

Отказ психически больных от еды и тактика их ведения

Данилов Д.С.¹, Котик (Мацнева) М.Е.², Яковлева И.И.¹

¹Клиника психиатрии им. С.С. Корсакова Университетской клинической больницы №3 ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский Университет), Москва; ²ООО «Центр изучения расстройств пищевого поведения», Москва
¹Россия, 119435, Москва, ул. Россоломо, 11, стр. 9; ²Россия, 125367, Москва, Полесский проезд, 16, стр. 6

В статье изложены обобщенные данные о психопатологической симптоматике, обуславливающей отказ психически больных от еды. Систематизированы сведения о методах, направленных на предотвращение и восполнение дефицита питательных веществ в организме психически больных, отказывающихся от еды. Приводятся клинические наблюдения использования зондового кормления у пациентов психиатрического стационара при отказе от еды или при невозможности принимать пищу. Обосновывается рациональность описания отказа психически больных от еды и методов симптоматической коррекции этого состояния в современных фундаментальных руководствах по психиатрии.

Ключевые слова: психически больные; отказ от еды; симптоматические методы коррекции; зондовое кормление.

Контакты: Дмитрий Сергеевич Данилов; clinica2001@inbox.ru

Для ссылки: Данилов ДС, Котик (Мацнева) МЕ, Яковлева ИИ. Отказ психически больных от еды и тактика их ведения. Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. 2021;13(1):87–93. DOI: 10.14412/2074-2711-2021-1-87-93

Food refusal in mentally ill patients and their management tactics

Danilov D.S.¹, Kotik (Matsneva) M.E.², Yakovleva I.I.¹

¹S.S. Korsakov Clinic of Psychiatry, University Clinical Hospital Three, I.M. Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University), Ministry of Health of Russia, Moscow; ²Eating Disorders Center, Moscow
¹11, Rossolimo St., Build. 9, Moscow 119435; ²16, Polessky Passage, Build. 6, Moscow 125367, Russia

The paper presents generalized data on psychopathological symptoms that cause food refusal in mentally ill patients. It systematizes information about methods for preventing and supplying nutrient deficiencies in mentally ill patients who refuse to eat. The paper describes clinical cases of probe feeding in psychiatric inpatients when they refuse eat or cannot take food. It provides evidence for the rationality of describing food refusal in mentally ill people and the methods for symptomatic correction of this condition in the current fundamental guidelines on psychiatry.

Keywords: mentally ill patients; food refusal; symptomatic methods for correction; probe feeding.

Contact: Dmitry Sergeevich Danilov; clinica2001@inbox.ru

For reference: Danilov DS, Kotik (Matsneva) ME, Yakovleva II. Food refusal in mentally ill patients and their management tactics. Nevrologiya, neiropsikhiatriya, psikhosomatika = Neurology, Neuropsychiatry, Psychosomatics. 2021;13(1):87–93. DOI: 10.14412/2074-2711-2021-1-87-93

Отказ психически больных от еды — хорошо известное психиатрам проявление различной психопатологической симптоматики (табл. 1). Обычно оно возникает вследствие феноменов психотического регистра. Иногда от приема пищи отказываются больные с психопатологической симптоматикой невротического или субпсихотического уровня. Как правило, под отказом от еды понимается состояние активного сопротивления психически больного приему пищи. Иногда к отказу от еды относят случаи, при которых пациенты не едят из-за снижения аппетита или «отсутствия волевых импульсов». Отказ от еды чаще наблюдается у больных шизофренией, аффективными психозами и нервной анорексией (в данном случае имеется в виду самостоятельная нозология, а не синдром нервной анорексии, развивающийся в рамках других психических расстройств) [2, 4, 8, 13, 18, 19]. Отказ от еды также описан у пациентов с некоторыми органическими поражениями головного мозга [2, 10, 20].

Пристальное внимание к психически больным, отказывающимся от еды, определяется опасными последствиями длительного голодания — истощением, нарушениями жизненно важных функций организма и смертью. Поэтому важна правильная тактика ведения таких пациентов. Кроме патогенетической терапии, которая направлена на ослабление выраженности психопатологических расстройств, определяющих отказ больных от приема пищи, большое значение имеет симптоматическое воздействие, направленное на предотвращение и восполнение дефицита в организме питательных веществ. Методы такого воздействия довольно разнообразны (табл. 2). Их индивидуальный выбор (в том числе в виде сочетания нескольких методов) зависит от того, какие психопатологические симптомы определяют отказ больного от еды, и от того, в какой степени выражен симптом отказа от еды. Некоторые из этих методов имеют историческое значение, другие применяются в современной психиатрической практике.

Таблица 1. Психопатологическая симптоматика, обуславливающая отказ психически больных от еды¹
Table 1. Psychopathological symptoms that cause food refusal in mentally ill patients¹

Галлюцинаторно-бредовые синдромы	Депрессивный синдром	Кататонический синдром	Обсессивно-фобический синдром
<ul style="list-style-type: none"> • Бред отравления • Императивные слуховые галлюцинации (запрещающие есть) • Вкусовые галлюцинации • Обонятельные галлюцинации • Ипохондрический бред 	<ul style="list-style-type: none"> • Бред самообвинения • Суицидальные намерения («стремление умерить себя голодом», «умереть голодной смертью») • Ступор 	<ul style="list-style-type: none"> • Негативизм • Ступор 	<ul style="list-style-type: none"> • Страх проглотить острый предмет или поперхнуться² • Страх полноты — нервная анорексия³

Примечания. ¹Таблица составлена на основании обобщения данных из источников [1–18]. ²При страхе поперхнуться больные чаще едят жидкую или мелконарезанную пищу. ³При синдроме нервной анорексии полный отказ от еды наблюдается редко, но из-за длительности пищевых ограничений часто развивается кахексия.
Notes. ¹The table is based on the generalization of data from the references [1–18]. ²For fear of choking, the patients often eat liquid or finely chopped food. ³In anorexia nervosa, a complete food refusal is seen rarely, but cachexia frequently develops because of prolonged food restrictions.

Особое положение среди методов, направленных на предотвращение и восполнение дефицита питательных веществ в организме психически больных, отказывающихся от еды, занимает зондовое энтеральное питание. Оно используется в наиболее тяжелых (стойких) случаях отказа от приема пищи при неэффективности других, более простых для исполнения методик. Зондовое кормление не всегда является принудительной процедурой. Пациенты в состоянии кататонического ступора без негативизма «часто спокойно воспринимают» эту процедуру [3]. Для некоторых больных со слуховыми галлюцинациями, запрещающими есть, «насилованное кормление зондом оказывается вполне приемлемым выходом из положения, так как избавляет» их «от мучений голода и не делает» их «нарушителями обязательных приказаний» [4]. В настоящее время для применения доступны различные официальные смеси для зондового энтерального питания. Появление таких смесей стало прогрессом в решении проблемы кормления психически больных, отказывающихся от самостоятельного приема пищи (табл. 3; см. описания клинических наблюдений).

Пациент Ш., 50 лет. Психиатрический диагноз: «Органическое психотическое расстройство вследствие болезни Паркинсона (приема дофаминергических средств). Аффективно-бредовой синдром. F06.27».

Из анамнеза: наследственность психическими расстройствами неотягощена. В течение жизни был психически здоров. Получил образование. Служил в армии. Работал по специальности. Женат, есть взрослые дети. Алкоголем не злоупотреблял. Профессиональных вредностей не было. С 42 лет наблюдался неврологами в связи с болезнью Паркинсона. Лечился различными противопаркинсоническими средствами. Неврологическое состояние постепенно ухудшалось. Психическое состояние впервые резко изменилось год назад, что совпало с началом приема леводопы + бенсеразида. Дома «стал тревожным и малодоступным». Психиатрами не осматривался. Леводопы + бенсеразид были отменены. Поведение нормализовалось. Продолжил принимать пирибедил, амантадин, тригексифенидил. Полгода назад была начата терапия леводопой + карбидопой (Наком). Психическое состояние вновь резко ухудшилось. Стал тревожным. Говорил, что ему и его семье «что-

то угрожает». Отказывался выходить из дома. Считал, что люди на улице говорят о нем, «могут навредить». Рассказал, что его «сняли на видеокамеру и будут показывать по телевизору». Перестал общаться с родственниками. Нанес себе порезы на предплечье. Объяснил этот поступок тем, что «подумал», что жена его «бросила». Амбулаторно был осмотрен неврологом и психиатром. К терапии леводопой + карбидопой (Наком) и пирибедилом были присоединены кветиапин, клозапин и миансерин. Психическое состояние улучшилось. Продолжил лечение под наблюдением невролога. За 10 дней до поступления в нашу клинику был госпитализирован в неврологический стационар для подбора противопаркинсонической терапии. Лечился леводопой + карбидопой (Тремонорм), амантадином и миансерином. Спустя 7 дней «стал тревожным». В день поступления был остановлен, когда стоял на подоконнике в палате. Был направлен в психиатрический стационар.

Состояние при поступлении: передвигается очень медленно. Амимичен. Наблюдается сильный тремор, особенно в левой руке. Говорит тихо, часто неразборчиво, отдельными словами или короткими фразами. Точно называет дату. Понимает, что находится в психиатрическом отделении. Описывает, что «хотел убить себя». Считает, что это было связано с «приступом тревоги». Говорит, что «виноват», но не может пояснить, что означают его слова. При попытках разузнать о его состоянии подробнее становится недоступным, молчит, резко усиливается тревога. Повторяет: «позвонить жене». В отделении сидит или лежит, смотря в одну точку. Рост — 185 см, масса тела — 70 кг, индекс массы тела (ИМТ) — 20,45 (норма).

Динамика состояния и лекарственное лечение: была начата терапия клозапином 50 мг/сут и диазепамом до 30 мг/сут. Продолжалась противопаркинсоническая терапия (по назначению невролога) леводопой + карбидопой (Тремонорм) 250+25 мг/сут. Психическое состояние продолжало ухудшаться. Стал полностью недоступным. Поговорить не удавалось. Нарастал негативизм. Отталкивал медицинских работников, подходящих к нему для осмотра и медицинских манипуляций. Почти все время лежал в кровати. Противился попыткам врачей, нянь и жены поднять его. В такие моменты становился еще более напряженным, усиливался тремор, отмечался гипергидроз кожи лица. Доза клозапина была увеличена до 100 мг/сут, доза леводопы + карбидопы (Тремонорм) был за-

Таблица 2. Методы предотвращения и компенсации дефицита питательных веществ в организме психически больных, стойко отказывающихся от еды¹

Table 2. Methods for preventing and compensating for nutrient deficiencies in mentally ill patients who persistently refuse to eat¹

«Психотерапия» (условно)	Стимуляция аппетита	Кратковременное симптоматическое ослабление психопатологической симптоматики	Принудительное введение питательных веществ
<ul style="list-style-type: none"> Убеждение и уговоры (повторные и терпеливые)^{2*} Привлечение к кормлению людей (персонала или близких), к которым больной относится наиболее благожелательно и доверительно³ Кормление «с ложки», «из рук», в том числе «так, как кормят маленьких детей»^{3*} Оставление еды рядом с больным, в том числе на ночь^{4*} Пробование пищи медицинским работником в присутствии больного^{5*} Кормление «неотравленной» пищей⁵ 	<ul style="list-style-type: none"> Пероральное применение «горечей»⁶ Внутривенное или подкожное введение гипертонического раствора натрия хлорида⁷ Подкожное введение «больших доз» изотонического раствора натрия хлорида⁸ Подкожное введение инсулина^{9*} 	<ul style="list-style-type: none"> Амитал-кофеиновое растормаживание (во время растормаживания удается накормить)^{10, 11, 12} Растормаживание при помощи метофеназина (френолона)¹³ Растормаживание при помощи диазепам и кофеина^{14*} 	<ul style="list-style-type: none"> Кормление «с ложки» (принудительно)^{15*} Кормление при помощи гуттаперчевого баллона¹⁶ Вызывание глотательного акта при принудительном кормлении «с ложки»¹⁷ «Питательные клизмы»¹⁸ Кормление через зонд[*] Внутривенное и подкожное введение глюкозы^{19*} Парентеральное введение витаминов[*] Внутривенное введение изотонического раствора натрия хлорида[*] Переливание крови Внутривенное введение специальных средств для парентерального питания, содержащих аминокислоты, жиры и углеводы^{20*}

Примечания. ¹Таблица составлена на основании обобщения данных из источников [1–7, 9, 12–19, 21–34]. ²Уговоры особенно эффективны у больных с депрессивной симптоматикой. ³Описана эффективность кормления «с ложки» и «из рук» при депрессивной симптоматике, бреде отравления, кататонии. ⁴Оставление пищи рядом с больным особенно эффективно при кататонической симптоматике, описана эффективность оставления пищи при ипохондрии. ⁵Пробование пищи и кормление «неотравленной» пищей (яйца в скорлупе, еда, принесенная родственниками из дома) полезны при бреде отравления. ⁶«Горечи» — препараты растительного происхождения, обладающие горьким вкусом, которые раздражают вкусовые рецепторы слизистой оболочки полости рта, усиливают секрецию желудочного сока и повышают аппетит. ⁷Введение 20–50 мл 10% раствора натрия хлорида ежедневно «до тех пор, пока больной не начнет есть сам». ⁸Разные авторы рекомендовали использовать различные дозы раствора натрия хлорида — 300 или 500–1000 мл. ⁹Разные авторы рекомендовали использовать различные диапазоны однократных доз инсулина: от 4 до 10 ЕД или от 10 до 20 ЕД. ¹⁰Растормаживание эффективно при кататоническом ступоре. ¹¹Обычно использовалась методика подкожного введения кофеина и внутривенного введения амобарбитала (амитала), но некоторые психиатры вводили амобарбитал ректально. ¹²Некоторые психиатры для того, чтобы накормить больного, использовали только амобарбитал без введения кофеина. ¹³Предлагалось использовать однократное внутримышечное введение невысоких доз метофеназина (0,5% — 1–2 мл). ¹⁴Современные авторы вместо амобарбитала рекомендуют внутривенно вводить диазепам (0,5% — 4–10 мл). ¹⁵При принудительном кормлении «с ложки» одной ложкой разжимают зубы, другой вливают пищу. ¹⁶Трубка гуттаперчевого баллона проводилась в полость рта «через отверстие, находящееся сзади коренных зубов». ¹⁷Глотательный акт вызывался при помощи прикладывания электродов близ угла нижних челюстей. ¹⁸Введение в толстую кишку смеси молока, сырых яиц, бульонов, глютаминовой кислоты, пептонов, глюкозы, жиров, витаминов, алкоголя и (для лучшего удержания смеси в кишке) опиатов. ¹⁹Применяются растворы глюкозы разных концентраций. ²⁰В настоящее время для применения доступно большое количество таких препаратов.

* — методы, которые применялись в клинической практике авторами статьи.

Notes. ¹The table is based on the generalization of data from the references [1–7, 9, 12–19, 21, 24–34]. ²Persuasion is particularly effective in patients with depressive symptoms. ³The efficiency of feeding with a spoon and out of hand in depressive symptoms, delirium of poisoning, and catatonia is described. ⁴Leaving food next to the patient is especially effective in catatonic symptoms; the efficiency of leaving food in hypochondria is described. ⁵Tasting food and feeding unpoisoned foods (eggs in the shell, food brought by relatives from home) is useful for delusions of poisoning. ⁶Bitter stuffs are herbal preparations with a bitter taste, which irritate taste buds, increase gastric juice secretion and appetite. ⁷The daily injection of 20–50 ml of 10% sodium chloride solution until the patient begins to eat himself. ⁸Different authors have recommended using different sodium chloride solution doses (300 or 500–1000 ml). ⁹Different authors have recommended using different ranges of single insulin doses (from 4 to 10 units or from 10 to 20 units). ¹⁰Disinhibition is effective in catatonic stupor. ¹¹The procedure for subcutaneous caffeine administration or intravenous amobarbital (sodium amytal) injection was usually used, but some psychiatrists administered amobarbital rectally. ¹²Some psychiatrists used amobarbital only without caffeine to feed the patient. ¹³A single intramuscular injection of small-dose methophenazine (0.5% — 1–2 ml) was proposed. ¹⁴Contemporary authors recommend intravenous diazepam (0.5% — 4–10 ml) instead of amobarbital. ¹⁵In forced feeding, the patient's teeth are parted with one spoon; food is poured with another. ¹⁶The tube of a gutta-percha balloon was inserted into the oral cavity through an opening located behind the molars. ¹⁷The act of swallowing was induced with the electrodes applied near the angle of the mandible. ¹⁸Administration of a mixture of milk, raw eggs, broths, glutamic acid, peptones, glucose, fats, vitamins, alcohol, and (for better intestinal mixture retention) opiates into the colon. ¹⁹Solutions with different glucose concentrations are used. ²⁰A large number of such drugs are currently available for use.

* — methods that were used by the authors of the article in clinical practice.

менен на Наком) была снижена (по согласованию с неврологом) до 187,5+18,75 мг/сут. После изменения терапии психическое состояние пациента стало улучшаться. Начал общаться, хотя коротко, отрывочно, односложно. Стал менее негативистичным. Вставал, ходил при поддержке жены или няни. При повторных попытках увеличения разовой дозы леводопы +

карбидопы (Накома) до 125+12,5 мг уже через несколько часов становился недоступным, но постоянно спрашивал: «Что происходит?». Состояние разрешалось после дополнительного однократного приема 25 мг клозапина, 10 мг диазепам и возвращения разовой дозы леводопы + карбидопы (Наком) до прежних величин — 62,5+6,25 мг.

Динамика пищевого и лекарственного поведения, кормление и введение лекарственных средств: в первые недели нахождения в отделении отказывался от еды и приема лекарств. При попытках накормить и дать лекарства через рот сжимал челюсти, отталкивал врачей и медицинских сестер. В биохимическом анализе крови: альбумин — 30 г/л (норма — от 32 г/л), глюкоза — 3,5 ммоль/л (норма — от 4,1 ммоль/л). В общем анализе мочи: ацетон — положительно. Было начато кормление и введение лекарств через назогастральный зонд. Манипуляция проводилась при физической фиксации дважды в день — утром и вечером. После каждого кормления зонд удалялся в связи с попытками больного извлечь его самостоятельно. Использовалась смесь для зондового энтерального питания «Фрезубин ВП 2 ккал» 1000 мл/сут, бульоны, кисели, компот — 1000 мл/сут, в которые добавлялись лекарства, измельченные в порошок. В обеденное время лекарства, растворенные в воде, вводились в рот шприцем в условиях принудительного разжатия челюстей. Ежедневное зондовое кормление осуществлялось в течение 7 дней. Через 7 дней: масса тела — 72 кг, ИМТ — 21,04 (норма, повышение в сравнении с исходным значением). По мере улучшения психического состояния зондовое кормление постепенно было заменено на естественный способ приема пищи.

Исход стационарного лечения: находился в отделении 1,5 мес. В течение нескольких недель перед выпиской признаков психоза не выявлялось. Настроение было ровным. Ел и принимал лекарства сам. Состояние определялось яркой неврологи-

ческой симптоматикой и снижением когнитивных функций. Был выписан домой с рекомендацией лечения клозапином 75 мг/сут и леводопой + карбидопой 187,5+18,75 мг/сут.

Пациент С., 30 лет. Психиатрический диагноз: «Шизофрения непрерывная параноидная. Параноидный синдром (в анамнезе — острая парафрения). F20.006».

Из анамнеза: из родных к психиатрам никто не обращался. В детстве был непослушным. Воспитатели и учителя жаловались на его поведение, «срывал уроки». Поменял несколько школ. Учился удовлетворительно. После окончания школы поступил в вуз. Учебной обременен не был. Много времени проводил с друзьями, ходил в ночные клубы, выпивал, употреблял наркотики. Работал в коммерческой организации, которая принадлежала родителям. Психическое состояние резко изменилось 3 года назад. Увлёкся «шаманизмом», эзотерикой. Отказался от употребления алкоголя и наркотиков. Перестал работать и общаться с прежними друзьями. Много времени проводил за городом, «общался с природой», занимался «духовными поисками». Говорил родным, что находится под «наблюдением высшей силы», которая указывает ему «правильный жизненный путь». Стал есть только растительную пищу, а затем перешел на сыроедение. Год назад начал практиковать голодание. Утверждал, что это необходимо для «очищения души». Если после настойчивых долгих уговоров родителей что-то съедал, то сразу вызывал рвоту, объясняя это тем, что «засоряет желудок и душу», «в желудке образуется слизь», которая «засоряет организм и не дает возможности духовного роста». «Боролся со слизью» при помощи клизм и физических упражнений, но считал, что «слизь не уходит». Очень сильно похудел. После долгих уговоров родных согласился на госпитализацию в психиатрический стационар.

Состояние при поступлении: двигается медленно. Выглядит неряшливо. Выражение лица почти не меняется, но оживляется при расспросе о самочувствии. Сразу начинает вымаркиваться и сплевывать слюну. Делает это много раз. Поясняет: «Выходит слизь». Говорит, что она «скапливается в желудке». Показывает на верхнюю часть живота, просит врача послушать живот. Спрашивает: «Вы же слышите — это слизь?» Говорит, что «слизь образуется из-за еды». Много раз говорит, что ему нельзя есть, что он «на голоде». Описывает, что таким образом «очищает организм и душу». Долго и подробно описывает свой «путь к очищению души». Поясняет, что несколько лет назад к нему «явилась высшая сила», «она наказывала за отступление от голода». Говорит врачу, что ему нужен «свежий воздух и родниковая вода». Артериальное давление — 80/50 мм рт. ст, частота сердечных сокращений — 32 в 1 мин. Рост — 181 см, масса тела — 46 кг, ИМТ — 14,04 (дефицит). В биохимическом анализе крови: общий белок — 64 г/л (норма — от 66 г/л), мочевины — 11,7 ммоль/л (норма — до 7,2 ммоль/л), глюкоза — 3,5 ммоль/л (норма — от 4,1 ммоль/л), лептин — 0,2 нг/мл (норма — от 2,0 нг/мл). В общем анализе мочи: ацетон — положительно.

Динамика состояния и лекарственное лечение: было начато лечение галоперидолом с постепенным повышением дозы до 15 мг/сут и оланзапином с постепенным повышением дозы до 20 мг/сут, тиамином 500 мг/сут, глюкозой 10% 400 мл/сут, калия и магния аспарагинатом 20 мл/сут, инозином + никотинамидом + рибофлавином + янтарной кислотой 20 мл/сут. Все лекарства вводились парентерально. В первые недели активно высказывал идеи о голодании, пытался вызвать рвоту, зани-

Таблица 3.

Пероральные смеси, вводимые психически больным, отказывающимся от еды

Table 3.

Oral mixtures administered to mentally ill patients who refuse to eat

В прошлом ¹	В настоящее время
<ul style="list-style-type: none"> Смеси, приготовляемые непосредственно перед введением (молоко, бульон, сырые яйца, сливочное масло, сахар, соль, овощные и фруктовые соки, аскорбиновая кислота, иногда — алкоголь)² Официальная смесь «Белковый напиток»³ 	<ul style="list-style-type: none"> Различные официальные смеси, например «Фрезубин ВП 2 ккал»⁴, «Фрезубин ВП Энергия», «Фрезубин Оригинал», «Фрезубин Оригинал с пищевыми волокнами», «Фрезубин Энергия с пищевыми волокнами» и многие другие

Примечания. ¹Составлено на основании обобщения данных из источников [2, 5, 6, 12–14, 16, 26, 34]. ²Предпочтительно введение чуть более 1 л смеси 1 раз в сутки. ³Смесь применялась в 60-е годы XX в. и состояла из сыворотки крови крупного рогатого скота, сахарного сиропа, спирта ректификата и глицерина. ⁴«Фрезубин ВП 2 ккал» — высококалорийная и высокобелковая питательная смесь, содержащая белок, жирные кислоты, триглицериды, углеводы и комплекс витаминов. Своевременное начало применения «Фрезубина ВП 2 ккал» эффективно предотвращает развитие дефицита массы тела у больных, отказывающихся от еды (см. клинические наблюдения). У больных, у которых дефицит массы тела уже наступил, применение «Фрезубина ВП 2 ккал» позволяет в кратчайшие сроки достичь целевых показателей нутритивной терапии (см. клинические наблюдения).

Notes. ¹The table is based on the generalization of data from the references [2, 5, 6, 12–14, 16, 26, 34]. ²Administration of a little more than 1 liter of a mixture once a day is preferable. ³The mixture that consisted of bovine serum, sugar syrup, rectified alcohol, and glycerol was used in the 1960s. ⁴Fresubin VP 2 kcal is a high-calorie and high-protein nutritional mixture containing protein, fatty acids, triglycerides, carbohydrates, and a complex of vitamins. Timely initiation of Fresubin VP 2 kcal use effectively prevents underweight in patients who refuse to eat (see clinical observations). In patients who were underweight, the use of «Fresubin VP 2 kcal» allows the targets of nutrition therapy to be achieved in the shortest possible time (see clinical observations).

мался физическими упражнениями, просил поставить клизму. Постепенно стал спокойнее, перестал стремиться к физическим упражнениям. Затем ослабла яркость бредовых идей. Перестал вызывать рвоту и просить поставить клизму. Стал общаться на темы, не связанные с «голоданием».

Динамика пищевого и лекарственного поведения, кормление и введение лекарственных средств: в первые недели нахождения в стационаре на просьбы поест и принять лекарства отвечал категорическим отказом, отталкивал медсестер, нянь и врачей. Было начато зондовое кормление. Назогастральный зонд устанавливали ежедневно на период кормления в условиях предварительной лекарственной седации (бромидгидрохлорфенилбензодиазепин парентерально). Использовали смесь для зондового энтерального питания «Фрезубин ВП 2 ккал» до 1000 мл/сут. По мере ослабления психопатологической симптоматики зондовое кормление постепенно заменялось естественным приемом пищи (в некоторые периоды осуществлялось докармливание через зонд). Через месяц после начала лечения ел самостоятельно. От перорального приема лекарств не отказывался. К этому моменту (т. е. за период зондового кормления) набрал массу тела. Через месяц после госпитализации: масса тела — 61,2 кг, ИМТ — 18,68 (норма). В дальнейшем эти показатели сохранились.

Исход стационарного лечения: находился в стационаре 3 мес. Перед выпиской бредовых идей не высказывал, ел и принимал лекарства сам и без уговоров, на первый план выступили признаки эмоционально-волевого снижения. Был выписан домой с рекомендацией продолжать амбулаторное лечение: оланзапин 20 мг/сут, галоперидол деканат 50 мг в/м 1 раз в месяц.

Пациент М., 38 лет. Психиатрический диагноз: «Органическое поражение головного мозга, развившееся остро вследствие затяжной комы. Острый психоорганический синдром («вегетативное состояние»). F06.89».

Из анамнеза: всю жизнь был психически здоров. Окончил школу. Получил среднее специальное образование. Успешно работал до последнего времени. Женат, есть двое детей. Год назад были диагностированы доброкачественная опухоль двенадцатиперстной кишки и фиброматоз поджелудочной железы. Проводились повторные оперативные вмешательства. Месяц назад поступил в хирургический стационар для очередной плановой операции. Вмешательство прошло успешно. После нее был экстубирован. Находился в ясном сознании. Через 3 дня после операции развилось коматозное состояние (был обнаружен утром медицинским персоналом). При проведении компьютерной томографии наблюдались «признаки отека головного мозга». В связи с угнетением дыхания был переведен на искусственную вентиляцию легких (ИВЛ). Повторно консультирован различными специалистами. Через 20 дней был полностью отлучен от ИВЛ. Дышал сам. Отсутствовала речь. Инструкций не выполнял. Хаотично нецеленаправленно двигался на ограниченном пространстве. Самостоятельно не ел. На магнитно-резонансной томограмме наблюдалась «картина гипоксического повреждения головного мозга в подострой стадии, многочисленных очагов (до 3 мм), вероятно, сосудистого генеза». Получал терапию цитиколином, актовегином, холина альфосцератом, инозином + никотинамидом + рибофлавином + янтарной кислотой, карбамазепином. Находился на зондовом питании. Для продолжения лечения был переведен в психиатрическое отделение.

Состояние при поступлении: двигательно беспокоен. Постоянно находится в движении. На месте не удерживается. Садится, тут же встает. Сам пытается надеть тапки, но не может этого сделать. Предоставленный сам себе, идет по отделению, обходя препятствия. Садится на диван, встает, снова идет, вновь садится. На окружающих не реагирует. На оклики внимания не обращает. Периодически на лице появляются гримасы, которые усиливаются, если попытаться его остановить, когда идет. Контакт установить не удается. Речь отсутствует. Редко бессмысленно кричит, мычит. Иногда зевает. Агрессии к окружающим не проявляет. Себя не обслуживает. Нуждается в постоянном уходе. Физиологические отправления — в памперс. Спит спокойно. Рост — 178 см, масса тела — 68 кг, ИМТ — 21,46 (норма).

Динамика состояния и лекарственное лечение: в период нахождения в отделении проводилась терапия (одновременно или в разные периоды) цитиколином 2000 мг/сут парентерально, мексантином 20 мг/сут перорально, церебролизин 50 мл/сут парентерально, холина альфосцератом 1000 мг/сут парентерально, инозином + никотинамидом + рибофлавином + янтарной кислотой 20 мл/сут парентерально, рисперидоном 3 мг/сут перорально (для ослабления двигательного беспокойства). Назначение лекарственных средств осуществлялось на основании регулярных консилиумов психиатров, неврологов и реаниматологов. За время нахождения в отделении ослабли хаотичные движения.

Динамика пищевого и лекарственного поведения, кормление и введение лекарственных средств: в течение всего периода нахождения в отделении самостоятельно не ел. Накормить не удавалось, пищу не глотал. В биохимическом анализе крови: общий белок — 55 г/л (норма — от 57 г/л), альбумин — 29,9 г/л (норма — от 32 г/л). Кормление и пероральный прием лекарств осуществлялись через назогастральный зонд. Смена зонда проводилась каждые 3 дня. Использовали смесь для зондового энтерального питания «Фрезубин ВП 2 ккал» — 1000 мл/сут, бульоны, кисели, компот — 1000 мл/сут. Во время кормления хаотичные движения прекращались. Лежал абсолютно спокойно, исчезали гримасы. Меры физического сдерживания во время кормления не применялись.

Исход стационарного лечения. Находился в отделении 20 дней. Состояние перед выпиской — без значительных перемен (за исключением ослабления двигательного беспокойства). Масса тела — 70 кг, ИМТ — 22,09 (норма, повышение в сравнении с исходным значением).

Обсуждение

Представленные истории болезни ярко иллюстрируют проблему стойкого отказа от еды у пациентов психиатрического стационара. В настоящее время, конечно, вряд ли встречаются столь тяжелые случаи, которые описывались до появления психотропных средств, когда больные отказывались от еды месяцами или даже годами [3, 6, 8, 9, 29]. Однако клинический опыт свидетельствует о том, что отказ от приема пищи в течение нескольких недель (или более длительная невозможность ее приема — см. клиническое наблюдение пациента М.) не является редким для современной психиатрической практики. В связи с этим удивительным выглядит тот факт, что в современных фундаментальных руководствах по психиатрии (при огромном объеме изложенной в них информации, например при описании психических расстройств при очень редко встречающихся

соматических заболеваниях) полностью отсутствуют разделы, посвященные вопросу отказа психически больных от еды [35–37]. Сложилась ли такая ситуация непреднамеренно или по определенным мотивам — остается только догадываться. Логичным представляется ее исправление в будущем в виде описания проблемы отказа психически больных от еды и особенно вопроса медицинской тактики в такой

ситуации в разделе «жизнеугрожающие состояния», или «расстройства пищевого поведения» / «расстройства, связанные с едой», или «уход за психически больными», поскольку практикующие психиатры, особенно молодые специалисты, сталкиваясь с тем или иным клиническим случаем, часто обращаются за помощью именно к фундаментальным изданиям по психиатрии.

ЛИТЕРАТУРА / REFERENCES

1. Корсаков СС. Курс психиатрии: Учебник. 3-е изд. Т. 1. Москва: Общество для пособия нуждающимся студентам Императорского Московского университета; 1913. 523 с. [Korsakov SS. *Kurs psikhiiatrii: Uchebnik* [Psychiatry Course: Textbook]. 3rd ed. Vol. 1. Moscow: Society for the Benefit of Needy Students of the Imperial Moscow University; 1913. 523 p. (In Russ.)].
2. Рыбаков ФЕ. Душевные болезни. Москва: Издание М.М. Аникина и А.С. Мокроусова; 1916. 488 с. [Rybakov FE. *Dushevnyye bolezni* [Mental illness]. Moscow: Edition of MM Anikin and AS Mokrousov; 1916. 488 p. (In Russ.)].
3. Осипов ВП. Курс общего учения о душевных болезнях. Берлин: Государственное издательство РСФСР; 1923. 723 с. [Osipov VP. *Kurs obshchego ucheniya o dushevnykh boleznyakh* [General Doctrine Course on Mental Illness]. Berlin: State Publishing House of the RSFSR; 1923. 723 p. (In Russ.)].
4. Гиляровский ВА. Психиатрия: Руководство для врачей и студентов. Москва—Ленинград: Государственное медицинское издательство; 1931. 660 с. [Gilyarovskiy VA. *Psikhiatriya: Rukovodstvo dlya vrachey i studentov* [Psychiatry: A Guide for Physicians and Students]. Moscow — Leningrad: State Medical Publishing House; 1931. 660 p. (In Russ.)].
5. Гиляровский ВА. Психиатрия: Руководство для врачей и студентов. 4-е изд. Москва: Медгиз; 1954. 520 с. [Gilyarovskiy VA. *Psikhiatriya: Rukovodstvo dlya vrachey i studentov* [Psychiatry: A Guide for Physicians and Students]. 4th ed. Moscow: Medgiz; 1954. 520 p. (In Russ.)].
6. Кербилов ОВ, Озеретский НИ, Попов ЕА, Снежневский АВ. Учебник психиатрии. Москва: Медгиз; 1958. 368 с. [Kerbikov OV, Ozeretskiy NI, Popov EA, Snezhnevskiy AV. *Uchebnik psikhiiatrii* [Psychiatry textbook]. Moscow: Medgiz; 1958. 368 p. (In Russ.)].
7. Авруцкий ГЯ. Неотложная помощь при психических заболеваниях. Москва: Медгиз; 1960. 88 с. [Avrutskiy GYA. *Neotlozhnaya pomoshch' pri psikhicheskikh zabolevaniyakh* [Urgent care for mental illness]. Moscow: Medgiz; 1960. 88 p. (In Russ.)].
8. Молохов АН. О кататонической форме шизофрении и ее проблематике. В кн.: Мо-
лохов АН, Златан БД, редакторы. Клиника шизофрении. Кишинев: Картия Молдовенячкэ; 1967. С. 19–34. [Molokhov AN. On the catatonic form of schizophrenia and its problems. In: Molokhov AN, Zlatan BD, editors. *Klinika shizofrenii* [Clinic of schizophrenia]. Kishinev: Kartya Moldovenyachke; 1967. P. 19–34 (In Russ.)].
9. Тинтук ММ. Об отказе от еды у кататоников. В кн.: Молохов АН, Златан БД, редакторы. Клиника шизофрении. Кишинев: Картия Молдовенячкэ; 1967. С. 113–8. [Tintuk MM. Refusal to eat in catatonic people. In: Molokhov AN, Zlatan BD, editors. *Klinika shizofrenii* [Clinic of schizophrenia]. Kishinev: Kartya Moldovenyachke; 1967. P. 113–8 (In Russ.)].
10. Бреднев АГ. Кататонический ступор при атеросклерозе сосудов головного мозга. В кн.: Молохов АН, Златан БД, редакторы. Клиника шизофрении. Кишинев: Картия Молдовенячкэ; 1967. С. 198–203. [Brednev AG. Catatonic stupor in atherosclerosis of the cerebral vessels. In: Molokhov AN, Zlatan BD, editors. *Klinika shizofrenii* [Clinic of schizophrenia]. Kishinev: Kartya Moldovenyachke; 1967. P. 198–203 (In Russ.)].
11. Мейер НН. Лечение маниакально-депрессивных психозов. В кн.: Груле Г, Юнг Р, Майер-Гросс В, М. Мюллер М, редакторы. Клиническая психиатрия (перевод с нем., редактор Федотов ДД). Москва: Медицина; 1967. С. 102–18. [Meyer NN. Treatment of manic-depressive psychosis. In: Grule G, Jung R, Mayer-Gross V, Muller M, editors. *Klinicheskaya psikhiiatriya* [Clinical Psychiatry] (translated from Germ., editor Fedotov DD). Moscow: Medicine; 1967. P. 102–18 (In Russ.)].
12. Гращенко НН, Снежневский АВ, редакторы. Справочник невропатолога и психиатра. 2-е изд. Москва: Медицина; 1968. 580 с. [Grashchenkov NI, Snezhnevskiy AV, editors. *Spravochnik nevropatologa i psikhiiatra* [Reference book of the neuropathologist and psychiatrist]. 2nd ed. Moscow: Medicine; 1968. 580 p. (In Russ.)].
13. Портнов АА, Федотов ДД. Психиатрия: Учебник. 3-е изд. Москва: Медицина; 1971. 472 с. [Portnov AA, Fedotov DD. *Psikhiiatriya: Uchebnik* [Psychiatry: Textbook]. 3rd ed. Moscow: Medicine; 1971. 472 p. (In Russ.)].
14. Смулевич АБ. Скорая и неотложная психиатрическая помощь. В кн.: Снежневский АВ, редактор. Справочник по психиатрии. Москва: Медицина; 1974. С. 297–306. [Smulevich AB. Ambulance and emergency psychiatric care. In: Snezhnevskiy AV, editor. *Spravochnik po psikhiiatrii* [Handbook of Psychiatry]. Moscow: Meditsina; 1974. P. 297–306 (In Russ.)].
15. Авруцкий ГЯ. Неотложная помощь в психиатрии. Москва: Медицина; 1979. 184 с. [Avrutskiy GYA. *Neotlozhnaya pomoshch' v psikhiiatrii* [Urgent care in psychiatry]. Moscow: Medicine; 1979. 184 p. (In Russ.)].
16. Смулевич АБ. Лечение психических болезней. В кн.: Снежневский АВ, редактор. Справочник по психиатрии. 2-е изд. Москва: Медицина; 1985. С. 264–300. [Smulevich AB. Treatment of mental illness. In: Snezhnevskiy AV, editor. *Spravochnik po psikhiiatrii* [Handbook of Psychiatry]. 2nd ed. Moscow: Meditsina; 1985. P. 264–300 (In Russ.)].
17. Эграс У. Расстройства пищевого поведения. В кн.: Шейдер Р, редактор. Психиатрия. 2-е изд. Москва: Практика; 1998. С. 88–98. [Egras U. Eating disorders. In: Shader R, editor. *Psikhiiatriya* [Psychiatry]. 2nd ed. Moscow: Praktika; 1998. P. 88–98 (In Russ.)].
18. Бройтиган В, Кристиан П, Рад М. Психосоматическая медицина. Москва: ГЭОТАР-Медицина; 1999. 376 с. [Broytigam V, Kristian P, Rad M. *Psikhosomaticheskaya meditsina* [Psychosomatic medicine]. Moscow: GEOTAR-Meditsina; 1999. 376 p. (In Russ.)].
19. Сухарева ГЕ. Клинические лекции по психиатрии детского возраста. Т. 1. Москва: Медгиз; 1955. 460 с. [Sukhareva GE. *Klinicheskiye lektzii po psikhiiatrii detskogo vozrasta* [Clinical lectures on child psychiatry]. Vol. 1. Moscow: Medgiz; 1955. 460 p. (In Russ.)].
20. Полянская ОВ, Куташов ВА. Клинический случай лечения постинсультной депрессии с расстройством сна и отказа пациента от еды. *Прикладные информационные аспекты медицины*. 2017;20(2):127–38. [Polyanskaya OV, Kutashov VA. A clinical case of the treatment of post-stroke depression with sleep disorder and patient refusal to eat. *Prikladnyye informatsionnyye aspekty meditsiny*. 2017;20(2):127–38 (In Russ.)].

21. Суханов СА. О меланхолии. Санкт-Петербург: Практическая медицина; 1906. 42 с. [Sukhanov SA. *O melankholii* [About melancholy]. St. Petersburg: Prakticheskaya meditsina; 1906. 42 p. (In Russ.)].
22. Машковский МД. Лекарственные средства. 6-е изд. Т. 1. Москва: Медицина; 1967. 708 с. [Mashkovskiy MD. *Lekarstvennyye sredstva* [Medicines]. 6th ed. Vol. 1. Moscow: Meditsina; 1967. 708 p. (In Russ.)].
23. Машковский МД. Лекарственные средства. 13-е изд. Т. 1. Москва: Медицина; 1997. 544 с. [Mashkovskiy MD. *Lekarstvennyye sredstva* [Medicines]. 13th ed. Vol. 1. Moscow: Meditsina; 1997. 544 p. (In Russ.)].
24. Серейский МЯ; редактор Посвянский ПБ. Терапия психических заболеваний. Москва: Центральный научно-исследовательский институт психиатрии МЗ РСФСР; 1948. 295 с. [Sereyskiy MYa; editor Posvyanskiy PB. *Terapiya psikhicheskikh zabolevaniy* [Therapy for mental illness]. Moscow: Central Research Institute of Psychiatry, Ministry of Health of the RSFSR; 1948. 295 p. (In Russ.)].
25. Серейский МЯ. Психические болезни. В кн.: Рафалькес СБ, редактор. Терапевтический справочник. 4-е изд. Т. 2. Москва: Медгиз; 1947. С. 75-123. [Sereyskiy MYa. Mental illness. In: Rafal'kes SB, editor. *Terapevticheskiy spravochnik* [Therapeutic reference book]. 4th ed. Vol. 2. Moscow: Medgiz; 1947. P. 75-123 (In Russ.)].
26. Сливко ИМ. Психические заболевания. В кн.: Родионов ПВ, редактор. Рецептурный справочник. Киев: Госмедиздат УССР; 1955. С. 77-87. [Slivko IM. Mental illness. In: Rodionov PV, editor. *Retsepturnyy spravochnik* [Prescription reference book]. Kiev: Gosmedizdat USSR; 1955. P. 77-87 (In Russ.)].
27. Жариков НМ, Тюльпин ЮГ. Психиатрия: Учебник. Москва: Медицина; 2000. 544 с. [Zharikov NM, Tyul'pin YuG. *Psikhiatriya: Uchebnik* [Psychiatry: Textbook]. Moscow: Meditsina; 2000. 544 p. (In Russ.)].
28. Тюльпин ЮГ. Неотложные состояния в психиатрии. В кн.: Иванец НН, Тюльпин ЮГ, Чирко ВВ, Кинкулькина МА. Психиатрия и наркология: Учебник. Москва: ГЭОТАР-Медиа; 2006. С. 629-47. [Tyul'pin YuG. Emergencies in psychiatry. In: Ivanets NN, Tyul'pin YuG, Chirko VV, Kinkul'kina MA. *Psikhiatriya i narkologiya: Uchebnik* [Psychiatry and Narcology: Textbook]. Moscow: GEOTAR-Media; 2006. P. 629-47 (In Russ.)].
29. Михеев ВВ, Невзорова ТА. Нервные и психические болезни: Учебник. Москва: Медгиз; 1953. 328 с. [Mikheyev VV, Nevzorova TA. *Nervnyye i psikhicheskkiye bolezni: Uchebnik* [Nervous and Mental Diseases: Textbook]. Moscow: Medgiz; 1953. 328 p. (In Russ.)].
30. Каплан НИ, Садок БД. Клиническая психиатрия: Пер. с англ., глав. ред. ТБ Дмитриева. Москва: ГЭОТАР-Медицина; 1998. 512 с. [Kaplan NI, Sadock BJ. *Klinicheskaya psikhia-triya* [Clinical Psychiatry]: Transl. from Engl. Editor Dmitriyeva TB. Moscow: GEOTAR-Meditsina; 1998. 512 p. (In Russ.)].
31. Каплан ГИ, Сэдок БДж. Клиническая психиатрия: Пер. с англ. Т. 2. Москва: Медицина; 1994. 528 с. [Kaplan HI, Sadock BJ. *Klinicheskaya psikhia-triya* [Clinical Psychiatry]: Transl. from Engl. Vol. 2. Moscow: Meditsina; 1994. 528 p. (In Russ.)].
32. Кекелидзе ЗИ, Чехонин ВП. Критические состояния в психиатрии (клинические и иммунохимические аспекты). Москва: Издательство ГНЦССП им. В.П. Сербского; 1997. 362 с. [Kekelidze ZI, Chekhonin VP. *Kriticheskiye sostoyaniya v psikhiatrii (klinicheskkiye i immunokhimicheskkiye aspekty)* [Critical conditions in psychiatry (clinical and immunochimical aspects)]. Moscow: Publishing house of V.P. Serbskiy National Medical Research Center for Psychiatry and Narcology; 1997. 362 p. (In Russ.)].
33. Коркина МВ. Дисморфомания в подростковом и юношеском возрасте. Москва: Медицина; 1984. 224 с. [Korkina MV. *Dismorfomaniya v podroostkovom i yunosheskom vozraste* [Dysmorphomania in adolescence and adolescence]. Moscow: Meditsina; 1984. 224 p. (In Russ.)].
34. Голдовт ЮД, Урванцев ИФ, Чикин ОИ. Лекарственные препараты. 2-е изд., (ред. Урванцев ИФ). Минск: Издательство Академии наук БССР; 1961. 444 с. [Goldovt YuD, Urvantsev IF, Chikin OI. *Lekarstvennyye preparaty* [Medications]. 2nd ed. (Urvantsev IF, editor). Minsk: Izdatel'stvo Akademii nauk BSSR; 1961. 444 p. (In Russ.)].
35. Тиганов АС, редактор. Руководство по психиатрии. Т. 1. Москва: Медицина; 1999. 712 с. [Tiganov AS, editor. *Rukovodstvo po psikhiatrii* [Psychiatric Guide]. Vol. 1. Moscow: Meditsina; 1999. 712 s. (In Russ.)].
36. Тиганов АС, редактор. Руководство по психиатрии. Т. 2. Москва: Медицина; 1999. 784 с. [Tiganov AS, editor. *Rukovodstvo po psikhiatrii* [Psychiatric Guide]. Vol. 2. Moscow: Meditsina; 1999. 784 s. (In Russ.)].
37. Александровский ЮА, Незнанов НГ, редакторы. Психиатрия: Национальное руководство. 2-е изд. Москва: ГЭОТАР-Медиа; 2018. 1008 с. [Aleksandrovskiy YuA, Neznakov NG, editors. *Psikhiatriya: Natsional'noye rukovodstvo* [Psychiatry: National Guidelines]. 2nd ed. Moscow: GEOTAR-Media; 2018. 1008 p. (In Russ.)].

Поступила/отрецензирована/принята к печати

Received/Reviewed/Accepted

20.12.2020/26.01.2021/29.01.2021

Заявление о конфликте интересов/Conflict of Interest Statement

Статья спонсируется компанией «Фрезениус Каби». Спонсор участвовал в разработке проекта исследования и поддерживал исследование, а также принятии решения о представлении статьи для публикации. Конфликт интересов не повлиял на результаты исследования. Авторы несут полную ответственность за предоставление окончательной версии рукописи в печать. Все авторы принимали участие в разработке концепции статьи и написании рукописи. Окончательная версия рукописи была одобрена всеми авторами.

This article has been supported by Fresenius-Kabi. The sponsor has participated in the development of the investigation project and supported the investigation program, as well as in the decision to submit the article for publication. The conflict of interest has not affected the results of the investigation. The authors are solely responsible for submitting the final version of the manuscript for publication. All the authors have participated in developing the concept of the article and in writing the manuscript. The final version of the manuscript has been approved by all the authors.

Данилов Д.С. <http://orcid.org/0000-0002-9589-3707>

Котик (Мацнева) М.Е. <https://orcid.org/0000-0002-8589-7990>

Яковлева И.И. <https://orcid.org/0000-0002-6516-2161>