дефициты, приводящие к нарушениям психоэмоциональной сферы

МЕЖДУНАРОДНАЯ
НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ
КОНФЕРЕНЦИЯ

Art Life



Успокаивающее, мягкое седативное средство при стрессах.

«НЕЙРОСТАБИЛ» – фитокомплекс с успокаивающим, мягким седативным действием. Способствует нормализации эмоционального статуса и обеспечивает устойчивость к стрессам.

Действие комплекса построено на восстановлении баланса процессов возбуждения и торможения в ЦНС.

БАД к пище, в составе которого помимо компонентов, участвующих в обменных процессах в головном мозге, влияющих на синтез серотонина и мелатонина, содержится штамм лактобактерий – продуцентов гамма-аминомасляной кислоты (именно на входящие в состав БАД **Альдеприм** определенных бактерий для нормализации «психобиома» и был сделан акцент при выборе препарата).



ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТКИ

- ❑ Клинических рекомендаций по ведению пациентов в амбулаторных условиях нет.
- ❑ Критическое состояние веса нуждается в стационарном лечении, где контролировать поступление нутриентов с конкретным рационом проще.
- ❑ Оптимальной прибавкой для пациентов, получающих стационарное лечение, считается 0,5–1,0 кг в неделю. Однако на ранних этапах лечения в первые 1–2 недели возможно снижение веса, что связано с увеличением интенсивности обменных процессов, повышением термогенеза на фоне восстановления питания.
- ❑ Пациентке Р. необходимо было **1800 ккал** (60 ккал x 30 кг фактической массы тела) и **60 г белка** (2 г белка x 30 кг фактической массы тела).

Анализ рациона исходного показал, что **требовалось увеличение и количества белка** (60-48,9=11,1 г) и **количества калорий** (1800-1347=488,8 ккал).

Пациентка предпочла начать расширение рациона питания сначала за счет традиционных пищевых продуктов. Так как в рационе был недостаток всех пищевых веществ (не только белков) и калорийности в целом, было рекомендовано постепенное увеличение объёма продуктов и соответствующей этому калорийности питания.

Например, утром вместо 3 столовых ложек каши – увеличить до 4 ложек, добавить к рациону 1 яйцо или 30 г сыра, в обед увеличить количество курицы — 100 г, в полдник — до 100-120 г творога, вечером добавить 100 мл кисломолочных напитков.

ХИИ 2024

МЕЖДУНАРОДНАЯ
НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ
КОНФЕРЕНЦИЯ

Арт Лайф

«Практическая диетология» № 3
(43) 2023





Питание при нервной анорексии. Возможные осложнения



Теоретическая база

Известно, что пациенты, которые по различным причинам длительно (более недели) получали ограниченный рацион или голодали, а также лица, изначально имеющие признаки выраженного истощения ($ИМТ < 15 \text{ кг/м}^2$) **относятся к группе повышенного риска развития у них синдрома возобновленного питания (рефидинг-синдрома)** – симптомокомплекс метаболической и органной дисфункции, возникающей при изначально чрезмерно активной их реиментации.

В связи с этим, опасаясь РФС, тактика расширения рациона была основана на постепенном увеличении объема пищи с акцентом на белковые продукты.

- Неадекватный диетологический подход в раннем периоде сопряжен со значительными изменениями обменных процессов, которые в ряде случаев способны ухудшить состояние больного.

Пик развития побочных эффектов приходится на первые 1-2 недели лечения.

Наиболее тяжелым осложнением является синдром возобновленного кормления - "refeeding" синдром (РФС),





Диетотерапия при дефиците массы тела

Прибавка веса отмечалась только через первые 3 недели наблюдения: за четвертую неделю плюс 1 кг, т. е. в итоге за 1 месяц прибавка — 1 кг. Это несмотря на то, что мать пациентки отмечала строгое соблюдение рекомендаций ее дочерью. Пациентка расширяла свой рацион питания, стала чувствовать себя немного бодрее и психологически стабильнее.

Период времени	Вес	Дочь	Мать
Март 2022 г.:	Вес 31 кг, динамика веса — прибавка 1 кг	отмечает улучшение психоэмоционального фона, небольшую активность и общий тонус	дочь по-прежнему очень осторожно увеличивает объём пищи, боязнь возникновения дискомфорта в животе
Апрель 2022 г.	Вес 32,5 кг. Прибавка веса 1,5 кг.	Настроение удовлетворительное, настрой на выздоровление. Расширение физической активности. Увеличение объёма съедаемой пищи, без жалоб на состояние ЖКТ. Страх повышения ХС	Отмечает, что дочь узнав о повышении ХС, стала ограничивать себя в холестеринсодержащих продуктах
Июнь 2022 г.	Вес 35 кг. Прибавка веса за 2 месяца — 2,5 кг.	Настроение удовлетворительное, настрой на выздоровление присутствует. Расширение рациона переносит хорошо. Снижение АЛТ, сохраняется компенсаторная ХС. Гемоглобин в пределах референса. Рост запасов железа. Сохраняется лейкопения.	
Сентябрь 2022	Вес 37,5 кг. Прибавка веса за 3 месяца 2,5 кг.	Самочувствие хорошее. Все рекомендации по питанию выполняет. Режим питания прежний — 6 раз в сутки. Психоэмоциональное состояние на фоне приема нутрицевтиков стабильно удовлетворительное. Лабораторные показатели не контролировали.	
Декабрь 2022.	Вес 41,5 кг. Прибавка веса за 3 месяца 4 кг.	Самочувствие хорошее. Сохраняется нормальный уровень гемоглобина, несколько уменьшился уровень ферритина крови. Наблюдаем небольшое снижение общего белка по сравнению с предыдущим результатом, однако соотношение альбумина к общему белку нормальное — 60,3 % от уровня общего белка. Рост гиперхолестеринемии, при этом повышение триглицеридов крови в пределах необходимого для нас референса и высокий ЛПВП. АЛТ и АСТ	

«Практическая диетология» № 3 (43) 2023



Динамика массы тела пациентки Р. за время
наблюдения 2022-2023гг. (14 мес.)



Год	2022						2023	
Месяц	Февраль	Март	Апрель	Июнь	Сентябрь	Декабрь	Январь	Апрель
Прибавка веса в кг		1	1,5	2,5	2,5	4	1,5	1,5
Вес (кг)	30	31	32,5	35,0	37,5	41,5	43	44,5

- ❑ Оценкой восстановления нутритивного статуса является динамика массы тела.
- ❑ Оптимальной прибавкой для пациентов для стационарного лечения является 0,5-1,9 кг/нед., а для амбулаторных пациентов- 0,3 кг /неделю

16+

**ПРАКТИЧЕСКАЯ
ДИЕТОЛОГИЯ**

журнал для профессионалов
#3 (43)
2023

«60 тактов в минуту»
ВАЛЫС ТОЛСТОГО
кишечника
СБКС за вредность
ВМЕСТО «ГОЛОГО»
молока
#белокнамаркетлейсах
Продукт номера
VITAMINCUS
9 лет аменореи
39 лет
30 кг
НЕ ДАТЬ РАСТАЯТЬ
ТОКСИЧНЫЕ
родственников
пациента
Блюда ССОР
и НАСЛАЖДЕНИЯ

**ЗЕЛЕНый
СВЕТ**
НА СТР. 2, 4, 11, 135, 136

Проект Национальной ассоциации клинического питания

Результаты биоимпедансного анализа состава тела пациентки Р. (в динамике)



Программа - ЗАО "Диамант", С.Петербург, в.10.05, 2011г. Прибор NN: 98190
РЕОАНАЛИЗАТОР

ПРОТОКОЛ ИССЛЕДОВАНИЯ СОСТАВА ТЕЛА

ПАЦИЕНТ Карта №: 12058
ФИО: АНТОШИНА ЕЛЕНА АЛЕКСАНДРОВНА
Дата визита: 09.11.2022 Пол: Жен. Возраст: 38 Рост: 167 Вес: 39
Окружность: Талии 56, Бедре 83, Заластья 13, индекс Т/В 0,67
Импеданс НЧ 514 см, Импеданс ВЧ 471 см

Должные значения:

Должный основной обмен (ДОО)	1425 (ккал);	Индекс массы тела (ИМТ)	21,62 (у.е.);
Площадь поверх. тела (ПТ)	1,21 (м2);	Вес (В)	60,30 (кг);
Внеклеточная жидкость (ВКЖ)	7,42 (л);	Безжировая масса (БЖМ)	45,30 (кг);
Внутриклеточ. жидкость (ВКЖ)	14,85 (л);	Актив. клеточ. масса (АКМ)	29,73 (кг);
Общая жидкость (ОЖ)	22,27 (л);	Жировая масса (ЖМ)	14,99 (кг);
Общая вода (ОВ)	33,16 (л);	Сухая клеточ. масса (СКМ)	7,62 (кг);

Должный вес: По Индексу массы тела (ИМТ=ВМІ)

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ N 1

	Ниже нормы	Норма	Выше нормы
Вес	39,00 !		
Индекс массы тела	13,98 !		
Жировая масса	7,38 !		
Общая жидкость	20,87		
Общая вода	23,14 !		
Внеклеточная жидкость	6,44 !		
Внутриклеточная жидкость	14,43		
Безжировая масса	31,62 !		
Активная клеточная масса	21,52 !		
%АКМ	55,17		

Состав тела: (11:25)

ПОКАЗАТЕЛЬ	Должные	% долж.	Фактич.	% факт.	Отклон.	%от долж
Вес (кг)	60,30	100,00	39,00	100,00	-21,30	-35,32
БЖМ (кг)	45,30	75,14	31,62	81,06	-13,69	-30,22
ОВ (л)	33,16	55,00	23,14	59,34	-10,02	-30,22
АКМ (кг)	29,73	49,31	21,52	55,17	-8,22	-27,64
ЖМ (кг)	14,99	24,86	7,38	18,94	-7,61	-50,74
ИМТ (у.е.)	21,62		13,98			
ОО (ккал)	1425		1157			-18,79

Программа - ЗАО "Диамант", С.Петербург, в.10.05, 2011г. Прибор NN: 98190
РЕОАНАЛИЗАТОР

ПРОТОКОЛ ИССЛЕДОВАНИЯ СОСТАВА ТЕЛА

ПАЦИЕНТ Карта №: 12058
ФИО: АНТОШИНА ЕЛЕНА АЛЕКСАНДРОВНА
Дата визита: 07.02.2023 Пол: Жен. Возраст: 38 Рост: 167 Вес: 43
Окружность: Талии 59, Бедре 87, Заластья 14, индекс Т/В 0,68
Импеданс НЧ 456 см, Импеданс ВЧ 420 см

Должные значения:

Должный основной обмен (ДОО)	1425 (ккал);	Индекс массы тела (ИМТ)	22,09 (у.е.);
Площадь поверх. тела (ПТ)	1,27 (м2);	Вес (В)	61,61 (кг);
Внеклеточная жидкость (ВКЖ)	7,95 (л);	Безжировая масса (БЖМ)	46,29 (кг);
Внутриклеточ. жидкость (ВКЖ)	15,91 (л);	Актив. клеточ. масса (АКМ)	30,38 (кг);
Общая жидкость (ОЖ)	23,86 (л);	Жировая масса (ЖМ)	15,32 (кг);
Общая вода (ОВ)	33,88 (л);	Сухая клеточ. масса (СКМ)	7,79 (кг);

Должный вес: По Индексу массы тела (ИМТ=ВМІ)

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ N 1

	Ниже нормы	Норма	Выше нормы
Вес	43,00 !		
Индекс массы тела	15,42 !		
Жировая масса	8,62 !		
Общая жидкость	22,52		
Общая вода	25,17 !		
Внеклеточная жидкость	7,07 !		
Внутриклеточная жидкость	15,45		
Безжировая масса	34,38 !		
Активная клеточная масса	23,22 !		
%АКМ	54,01		

Состав тела: (13:09)

ПОКАЗАТЕЛЬ	Должные	% долж.	Фактич.	% факт.	Отклон.	%от долж
Вес (кг)	61,61	100,00	43,00	100,00	-18,61	-30,20
БЖМ (кг)	46,29	75,14	34,38	79,96	-11,91	-25,72
ОВ (л)	33,88	55,00	25,17	58,53	-8,71	-25,72
АКМ (кг)	30,38	49,31	23,22	54,01	-7,15	-23,55
ЖМ (кг)	15,32	24,86	8,62	20,04	-6,70	-43,75
ИМТ (у.е.)	22,09		15,42			
ОО (ккал)	1425		1195			-16,11

Программа - ЗАО "Диамант", С.Петербург, в.10.05, 2011г. Прибор NN: 98190
РЕОАНАЛИЗАТОР

ПРОТОКОЛ ИССЛЕДОВАНИЯ СОСТАВА ТЕЛА

ПАЦИЕНТ Карта №: 12058
ФИО: АНТОШИНА ЕЛЕНА АЛЕКСАНДРОВНА
Дата визита: 19.04.2023 Пол: Жен. Возраст: 38 Рост: 167 Вес: 44,5
Окружность: Талии 60, Бедре 87, Заластья 14, индекс Т/В 0,69
Импеданс НЧ 456 см, Импеданс ВЧ 416 см

Должные значения:

Должный основной обмен (ДОО)	1425 (ккал);	Индекс массы тела (ИМТ)	22,09 (у.е.);
Площадь поверх. тела (ПТ)	1,29 (м2);	Вес (В)	61,61 (кг);
Внеклеточная жидкость (ВКЖ)	8,15 (л);	Безжировая масса (БЖМ)	46,29 (кг);
Внутриклеточ. жидкость (ВКЖ)	16,29 (л);	Актив. клеточ. масса (АКМ)	30,38 (кг);
Общая жидкость (ОЖ)	24,44 (л);	Жировая масса (ЖМ)	15,32 (кг);
Общая вода (ОВ)	33,88 (л);	Сухая клеточ. масса (СКМ)	7,79 (кг);

Должный вес: По Индексу массы тела (ИМТ=ВМІ)

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ N 1

	Ниже нормы	Норма	Выше нормы
Вес	44,50 !		
Индекс массы тела	15,98 !		
Жировая масса	9,37 !		
Общая жидкость	23,01		
Общая вода	25,72 !		
Внеклеточная жидкость	7,16 !		
Внутриклеточная жидкость	15,85		
Безжировая масса	35,13 !		
Активная клеточная масса	23,83 !		
%АКМ	54,01		

Состав тела: (11:46)

ПОКАЗАТЕЛЬ	Должные	% долж.	Фактич.	% факт.	Отклон.	%от долж
Вес (кг)	61,61	100,00	44,50	100,00	-17,11	-27,77
БЖМ (кг)	46,29	75,14	35,13	78,94	-11,16	-24,11
ОВ (л)	33,88	55,00	25,72	57,79	-8,17	-24,11
АКМ (кг)	30,38	49,31	23,83	53,54	-6,55	-21,57
ЖМ (кг)	15,32	24,86	9,37	21,06	-5,95	-38,83
ИМТ (у.е.)	22,09		15,96			
ОО (ккал)	1425		1210			-15,10

Динамика лабораторных показателей крови
пациентки Р. в 2022-2023 гг.



Общий анализ крови

Показатели	2022					2023
	14.02.	25.04.	29.06.	08.12.	24.01.	07.04
Эритроциты (10*12/л)	3.23	5.28	5.33	5.15	5,17	4,58
Гемоглобин(г/л)	101	146	145	146	147	134
Гематокрит (%)	29.30	46.8	45.1	45.7	47,2	37,4
Средний объем эритроцитов(фл)	90.7	88.6	84.6	88.7	91,3	81,6
Среднее содержание Нв в эритроците	31.3	27.7	27.2	28.3	28,4	29,3
Средняя концентрация Нв	34.5	31.2	32.2	31.9	31,1	
Тромбоциты	167	249	241	256	291	199
Средний объем эритроцитов (фл)	7.7	8.9	8.9	9.0	9,2	7,9
Тромбокрит (%)	0.13	0.22	0.21	0.23	0,27	
Лейкоциты	4.1	3.46	3.60	3.78	4,86	4,3
Нейтрофилы		1.88	1.99	2.23	2,60	
Нейтрофилы (%)		54.30	55.30	59.0	53,5	
Эозинофилы		0.07	0.17	0.10	0,19	
Эозинофилы (%)		2.0	4.7	2.6	3,9	1.0
Базофилы		0.01	0.01	0.01	0,01	
Базофилы (%)		0.3	0.3	0.3	0,2	
Моноциты	0.60	0.30	0.34	0.40	0,51	0,6
Моноциты (%)	15.1	8.7	9.4	10.6	10,5	13,1
Лимфоциты	0.9	1.20	1.09	1.04	1.55	1,6
Лимфоциты (%)	22.4	34.7	30.3	27.5	31,9	37,3
СОЭ (мм/ч)		4	4	6	11	5

Биохимический анализ крови

Показатели	2022				2023	
	14.02.	25.04	29.06	08.12.	24.01.	08.04
Ферритин (мкг/л)		34.0	56.5	50.8		11,8
Общий белок (г/л)	46.4	69.0	66.0	68.0	66,4	67,2
Альбумин (г/л)		42.1	40.7	41.0	41	41
С-реактивный белок (мг/л)		0.33				
Аланинаминотрансфераза (АЛТ) (Ед/л)	84		62.0	41.0	36	27
Аспаратаминотрансфераза (АСТ) (Ед/л)	41		49.0	36.0	32	33
Билирубин общий (г/л)	8.8		10.9		8,1	5,7
Холестерин общий (моль/л)		8.3	7.33	9.3	7,8	6,1
Триглицериды (ммоль/л)			0.88	1.02	1,1	1.0
Холестерин липопротеидов высокой плотности (моль/л)				2.51		
Железо (моль/л)					15,2	
Магний (моль/л)		0.89		0.98		
Натрий (моль/л)	142					
Витамин Д, сумм (нг/мл)				61.2		
Витамин В12 (пг/мл)		574		1143		
Мочевина (моль/л)					8,4	8,1
Креатинин (моль/л)					73	83
Глюкоза (моль/л)					4,52	5,6

МЕЖДУНАРОДНАЯ
НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ
КОНФЕРЕНЦИЯ

Арт Лайф

«Практическая диетология» № 3
(43) 2023

ПРАКТИЧЕСКАЯ
ДИЕТОЛОГИЯ

журнал для профессионалов
№ 3 (43)
2023

«60 тактов в минуту»
ВАЛЬС ТОЛСТОГО
кишечника

СБК за вредность
ВМЕСТО «ГОЛОГО»
молока

#белокнамаркетплейсах

Продукт номера
VITAMINUS

9 лет аменореи
39 лет
30 кг
НЕ ДАТЬ РАСТАЯТЬ

ТОКСИЧНЫЕ
родственники
пациента

Блюда ССОР
и НАСЛАЖДЕНИЯ

ЗЕЛЕННЫЙ
СВЕТ

НАСТР. 2, 4, 11, 125, 136



Выводы:

1. Учитывая частые рецидивы при нервной анорексии и, казалось бы, несколько медленную динамику массы тела, **расцениваем результат лечения как удовлетворительный**
2. Рост массы тела и относительно стабильное психо-эмоциональное состояние пациентки объяснялись во многом ее желанием выздороветь (высокой **комплаентностью**)
3. При отсутствии возможности (желания) психотерапевтической поддержки применение БАД к пище (**Нейростабил, Альдеприм, Гуд Найт**) в постоянном режиме в течение 6 мес. способно повышать эффективность диетических мероприятий и лабораторных показателей при РПП (нервной анорексии). Для стабилизации психоэмоционального фона пациентке рекомендован дальнейший прием БАД (Альдеприм, длительность - по самочувствию)
4. Положительная динамика в течение 13-ти месяцев у пациентки Р. без эмоциональных срывов и ухудшения общего самочувствия, **позволяет надеяться** и на дальнейшее увеличение массы тела и, в последующем, на восстановление менструальной функции
5. На этапе реабилитации для формирования правильного пищевого поведения следует отдавать предпочтение использованию натуральных продуктов. Рекомендовано постепенное увеличение энергетической ценности рациона (на 70-100 ккал/кг массы тела в сутки)



ХИИ 2024

МЕЖДУНАРОДНАЯ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ

Art Life

«Практическая диетология» № 3
(43) 2023



XIII
2024

**МЕЖДУНАРОДНАЯ
НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ
КОНФЕРЕНЦИЯ**

Арт Лайф



СПАСИБО ЗА ВНИМАНИЕ!

**Кафедра гигиены, эпидемиологии и здорового образа
жизни**

**Новокузнецкий государственный институт
усовершенствования врачей - филиал ГБОУ ДПО
РМАНПО Минздрава России**

@ elena_lobykina

8 923 612 00 82