

ГОСУДАРСТВЕННАЯ ОБРАЗОВАТЕЛЬНАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ
ВЫСШЕГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ
ДОНЕЦКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМ. М. ГОРЬКОГО

Кафедра психиатрии, медицинской психологии, психосоматики и психотерапии
с лабораторией психического здоровья

Коморбидность нервной анорексии у детей и подростков

Данилова Елена Михайловна, ассистент

Титиевский Сергей Владимирович, д.мед.н., профессор

Донецк, 2022



ДАННЫЕ СТАТИСТИКИ:

➤ Нервная анорексия является основной причиной смерти среди подростков и молодых людей. По оценкам, молодые люди в возрасте от 15 до 24 лет с нервной анорексией имеют в десять раз больший риск смерти по сравнению со сверстниками того же возраста.

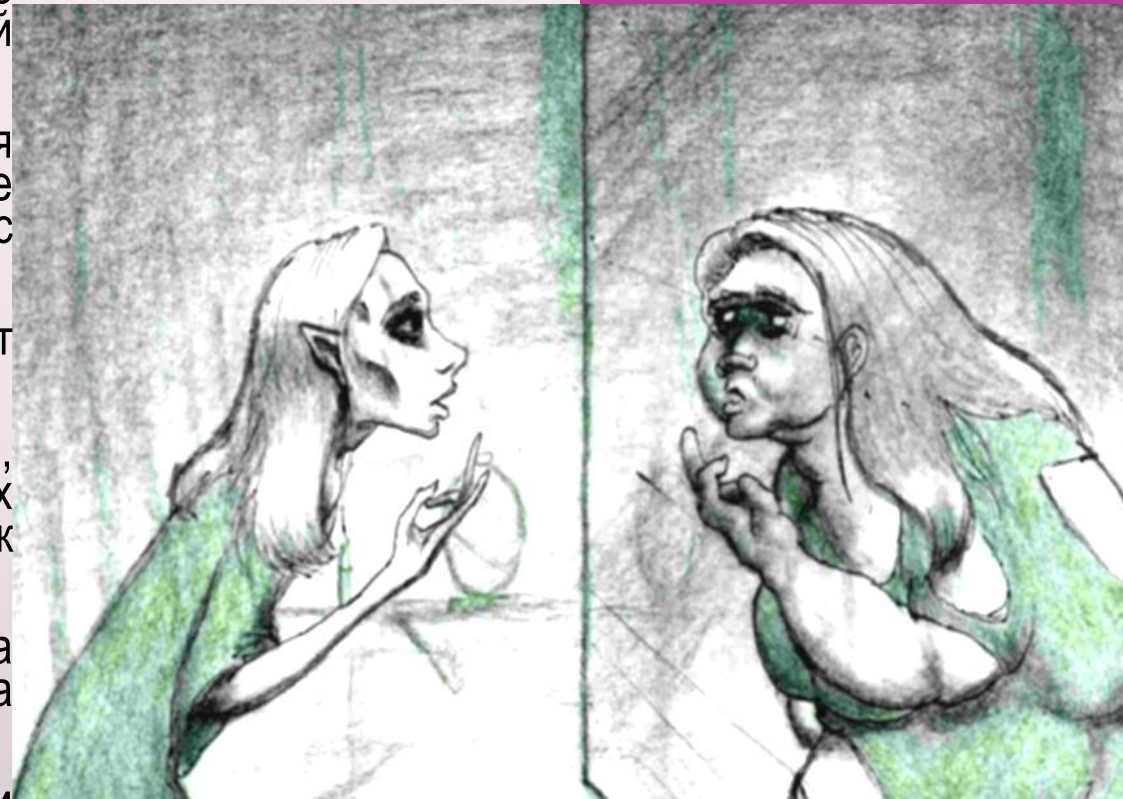
➤ Расстройства пищевого поведения существенно чаще встречаются у женщин – 10:1. У мальчиков встречаются реже, хотя в последние несколько лет расстройства появились и у мальчиков, что связано с диктованием современным обществом идеалов красоты и успеха.

➤ По статистическим данным, анорексией чаще всего болеют девушки в возрасте 16-18 лет.

➤ Данные Министерства здравоохранения Российской Федерации, полученные в результате исследования обучающихся трех крупнейших российских вузов, указывают на то, что 46% девушек страдают пищевыми расстройствами.

➤ Зарубежные исследования показывают, что нервной анорексией на планете Земля страдают 16-20% людей, и это является весьма высоким показателем.

➤ Нервная анорексия занимает третье место по длительности лечения среди психических расстройств после аффективных психозов и шизофрении частично и из-за большего количества соматических осложнений.



Клинические проявления

Критерии диагностики нервной анорексии по МКБ-10 и DSM-5

МКБ-10	DSM-5
А. Вес тела на 15% ниже нормативного. Значение индекса массы тела Кветелета равно 17,5 или ниже	А. Отказ поддерживать вес в минимальных пределах возрастной нормы или неспособность набрать 85% от ожидаемого веса за установленный период времени.
Б. Снижение веса вызывается самим пациентом путем избегания приема пищи, которая «полнит». Используются вызывание у себя рвоты, прием слабительных средств, диуретиков, препаратов, подавляющих аппетит, чрезмерные физические упражнения	В. Нарушение восприятия веса или формы своего тела; вес тела и его параметры оказывают неоправданно большое влияние на самооценку; отрицание серьезности текущих проблем, связанных с недоеданием.
В. Навязчивые и сверхценные идеи в интерпретации искаженного восприятия образа своего тела.	С. Сильный страх ожирения, несмотря на недостаток массы тела.
Г. Общие эндокринные расстройства. Аменорея у женщин, утрата либидо и снижение потенции у мужчин.	Д. Отсутствие в процессе полового созревания подряд трех менструальных циклов.
Д. При начале в препубертатном возрасте проявления пубертата задерживаются (прекращается рост, у девочек не развиваются грудные железы, первичная аменорея).	



Стадии развития нервной анорексии

Стадии	Развитие стадий	Клинические проявления
Дисморфоманическая	Начальная (первичная, инициальная) стадия	Преобладают мысли о собственной неполноценности и ущербности в связи с мнимой полнотой, то есть дисморфомания — патологическая убежденность в дефекте тела или отдельной его части с активным стремлением к его исправлению. Симптомы депрессии
Аноректическая	Возникает на фоне стойкого голодания	Снижение веса на 20–30 %, что сопровождается эйфорией и ужесточением диеты, «чтобы похудеть еще больше». При этом больной активно убеждает себя и окружающих в отсутствии у него аппетита и изнуряет себя большими физическими нагрузками. Из-за искаженного восприятия своего тела пациент недооценивает степень похудения. Объем циркулирующей в организме жидкости уменьшается, что вызывает гипотонию и брадикардию. Это состояние сопровождается зябкостью, сухостью кожи и алопецией. Еще один клинический признак — прекращение <i>mensis</i> у женщин и снижение полового влечения и сперматогенеза у мужчин. Также нарушается функция надпочечников, вплоть до надпочечниковой недостаточности. Из-за активного распада тканей подавляется аппетит
Кахектическая	Период необратимой дистрофии внутренних органов. Наступает через 1,5–2 года	В этот период снижение веса достигает более 50 %. При этом возникают безбелковые отеки, нарушается водно-электролитный баланс, резко снижается уровень калия в организме. Данный этап, как правило, необратим

Цель исследования:

Изучение коморбидности нервной анорексии у детей и подростков.



Материалы и методы исследования

В исследовании принял участие 31 ребенок, проходивший стационарное лечение в детском отделении Республиканской психиатрической больницы МЗ ДНР.

Распределение обследуемых по полу: юноши – 3 чел. (9,7%), девушки – 28 чел. (90,3%).

Методы: клинико-психопатологический, экспериментально-психологический, анализ медицинской документации (историй болезни).



Психологические методики, использованные в исследовании:

01

Исследование личностных особенностей:

✓ Опросник характерологических особенностей личности Т.В.Матолина.

02

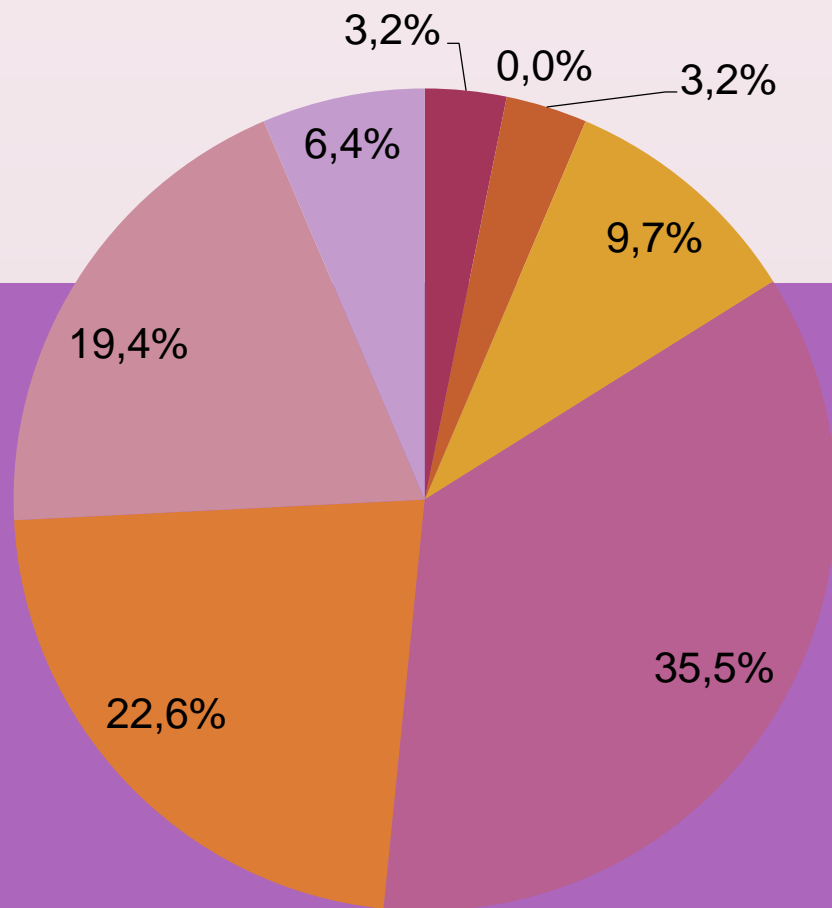
Исследование уровня интеллекта:

- ✓ Пробы на обобщение, исключение и способность делать умозаключения.
- ✓ Методика словесно-ассоциативного эксперимента А.Г.Иванова-Смоленского.
- ✓ Методика «Пиктограммы» А.Р.Лурия.
- ✓ Методика «Прогрессивные матрицы Равена».
- ✓ Методика обучающий эксперимент «Кубики Кооса».

Результаты исследования

Распределение обследуемых по возрасту

■ 10 лет ■ 11 лет ■ 12 лет ■ 13 лет
■ 14 лет ■ 15 лет ■ 16 лет ■ 17 лет



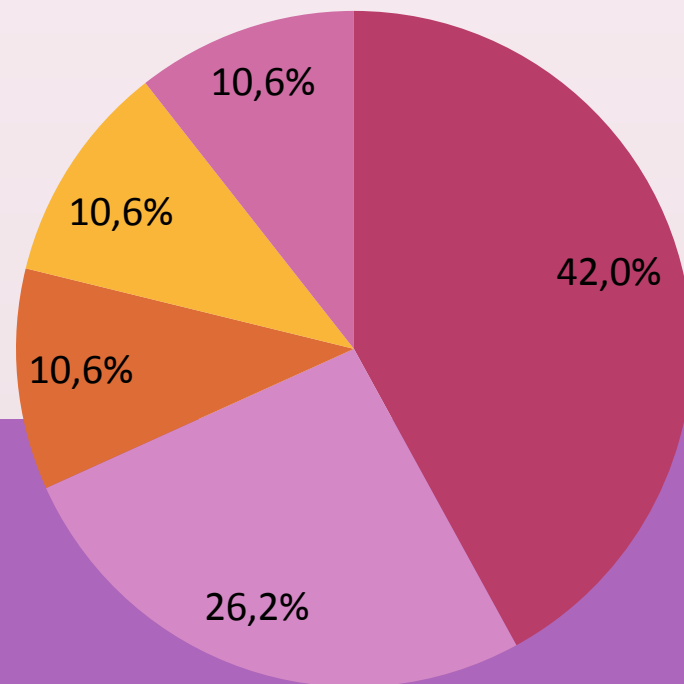
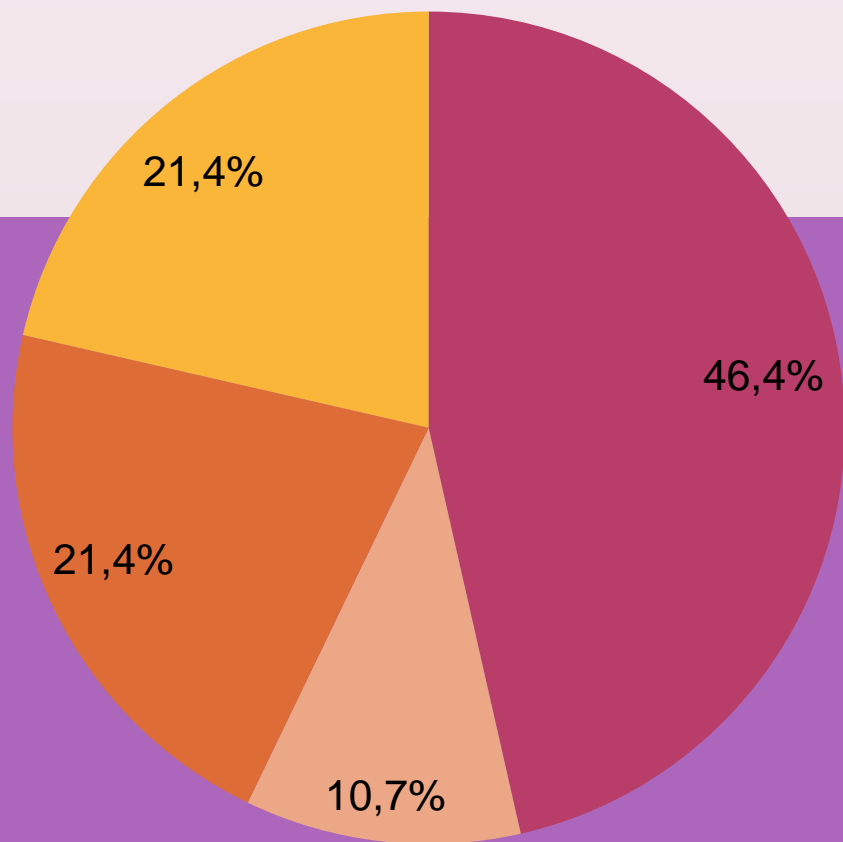
По возрасту больные распределились следующим образом: 10 лет – 1 чел. (3,2%), 12 лет – 1 чел. (3,2%), 13 лет – 3 чел. (9,7%), 14 лет – 11 чел. (35,5%), 15 лет – 7 чел. (22,6%), 16 лет – 6 чел. (19,4%), 17 лет – 2 чел. (6,4%). Средний возраст составил 14,5 лет ($SD=1,5$). Таким образом, основной частью обследованных являлись 13-16-летние девушки.

Результаты исследования:

Способы достижения потери веса

Нарушение менструального цикла

- отсутствие до 1 года
- отсутствие более 1 года
- нерегулярный цикл
- нарушений не отмечали



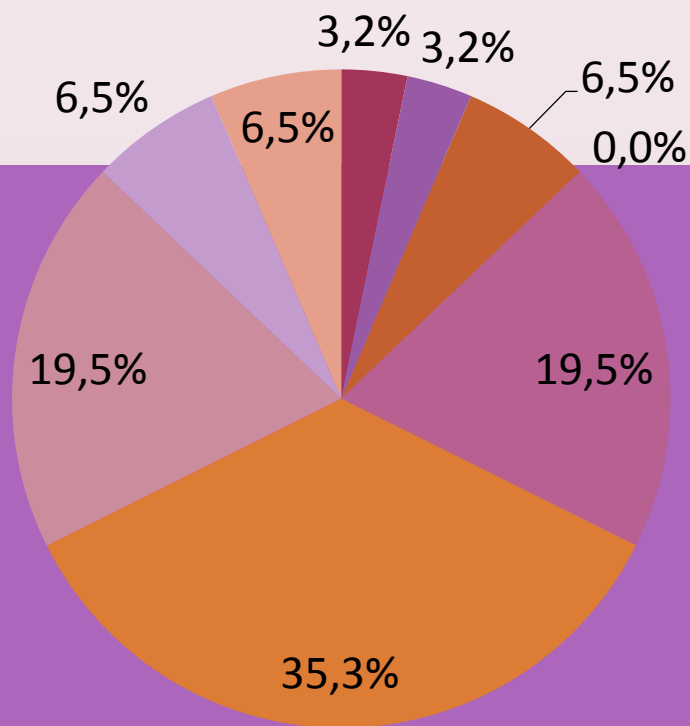
- физические нагрузки
- вызывали рвоту
- применяли слабительные
- применяли мочегонные средства

Потеря веса всеми пациентами вызывалась с помощью диетических ограничений. При этом, 8 чел. (25,8%) дополнительно использовали чрезмерные физические упражнения, 5 (16,1%) вызывали у себя рвоту, 2 (6,5%) применяли слабительные средства, 2 (6,5%) – мочегонные препараты, 2 (6,5%) ограничивали потребление жидкости. В 3 (9,7%) случаях указанные дополнительные методы сочетались. Следует отметить достоверное ($p < 0,05$) преобладание частоты применения чрезмерных физических упражнений.

Результаты исследования:

Распределение больных нервной анорексией по индексу массы тела

■ ИМТ 10 ■ ИМТ 11 ■ ИМТ 12 ■ ИМТ 13 ■ ИМТ 14
■ ИМТ 15 ■ ИМТ 16 ■ ИМТ 17 ■ ИМТ 18



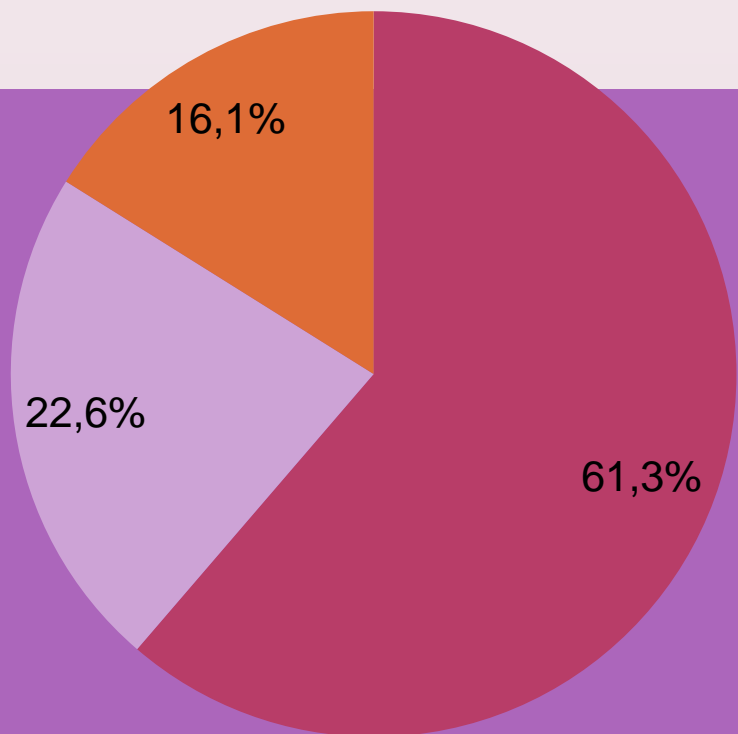
Значение индекса массы тела A.Quetelet на момент последней госпитализации у обследованных было отмечено в пределах от 10 до 18, в среднем, 14,8 (SD =1,8).

При этом, ИМТ 10 констатирован у 1 чел. (3,2%), ИМТ 11 – у 1 чел. (3,2 %), ИМТ 12 – у 2 чел. (6,5%), ИМТ 13 – у 0 чел., ИМТ 14 – у 6 чел. (19,5 %), ИМТ 15 – у 11 чел. (35,3 %), ИМТ 16 – у 6 чел. (19,5%), ИМТ 17 – у 2 чел. (6,5%), ИМТ 18 – у 2 чел. (6,5%).

Результаты исследования:

Наличие соматической и церебральной органической патологии

- наличие соматической патологии
- наличие церебральной органической патологии
- без патологии

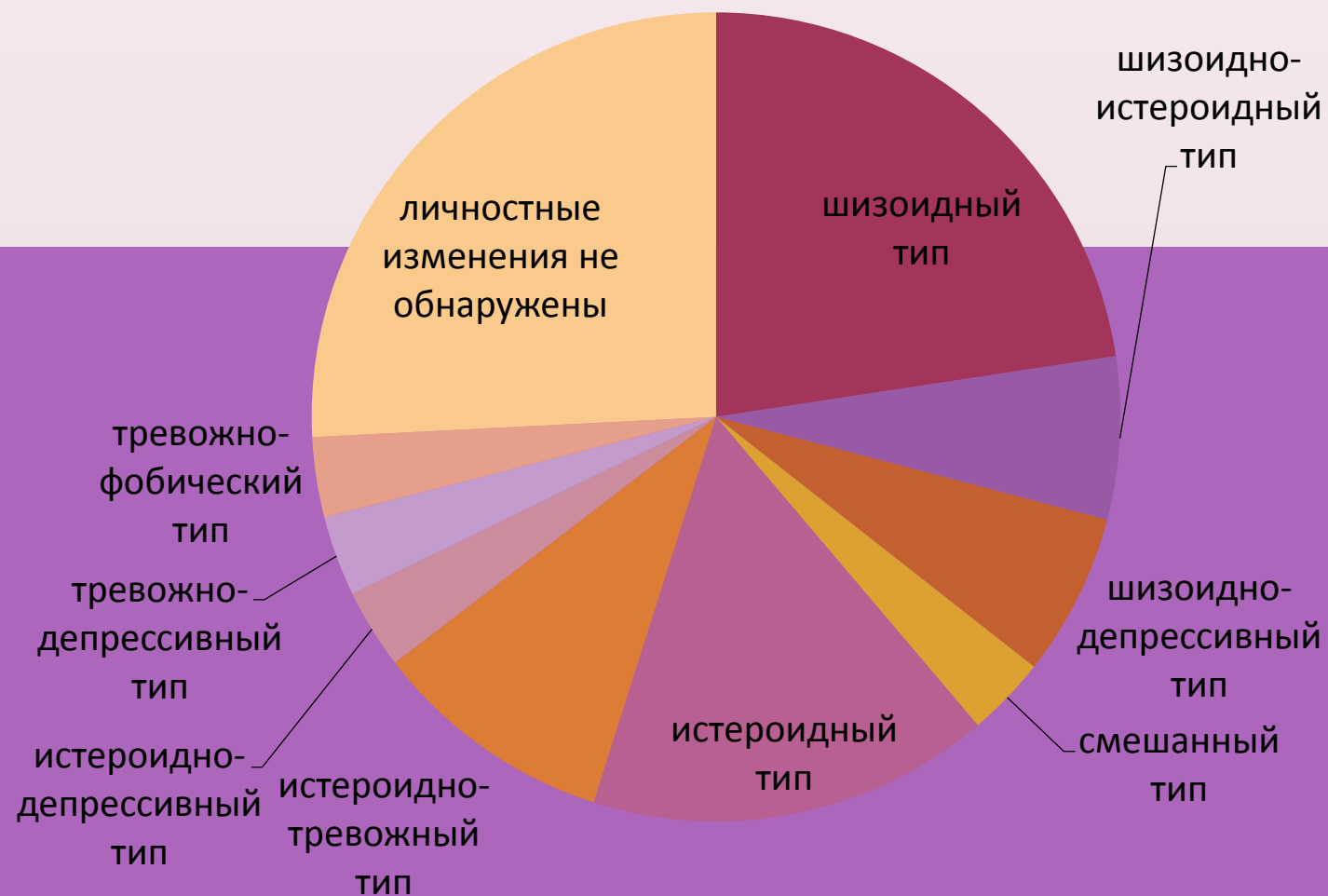


Наличие соматической патологии (связанной либо не связанной со снижением массы тела) констатировано у 19 (61,3%) больных, церебральной органической патологии – у 7 (22,6%).



Результаты исследования:

Особенности личностных изменений обследуемых



У 22 (71,0%) обследованных обнаружены различной степени выраженности деформации личности (личностные нарушения, личностный дефект): шизоидного типа (деформации личности или мышления, либо их сочетание) – 7 чел. (22,6%), шизоидно-истероидные – 2 чел. (6,5%), шизоидно-депрессивные – 2 чел. (6,5%), смешанного тревожного, истероидно-депрессивного типа с элементами шизоидного – 1 чел. (3,2%), истероидного типа – 5 чел. (16,1%), по истероидно-тревожного типа – 3 чел. (9,7%), истероидно-депрессивного типа – 1 чел. (3,2%), тревожно-депрессивного типа – 1 чел. (3,2%), тревожно-фобического типа – 1 чел. (3,2%). Отмечено достоверное ($p < 0,01$) преобладание шизоидных изменений (в личностной и когнитивной сферах) и истероидных проявлений. В 8 (25,8%) случаях признаки личностного расстройства не обнаружены.

ВЫВОДЫ

1. Основной частью обследованных являлись девушки в возрасте 13-16 лет, что представляет мировую статистику распространенности нервной анорексии.
2. Потеря веса всеми пациентами вызывалась с помощью диетических ограничений. Следует отметить достоверное ($p < 0,05$) преобладание частоты применения чрезмерных физических упражнений среди дополнительных факторов снижения массы тела.
3. У $\frac{3}{4}$ обследованных отмечено нарушение менструального цикла.
4. В большинстве случаев установлено наличие соматической патологии, связанной либо не связанной со снижением массы тела. Церебральная органическая патология выявлена у 22,6% обследованных.
5. При экспериментально-психологическом исследовании у 71,0% обследованных обнаружены различной степени выраженности деформации личности (личностные нарушения, личностный дефект), среди которых достоверно ($p < 0,01$) преобладали шизоидные изменения (в личностной и когнитивной сферах) и истероидные проявления.
6. Нарушения менструального цикла, демонстрирующие тяжесть анорексии, характерны для шизоидных личностей, использующих слабительные и мочегонные средства.

Прогноз лечения при нервной анорексии зависит от своевременной диагностики данного заболевания, обусловленных им осложнений, принятия адекватных лечебно-тактических решений и мотивирования больного к проведению терапии и выздоровлению.



СПАСИБО ЗА ВНИМАНИЕ!

