

Sunkūs ir ilgalaikiai valgymo sutrikimai (SEED): 18 metų sergančiojo nervine anoreksija atvejo analizė

Brigita BAKS, Daiva PUPŠYTĖ, Rimantė KIRSNYTĖ
VPSC Universitetinis valgymo sutrikimų centras, Vilnius, Lietuva

SANTRAUKA

Nervinė anoreksija – tai liga, turinti didžiausią mirtingumo rodiklį iš visų psichikos sutrikimų, sergantieji miršta nuo fizinės sveikatos sutrikimų, ir nusižudo. Sergantysis nervine anoreksija vengia bet kokio pokyčio, tai yra raidos sutrikimas, trikdantis psichofiziologinį brendimą, asmenybės raidą, emocijų plėtrą ir socialinį prisitaikymą. Ilgalaikės lėtinės nervinės anoreksijos gydymas yra paliatyvus, palaikomasis (angl. *holding*), skiriamas atsargiai, pamatuotai, pagal aptartą intensyvumą. Ypač svarbūs paciento ir gydytojo terapiniai santykiai, bendradarbiavimas ir nepertraukiamas gydymas. Šiame straipsnyje aptariamas 36 m. moters, sergančios sunkia ir ilgalaikė nervine anoreksija, atvejis.

ĮVADAS

Nervinė anoreksija – tai liga, turinti didžiausią mirtingumo rodiklį iš visų psichikos sutrikimų, sergantieji miršta nuo fizinės sveikatos sutrikimų, dalis jų nusižudo (Treasure, NICE, Valgymo sutrikimų gydymo gairių redakcija, p. 398–400; 2010). Daugelio tyrėjų pabrėžiama ankstyvosios intervencijos nauda sergant anoreksija, 90 proc. pacientų pasiekama gerų ilgalaikių rezultatų, jeigu jie pradedami gydyti per trejus metus nuo ligos pradžios palyginus su 20 proc. pacientų, kurių gydymas buvo pradėtas po trejų metų. Svarbus specialistų apmokymas kompetentingai spręsti problemas, susijusias su valgymo sutrikimais, kuo anksčiau į gydymo procesą įtraukti kitų medicinos sričių specialistus. Whitney ir kt. (p. 444–449) išsamiai išnagrinėjo sergančiųjų anoreksija tėvų pastebėjimus, kaip šeimos intervencijos dalį – tėvai pripažino anoreksiją lėtine ir neįgalumą sukeliančia liga, nuvertino ir smerkė save, manydami, kad jie prisidėjo prie savo vaiko ligos, jautėsi bejėgiai padėti vaikui sveikti. Tėvų, kurie lieka vieninteliai šalia metų metus sergančio anoreksija vaiko, apmokymas suprasti ir valdyti ligą gali sumažinti šiuos neigiamus tarpasmeninius įsitikinimus ir turėti teigiamą poveikį sergančiajam. Anoreksijos psichologinių motyvų supratimas padeda pasirinkti gydymą, ištvirti nuolatinę frustraciją, laukiamų rezultatų nebuvimą, nuolatinį mirties realumą.

Sergantysis nervine anoreksija vengia bet kokio pokyčio – tai tarsi brendimo „imobilizavimas“. Tai yra raidos sutrikimas, trikdantis psichofiziologinį brendimą, pažinimo funkcijų vystymąsi, problemų sprendimo ir conceptualų suvokimą, socialinį prisitaikymą, asmenybės ir emocijų plėtrą, įskaitant savigalbos sampratą, bei tapatybės formavimąsi (sergančiųjų nervine anoreksija komplikacijų sąrašas pateikiamas 1 lentelėje, pgl. Waller ir kt., 2007). Dėl ligos vėluoja arba regresuoja kai kurios arba visos organizmo sistemos.

Vilties teikia tai, jog, pavykus pacientą įtraukti į gydymo

procesą, įmanoma sustabdyti ligos progresavimą, be to, dauguma pasveiko per 5–6 metus. Tačiau sveikimą dažnai sunkina nervine anoreksija sergančiojo gretutinės ligos ir sutrikimai: depresija, obsesinis kompulsinis sutrikimas, socialinės fobijos požymiai, asmenybės rigidiškumas, polinkis į ritualizuotą elgesį, perfekcionizmas.

Ilgalaikės anoreksijos atveju būdingas bet kokių pokyčių vengimas, kiekvieną kartą susidūrus su kompleksine arba abstrakčia problema, dėmesys sumažinamas, supaprastinamas iki kartojamų ritualų. Apetitas, blaškančios, nerimą keliančios emocijos sureguliuojamos per pacientui subjektyviai jaučiamą saugų kartojimą, perdėtą discipliną, rigidišką elgesį. Taigi, gydymo laukiami rezultatai: normalizuojasi svoris, endokrininė sistema, raidos ir brendimo pokyčiai išjudina paciento trapią ir kartu rigidišką sistemą. Dėl to vėl griebiamasi vienintelio pseudosaugumą užtikrinančio elgesio – jokių pokyčių.

Freeman'as (2002) įvardija dažniausias kliūtis nervinės anoreksijos atveju, trukdančias pasveikti: pokyčių baimė (nesvarbu, koks sunkus bebūtų esamas „status quo“), baimė prarasti kontrolę (nepaisant to, kad sergantysis jau yra kontroliuojamas ligos), nepakankamas išitraukimas į gydymo procesą, izoliacija (anoreksijos atveju socialinis žmogaus gyvenimas dažniausiai yra ribotas) ir save žlugdantys mechanizmai. Samelson'as (2009) taip pat nurodo keletą priežasčių, trukdančių sergančiajam anoreksija pasveikti: motyvacijos trūkumas, nereali tikslai ir lūkesčiai, perfekcionizmas ir anoreksiją lydinčios būsenos, pvz., nerimas, obsesinis–kompulsinis sutrikimas ir depresija (cit. pg. Page, 2010). Tiriant sergančiuosius nervine anoreksija, dažniausiai įtraukiami tokie asmenybės bruožai, kaip rigidiškumas, labai stipri (angl. *overcontrolling*) emocijų ir elgesio kontrolė, obsesiškumas (Klump ir kt., 2000). Vienas pagrindinių nervine anoreksija sergančiųjų bruožas – perfekcionizmas, kuris dažniausiai prisideda prie rigidiško ir obsesyvaus elgesio, yra susijęs su priešinimusi gydymui bei atkryčiais (Bastiani ir kt., 1995). Pokyčių baimė, sergant anoreksija, dažniausiai yra susijusi su labai stipria baime priaugti svorio – visa tai skatina sergančiuosius palaikyti daug mažesnę nei vidutinį svorį. Kartu yra perfekcionizmas su siekiu griežtai kontroliuoti svorį ir maistą (University of Maryland Medical Center, 2011).

Svarbu terapeuto ir paciento bendradarbiavimas sunkios ir ilgalaikės anoreksijos atveju, stengiamasi išvengti panikos ir regreso, kuris sąlygoja tik badavimo suintensyvėjimą ir gydymo nutraukimą, t. y. grįžimą į liguistą būseną. Tačiau būtina atsižvelgti į tai, kiek laiko artimieji geba toleruoti su sergančiuoju ir neperkrauti neigiamomis emocijomis kantrybei išsekus. Susidomėjimą hobiu, intelektine veikla, kurioje pacientas galėtų jausti malonumą ir sugebėjimus, gali

1 lentelė. Sergančiųjų nervine anoreksija sveikatos komplikacijos (pgl. Waller ir kt., 2007)

Organizmo veiklos sutrikimai	Dažniausi simptomai
Virškinimo sistema	Sulėtėjęs skrandžio išsituštinimas, dėl to jaučiamas „pilnumas“ net ir nuo mažo maisto kiekio Vidurių užkietėjimas Išsipūtimo jausmas Pilvo skausmai
Vaisingumas	Dingusios, nereguliarios mėnesinės Sumažėjęs vaisingumas, nevaisingumas Nėštumo atveju vaisius yra didelėje rizikos grupėje, jei motina valgo nepakankamai
Kraujo tyrimų pokyčiai	Mažas gliukozės kiekis, dėl to galimi persivalgymo priepuoliai, gali būti sutrikusi dėmesio koncentracija Anemija Padidėjusi infekcijų rizika Padidėjęs cholesterolio kiekis
Tolerancija šalčiui	Sumažėjusi tolerancija šalčiui Nutirpusios, šaltos galūnės (pirštai, nosis) Plaukų augimas ant veido ir nugaros (lanugo)
Širdies ir kraujagyslių sistema	Žemas kraujo spaudimas – galvos svaigimas, alpimas Retas pulsas Nereguliarus širdies ritmas (prieširdžių virpėjimas) Patinusios pėdos ir kulkšnys (edema)
Kaulų sistema	Osteoporozė Sumažėjęs kaulų tankis ir masė – didėja osteoporozės rizika vyresniame amžiuje
Dantų pokyčiai	Dantėnų problemos: dantėnų kraujavimas, silpnumas Ilgalaikė dantų erozija Dantų netekimas
Šlapinimosi sistema	Inkstų infekcijos Sutrikusi šlapimo pūslės kontrolė
Raumenų sistema	Raumenų netekimas, nusilpimas
Emocinė būseną	Irzlumas Depresija Sunkumas susikaupti Socialinės izoliacijos jausmas Nuovargis, išsekimas Nerimas Nuolatinės mintys apie maistą
Kita	Suprastėjęs miegas

stimuluoti jo kognityvinę veiklą. Nuolatinis fizinės būklės stebėjimas ir aptarimas, priimant sprendimus kartu su pacientu, gali stabdyti būklės blogėjimą. Taip pat svorio kritimo stabilizavimas, lėtas jo atstatymas, kai sutariama valgyti įvairų maistą (dažniausiai 1200 kcal per dieną sergantieji gana gerai toleruoja). Pagerėjimo galima tikėtis tik po būklės stabilizavimo, jeigu pavyksta, kad pacientas nenutrauktų gydymo, dažniausiai nepaprastai mažais žingsneliais, užstringant kitame etape ir t. t. Sunkiai ir ilgalaikiai anoreksijai

gydyti reikia terapeuto gebėjimų ištoleruoti nuolatinę mirties grėsmę, ištvirti monotoniją, sugebėti be perdėto nerimo konfrontuoti su krizėmis.

Klinikinis atvejis

36 metų moteris B. serga sunkia ir ilgalaikė nervine anoreksija. 2011 m. ji buvo pakartotinai paguldyta į Vilniaus miesto psichikos sveikatos centro (VPMSC) Valgymo sutrikimų skyrių dėl nervinės anoreksijos, F50.0 ir šizotipinio sutrikimo, F.21. Klinikoje vyraujant kraštutiniam išsekimui dėl maisto ribojimo, KMI = 11,1 (ūgis – 163 cm; svoris – 29,5 kg), antrinei amenorėjai, sutrikusiai daugelio organų veiklai, psichomotoriniam sulėtėjimui, esant prastai nuotaikai, blankioms emocijoms, neigimui ir socialinei dezadaptacijai.

Trumpa gyvenimo istorija

B. yra vienintelis vaikas šeimoje, netekėjusi, vaikų neturi. Visą gyvenimą gyveno kartu su motina, šiuo metu jos kartu gyvena trijų kambarių bute. Motina 63 metų, išsilavinimas aukštasis, dirba ikimokyklinio ugdymo įstaigoje. Tėvas žuvo autoavarijoje, kai B. buvo treji metai. B. prisimena, jog tada kai jai buvo 12 metų, mama turėjo vedusį draugą, kuris ateidavo vakarais ir pasilikdavo nakvoti, o mama ją mušė, nes ji nemiega (tada gyveno 1 kambario bute). B. teigimu, motina yra rūpestinga, gera, tačiau griežtoka. Anksčiau santykius vadino įtemptais, o šiuo metu B. teigimu jos sutaria gerai.

Nėštumo laikotarpis ir gimdymas praėjo be komplikacijų. Psichomotorinė raida atitiko amžių. Nuo 10 mėnesių buvo atiduota į lopšėlį, motinos teigimu, adaptavosi gerai. Nuo ankstyvos vaikystės buvusi uždaro būdo, mėgo būti viena, nemėgo didelių susibūrimų, vakarėlių, nelankė būrelių. Labai mėgo skaityti. Motinos teigimu, jau pirmoje klasėje B. skaitė Lenino „Raštus“. Mokykloje mokslai sekėsi gerai, mokėsi vien penketais, buvo labai pareiginga. Vis dėlto buvo labai jautri, nepasitikėjo savo jėgomis. Prieš kiekvieną egzaminą labai stipriai nerimavo, sakydavo, jog nieko nemoka, nors rezultatai visuomet buvo labai geri. Labai jautriai reaguodavo į kritiką, verkdamas dėl pažymių. Motinos teigimu, B. buvusi „kitokia, keista“. Pati B. teigia, jog visada jautė motinos spaudimą mokytis, taigi, nors pati nenorėjo mokytis, bandė stoti į aukštąsias mokyklas. Tačiau, artėjant egzaminams, jautėsi labai didelę baimę ir įtampą, dėl to negalėjusi jų laikyti.

B. išsilavinimas vidurinis, toliau mokosi aukštojoje mokykloje (gydymo metu turėjo akademinės atostogas, turi 18 proc. darbingumą) ir dirba ikimokyklinio ugdymo įstaigoje. Paskutiniu metu laiką leido skaitydama, perrašinėdama tekstą iš anglų kalbos ir versdama sau naujus žodžius.

Ligos anamnezė

B. nervine anoreksija serga apie 18 metų, tačiau pati neigia ribojanti maistą dėl to, kad numestų svorio. Apskritai ji nepripažįsta turinti valgymo problemų ir mano esanti sveika. Remiantis motinos suteiktomis žiniomis, valgymo problemos prasidėjo, kai B. buvo 18 metų. Tuomet ji svėrė apie 63 kilogramus, patirdavo patyčias iš bendraklasių, vengė lankyti fizinio lavinimo pamokas. Dėl pamokų nelankymo turėjo sunkumų. Į tai reagavo itin jautriai, apie tai kalbėtis su mama bijojo, todėl mėgino žudytis (išgėrė dimedrolio, tačiau motina suteikė pirmąją pagalbą – išplovė skrandį, medicininės ir psichologinės pagalbos nesikreipė). Būdama 18 metų, ėmė

riboti maistą – atsisakė mėsos, ėmė daug sportuoti. Baigusi mokyklą, B. mėgino studijuoti universitete, tačiau sekėsi sunkiai: tapo dar uždaresnė, priešiška, jautėsi vieniša, buvo sunku bendrauti su kitais, ėmė dar labiau riboti maistą (pvz., per dieną suvalgydavo tik indelį jogurto). Vengė bendrauti, draugų beveik neturėjo, tiesiog nenorėjo „atkreipti į save dėmesio“. Dėl valgymo įpročių daug melavo, išsisukinėjo. Tuo metu svoris nukrito iki 45 kg, B. buvo gydoma psichiatrijos skyriuje, savijauta pagerėjo. Vėliau motinos iniciatyva B. buvo konsultuota profesorės iš užsienio ir gydoma „brangiais vaistais“. Kai svoris ėmė augti, B. reagavo itin jautriai, buvo labai nepatenkinta savo išvaizda, daug verkė. Prieš iki 80 kg. Vėliau svoris normalizavosi ir trejus metus svėrė apie 60 kg. Dėl pasikeitusios išvaizdos B. sulaukdavo komplimentų darbe, tačiau ji galvojusi, kad bendradarbiai tyčiojasi iš jos, todėl jautriai reagavo. Maždaug prieš 2,5 metų svoris vėl ėmė mažėti – B. ribojo maistą, tačiau kartu ėmė „valyti organizmą“, vartodama furozemidą bei bisakodilį. Ėmė kristi svoris. B. labai nusilpo, sutriko organų veikla. 2011 m. spalio mėnesio pradžioje B. jautėsi esanti stora, nustojo valgyti, gerti, vartojo vidurių laisvinamuosius vaistus, jautėsi silpna, pavargusi, negalėjo vaikščioti. Pati B. teigia, jog svoris ėmė kristi, tačiau ji valgė kaip visada, tiesiog patyrusi daug įtampos ir streso darbe. B. teigia, jog ją nuolat vargina įkyrios mintys apie svorį, apie tai, jog per daug valgo. B. teigė, jog pavalgiusi jautėsi „apsunkusi, prislopinta, negalinti produktyviai dirbti, t. y. „tobulėti“. Jos teigimu „didelės savo valios pastangomis per daugelį metų ji pasiekusi tobuliausios palaimos – jaučiasi lengva ir fiziškai, ir dvasiškai“. Motinos teigimu, tiksliai išsiaiškinti situaciją sunku, nes B. linkusi nuolat meluoti ir manipuliuoti.

Paskutiniu metu B. vis dar mokėsi, išlaikė vieną egzaminą, nedirbo, nes turėjo nedarbingumą. Vis dėlto iš namų, išskyrus mokymosi įstaigą, niekur neidavo, su niekuo beveik nebendraudavo, laiką leisdavo namie – „daug tvarkėsi, valėsi namuose“. Visą laiką jautė nerimą, įtampą, apatiją, buvo sunku prisitaikyti prie aplinkos. Taip gyventi nenorėjo.

Pacientės būklė

Pacientė išsekusi, susikūpinusi, pilnai neišsitiesia. Pati neatsisėda lovoje, vaikšto tik kitų prilaikoma. B. skundėsi, jog „negali vaikščioti, trukdo kažkokia jėga“, kartais buvusi prasta nuotaika. B. nuolat galvoja apie atsvarą, ją kamuoja įkyrios mintys ir baimė sustorėti. Jai atrodo, kad ji jau pavalgiusi. Remiantis pokalbiu su B., ji yra sąmoninga, visapusiškai orientuota. Išvaizda netvarkinga, apsirengusi keletu sluoksnių drabužių, susivėlus. Psichomotoriškai sulėtinta. Gynybiška, sėdėjo susigūžusi, nuleidusi galvą žemyn tarsi ją nulaikyti būtų sunku. Veidas hipomimiškas, akių kontakto vengė, tačiau retkarčiais, prašydama dėl nuovargio nutraukti pokalbį, pasižiūrėdavo į akis. Kalbėjo nenoriai, tyliai. Į klausimus atsakinėjo keletu žodžių, adekvačiai, tačiau nuosekliai papasakoti apie ligą ir būklę nesugebėjo. Mąstymas sulėtėjęs, konkretus, fiksuotas, nuolat kartodavo, kad nori išsirašyti iš ligoninės „ir namuose viskas bus gerai“. Dėmesio koncentracija silpna. Vengė kalbėti apie savo problemą, užsisklėsdavo ir tylėdavo arba nukreipdavo kalbą, pvz., ar gali pasidaryti arbatos?. Prašydavo gausiai nemaitinti, nes patinka jaustis lengvai. Mąstymo turinio sutrikimų neišryškėjo. Ryškus kūno vaizdo sutrikimas. Nuotaika pažeminta, emocijos prislopintos.

Dėl savo būklės buvo nekritiška, sakė norinti vykti namo, nes ten būsią geriau. Gydytis motyvacijos neturi. Suicidines mintis neigė.

Pagal medicininių dokumentų išrašus nuo 1996 m. B. keletą kartų buvo gydyta psichiatrijos stacionaruose, nuo 2010 m. lankėsi pas psichiatrą savo gimtajame mieste. Gydomo įstaigose buvo įvertinta B. psichologinė būklė. 1999 m. psichologinio tyrimo išvada: asmenybė uždara, intravertiška, nekonformistiška. Stiprus nesaugumo, neadekvatumo supančioje aplinkoje jausmas, taip pat didelis noras kontroliuoti situaciją. Suvaržyta, įsitempusi, stokoja įgūdžių užmegzti neformalų, intymų kontaktą, daugiau linkusi apie tai fantazuoti, atsiriboti. Emocijų sfera – kontrolė pernelyg stipri, išraiška suvaržyta, prasiveržianti impulsyviomis reakcijomis. Stebėtas depresiškas nuotaikos fonas, bejėgiškumas, aplinkos spaudimo jausmas, nesaugumas, nepasitikėjimas savimi. 2011 m. buvo atliktas emocinės sferos ir mąstymo tyrimas. Emocinės sferos tyrimo rodmenys fiksavo nerimo lygio padidėjimą be ryškios depresinės simptomatikos. Mąstymo produktyvumas buvo sulėtėjęs, apibendrinant neišlaikomas tolygumas, tiriamoji rėmėsi atsitiktiniais arba latentiniais požymiais šalia konkrečių samprotavimų. Asociatyvinis procesas greitas. Asociacijos formalios, emociškai šaltos. Išvada: tyrimo duomenys fiksavo nerimo lygio padidėjimą, pastebėta mąstymo netolygumų, emocinis šaltumas ir formalumas, asociaciniai ryšiai „pralaisvėję“.

TYRIMAI

Somatinė būklė

Pacientė išsekusi, kachetiška, poodinis riebalinis audinys, raumenys sunykę, susikūpinusi, pilnai neišsitiesia. Pati neatsisėda lovoje, vaikšto tik prilaikoma kitų, laiptais neužlipa. Tuština ir šlapinasi nevalingai. Pėdos pamėlusios ir patinusios iki kulkšnių, ties kryžkauliu 5 litų monetos dydžio pragula surandėjusiais kraštais. Ūgis – 163 cm, svoris – 29,5 kg, KMI – 11,1. Oda sausa, pilkšva, turgoras blogas, skruostai, nugara, šlaunys, tiesiamieji paviršiai pasidengę pūkeliais (*lanugo*). Raumenys sunykę. Liežuvis padengtas baltu apnašu. Plaučiuose susilpnėjęs vezikulinis kvėpavimas, karkalų neišklausoma. Širdies veikla ritmiška, AKS – 90/60 mm Hg stulpelio, ŠSD – 80 k./min. Pilvas papūstas, neskausmingas, skafoidinis. Peristaltika vangiai. Per silpnus pilvo raumenis užčiuopiama užpakalinė pilvo siena bei išmatos dešiniajame pilvo kampe. Meninginiai simptomai neigiami. Židininės neurologinės simptomatikos nėra.

Atvykusiai į VPSC UVSC VS pacientei atliktas bendrasis kraujo tyrimas. Nustatyta didelio laipsnio anemija, leukocitopenija, trombocitopenija, granulocitopenija. Užrašius EKG, rastas žemas voltažas, hipokalemijos požymių. Dėl sunkiai paimamo kraujo (pacientei visai nebėgo kraujas) kitų tyrimų atlikti nepavyko. Dėl didelio laipsnio anemijos bei išsekimo pacientė buvo perkelta į VšĮ Santariškių klinikos RITS. Ten atlikti papildomi tyrimai. Atlikus biocheminį kraujo tyrimą, rasta hipokalemija, hiponatremija, hipochloremija, hipoproteinemija, hipofosfatemija bei padidėjęs šlapalo kiekis. Skiriant kraujo komponentus, mažėjo anemijos laipsnis, didėjo eritrocitų bei hemoglobino kiekis. Elektrolitų tirpalais koreguotas kalio, natrio, chloro disbalansas. Padidėjo baltymo kiekis. Po 2–3 savaičių išryškėjo krešėjimo sistemos sutrikimai. Atlikus tyrimus, rasta, kad D-dimerai – 4160 mg/L.

Atvejo aprašymas

Padidėjo CRB – 53 mg/l, didėjo leukocitozė, atsirado uždegimo požymių. Išryškėjo pneumonija, prasidėjo viduriavimas.

Atlikti instrumentiniai tyrimai. Pilvo organų echoskopija: kepenys nepadidėjusios (135 mm), homogeniškos struktūros, audinio echogeniškumas normalus, echolaidumas normalus, kontūrai lygūs, kampai aštrūs. Tulžies pūslė normalaus dydžio, sienos nepakitusios, tulžies latakai neišsiplėtę, vartų vena nepakitusi, kraujotaka normali. Kasa normalaus dydžio – galvutė 24 mm, audinys tolygus, kontūrai lygūs, aiškūs, kasos latakas neišsiplėtęs. Inkstai normalaus dydžio, abiejuose difuziškai pakitusi parenchima – hiperechogeniškos piramidės – parenchima 20 mm, kolektorika neišsiplėtusi. Blužnis nepadidėjusi (85 mm), struktūra normali. Abdominalinė aorta neišsiplėtusi. Išvada: difuziniai inkstų pokyčiai, įtariamas nefritas.

Kojų venų dvigubas skenavimas: kairės kojos v. gastrica šakos – lėtinės trombozės požymiai. Kairėje blauzdoje giliųjų venų poūmės trombozės požymiai, dešinėje – limfostazės požymiai. Dinamikoje – pakitimai išliko tie patys. Kompiuterinė angiografija: Kraujagyslinės patologijos požymių nerasta, gausus pleuritas, gausus ascitas, papūstos plonžarnės kilpos. Krūtinės ląstos rentgenograma: plaučių priešakinėse zonose neryškių ribų infiltracija, žymesnė kairėje. Šaknys intensyvios, bet neišsiplėtusios. Kairysis sinusas ir diafragma blogai diferencijuojasi. Širdis nepadidėjusi. Aorta nepraplėsta. Tarpuplautis be pokyčių.

Išvada: abipusė centrinė pneumonija. Dinamikoje pneumonijos požymiai nyko, tačiau išryškėjo plaučių edema. Rasta stazinių pokyčių, nedidelis skysčio kiekis kairės pleuros ertmėje. Vėliau atsirado dešiniojo plaučio apatinės skilties atelektazė bei išliko skystis pleuros ertmėje. Taip pat pastebėta oro plonųjų žarnų kilpose, horizontalūs skysčių–oro paviršiai – visa tai rodė žarnų nepraeinamumą.

Stabilizavus pacientės būklę, tolesniam gydymui buvo gražinta į VPSC UVSC VS, kur buvo pakartoti tyrimai. Dinamikoje išryškėjo blogėjanti pacientės būklė. Mažėjantis eritrocitų, hemoglobino, trombocitų kiekis (BKT bei elektrolitų tyrimų rodmenys gydymo metu pateikiami 2, 3, 4 lentelėje). Didėjo kreatinino, CRB kiekis. Atlikus krešėjimo sistemą vertinančius tyrimus, rastas prailgėjęs DATL iki 300 sek., D-dimerai – 819 mg/l. Įvertinus visus tyrimus, galima daryti prielaidą, kad pacientei, dar gydomai Hepatologijos ir gastroenterologijos skyriuje, jau buvo prasidėjęs DIK sindromas. Kraujo rodikliai normalizavosi tik skyrus simptominių gydymą.

GYDYMAS

Pacientei buvo sulašintos šešios dozės eritrocitų masės, skirtos kristaloidų infuzijos, elektrolitų korekcija, skirta B vitaminų (B1, B6, vit. C), diuretikų, antibiotikų (tiamino 250 mg į veną (7 d.), metronidazolium 250 mg 1 × 3/d. (8 d.), unasyn 1,5 g × 3/d. (4 d.), cefotaxinum 1,0 g × 2/d į veną (13 d.),

2 lentelė. Bendrojo kraujo tyrimo rodmenų (leuk, NEU, LYM, MON, EOS, BAS, Eritr, Hgb) pokyčiai gydymo metu 2011 m. spalio 25 d.–gruodžio 9 d.

Tyrimas atliktas	Leuk	NEU	LYM	MON	EOS	BAS	Eritr	Hgb
Spalio 25 d.	3,75	3,11	0,42	0,23	0	0	2,832	42,2
Lapkričio 17 d.	18,39	17,25	0,17	0,83	0,01	0,01	3,46	71
Gruodžio 1 d.	22,7	21,82	0,43	0,35	0	0,09	4,232	106,8
Gruodžio 3 d.	18,26	17,07	0,52	0,61	0,06	0	3,996	103,5
Gruodžio 7 d.	12,86	12,08	0,33	0,42	0,01	0,02	3,79	91
Gruodžio 9 d.	10,2			0,8			4,05	100

* Pastaba: matavimo vienetai: leuk – $\times 10^9/l$; NEU – $\times 10^9/l$; LYM – $\times 10^9/l$; MON – $\times 10^9/l$; EOS – $\times 10^9/l$; BAS – $\times 10^9/l$; eritr – $\times 10^{12}/l$; hgb – g/l.

3 lentelė. Bendrojo kraujo tyrimo rodmenų (HCT, MCV, MCH, MCHC, Trom) pokyčiai gydymo metu 2011 m. spalio 25 d.–gruodžio 9 d.

Tyrimas atliktas	HCT	MCV	MCH	MCHC	Trom
Spalio 25 d.	0,155	54,53	15,89	273	205,5
Lapkričio 17 d.	0,239	69,1	20,5	297	459
Gruodžio 1 d.	0,333	78,64	25,24	320,9	1190
Gruodžio 3 d.	0,317	79,22	25,9	326,9	826,4
Gruodžio 7 d.	0,294	77,6	24	310	646
Gruodžio 9 d.	0,315	77,8	24,7	317	513

*Pastaba: matavimo vienetai: HCT – l/l; MCV – fl; MCH – pg; MCHC – g/l; trom – $\times 10^9/l$.

4 lentelė. Elektrolitų pokyčiai gydymo metu 2011 m. spalio 25 d.–gruodžio 7 d.

Tyrimas atliktas	K	Na	Cl	Šlapalas	Kreatininas
Spalio 25 d.	2,1	142	106	9,2	80
Gruodžio 1 d.	5,1	130	100	7,8	55
Gruodžio 3 d.	4,7	126	100	8,2	59
Gruodžio 7 d.	4,56	131,7		8,2	65,2

*Pastaba: matavimo vienetai: K – mmol/l; Na – mmol/l; Cl – mmol/l; šlapalas – mmol/l; kreatininas – mkmol/l.

vancomycini 250 mg × 4 (9 d.), sol. Gentamycini 160 mg × 1 į veną (6 d.) nystatinum 500 000 × 4 (5 d.), antikoagulantai (fragmin 2500 × 1/d. į poodį); pangrol 20 000 × 3/d., nolpaza 20 mg × 1/d. Skirta Olanzapinas 5 mg/d. Pacientė buvo maitinama per nazogastrinį zondą „Nutrison standart“ 30–40 ml/val. greičiu.

2012 m. gruodžio 12 d. dėl išliekančios sunkios pacientės būklės ir reikalingos nuolatinės stebėsenos perkelta į somatinę ligoninę.

APTARIMAS IR IŠVADOS

Mokslinėje literatūroje pateikti keli atvejai, kai sergantiesiems nervine anoreksija dėl kraštutinės kacheksijos pasireiškė diseminuotos intravazalinės koaguliacijos sindromas (DIK). Apie abu atvejus paskelbė japonų mokslininkai: tai 15 metų berniukas, kuris buvo hospitalizuotas dėl masyvios ekchimozės ir dauginių įvairių organų pažeidimų; 36 metų ilgalaikė anoreksija serganti moteris, kuriai DIK sindromas pasireiškė trečiąją hospitalizacijos savaitę. Abiem atvejais buvo skiriama antikoagulantų, proteazės inhibitorių, antitrombino, perpilta trombocitų masės, o dėl atsiradusios infekcijos skirta antibakterinių preparatų, imunoglobulino. Buvo taikoma bakterinė translokacija probiotikais ir prebiotikais (sinbiotinis gydymas) kaip sepsio prevencija. Buvo svarbu pamažu normalizuoti svorį maitinant per nazogastrinį zondą.

Ypač svarbu įvertinti koagulopatiją kaip galimą ilgalaikės sunkios anoreksijos komplikaciją. Nervinės anoreksijos eiga lėtinė ir ilgalaikė, taigi, nuolat stebint fizinę būklę, galima sumažinti komorbidiškumą ir mirtinumą.

2008 m. Arkell ir Robinson paskelbė duomenis kokybės studijos, kurioje buvo tiriamos biopsichosocialinės pasekmės ilgalaikės ir sunkios anoreksijos. Vertintas neįgalumo laipsnis ir gyvenimo kokybė 11 pacientų, dešimtmetį sergančių

nervine anoreksija. Gyvenimo kokybė prilyginta sunkia ir vidutine depresija sergančiųjų. Gyvenimo įgūdžiai prilyginti vidutine schizofrenija sergančiųjų bendruomenei. Nepaisant aukštais balais įvertintų bendravimo įgūdžių ir atsakomybės, dalyviai buvo panašiai sutrikę kaip sergantieji schizofrenija turint omenyje pasirūpinimą savimi ir socialinius kontaktus. Kokybiniai duomenys rodo vidinį, asmeninį ir tarpasmeninį vengimą, sąlygojantį savęs nepriežiūrą ir socialinę atskirtį nepaisant socialinių įgūdžių.

Taigi, mūsų pristatytas atvejis rodo, kad gyvenimo kokybė ir įgūdžiai nukenčia taip pat kaip sergančiųjų sunkiomis ir ilgalaikėmis psichikos ligomis.

Terapeuto ir paciento bendradarbiavimas sunkios ir ilgalaikės anoreksijos atveju iš esmės remiasi visiškai skirtinga paradigma – terapeutas neturėtų tikėtis didelių pokyčių, prieš kiekvieną naują intervenciją būtina ilgalaikė konsultacija ir aptarimas, pabrėžiant supratimą, kad anoreksija – tiek subjektyviai sauganti pacientą, tiek ir invalidizuojanti, bet labai mažais žingsneliais gydymo tikslą galima pasiekti. Socialinių kontaktų formavimas padeda pacientams juos išlaikyti, sumažina izoliaciją ir tolesnį invalidizavimą. Nuolatinis fizinės būklės stebėjimas ir aptarimas, kartu su pacientu priimančias sprendimus, gali stabdyti būklės blogėjimą. Taip pat svarbus svorio kritimo stabilizavimas, jo lėtas normalizavimas, siekiant išvengti „atmaitinimo“ sindromo (angl. *refeeding*). Būklės gerėjimo galima pradėti tikėtis, jeigu pavyksta nenutraukti gydymo, išlaikyti terapinį santykį.

Apibendrinus galima teigti, kad ilgalaikių lėtinių nervinės anoreksijos atvejų gydymas yra paliatyvus, palaikomasis (angl. *holding*), su atsargiu, pamatuotu, aptartu intensyvumu. Ypač svarbu, kad pacientas nenutrauktų gydymo. Tada galima pastebėti somatines komplikacijas ir laiku jas gydyti.

LITERATŪRA:

1. Waller G., Cordery G., Corstorphine E., Hinrichsen H., Lawson R., Mountford V., Russell K. Cognitive Behavioral Therapy for Eating Disorders: a Comprehensive Treatment Guide // 2007, Cambridge University Press.
2. C.M.Grilo J.E.Mitchell. The treatment of eating disorders: clinical handbook // 2010, Guilford press
3. D.Nicholls, L.Hudson, F.Mahomed. Managing anorexia nervosa, Arch Dis Child // 2011, 96: 977-982
4. NICE protocols
5. Klump K., Bullik C.M., Pollice C., Halmi K.A., Fichter M.M., Berrettini W.H., Devlin B., Strober M., Kaplan A., Woodside D.B., Treasure J., Shabbout M., Lilenfeld L.R.R., Plotnicov K.H., Kaye W.H. (2000). Temperament and Character in Woman with Anorexia Nervosa // Journal of Nervous and Mental Disease, vol.188, no 9.
6. University of Maryland Medical Center (2011). Anorexia Nervosa. Prieiga per internetą: <http://www.umm.edu/altmed/articles/anorexia-nervosa-000012.htm>
7. Bastiani A.M., Rao R., Weltzin T., Kaye W.H. (1995). Perfectionism in anorexia nervosa // International Journal of Eating disorders, vol.17, Issue 2.
8. Page K. (2010). What makes Anorexia Recovery Difficult? // Eating Disorders.
9. Katamura K., Ishimoto F., Yamasaki M., Yoshimura M., Kisa T. (1992). Disseminated Intravascular Coagulation syndrome in anorexia nervosa//Pediatrics International, Vol 34, Issue 4:469-472.
10. Haruta I., Asakawa A., Ogiso K., Amitani H., Amitani M., Tsai M., Hamada S., Inui A. (2011). A case of anorexia nervosa with disseminated intravascular coagulation syndrome// Int J Eat Disord.
11. Danner U.N., Sanders N., Smeets P.A.M., Van Meer F., Adan R.A.H., Hoek H.W., Van Elburg A.A. (2012) Neuropsychological weaknesses in anorexia nervosa: set-shifting, central coherence, and decision making in currently ill and recovered women//Int J Eat Disord.
12. Strober M., Freeman R., Morrell W. (1997) The long-term course of severe anorexia nervosa in adolescents: survival analysis of recovery, relapse, and outcome predictors over 10-15 years in a prospective study// Int J Eat Disord 22(4):339-60.
13. Arkell J., Robinson P. (2008) A pilot case series using qualitative and quantitative methods: biological, psychological and social outcome in severe and enduring eating disorder (anorexia nervosa)// Int J Eat Disord 41(7):650-6.

Received 3 February 2012, accepted 2 April 2012
Straipsnis gautas 2012 02 03, priimtas 2012 04 02