

студентов, чем подростков-школьников. Практически для всех форм предболезненных состояний у студентов наибольшее значение приобрело социальное положение родителей, значение типа воспитания сравнительно снизилось. Факторы микро-социального характера имели аналогичное значение, как в группе студентов и в группе подростков-школьников.

Таким образом необходимо расширение профилактической и психокоррекционной работы со студентами на базах имеющихся медицинских учреждений с преимущественным амбулаторным типом оказания терапевтической и коррекционной помощи. Своевременное консультирование больных у врачей психиатров и специализированное лечение ведет к достаточно быстрому купированию симптоматики, профилактике развития негативных нарушений, сохранению работоспособности пациента, что имеет, безусловно, положительный социальный и экономический эффект.

Лев Л.М., Андреева В.О., Заика В.Г., Ткаченко Н.В.

СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД НА ПРОБЛЕМУ НЕРВНОЙ АНОРЕКСИИ У ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ: НОН-КОМПЛЕКС И ВЗАИМОСВЯЗЬ ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИХ И НЕЙРОЭНДОКРИННЫХ НАРУШЕНИЙ.

ФГБУ "Ростовский научно-исследовательский институт акушерства и педиатрии Минздрава России", Ростовский государственный медицинский университет, Ростовский филиал ГКУЗ «Психоневрологический диспансер» Ростовской области. Ростов-на-Дону, lubalev@mail.ru

Нарушение пищевого поведения, в том числе у подростков, продолжает оставаться одной из наиболее острых медико-социальных проблем. Одно из ведущих мест среди пищевых аддикций занимает нервная анорексия, рост частоты и атипичных проявлений которой, заставляет изучать новые стороны данной проблемы. Нервная анорексия, согласно Международной классификации болезней, представляет собой расстройство, характеризующееся преднамеренным снижением веса, вызываемым и поддерживаемым самим пациентом. Искривление образа своего тела принимает специфическую психопатологическую форму, при которой страх перед ожирением сохраняется в качестве навязчивой\сверхценной идеи и больной считает допустимым для себя лишь низкий вес. Вес тела сохраняется как минимум на 15% ниже ожидаемого, индекс массы тела составляет 17,5 или ниже. Обязательным является общее эндокринное расстройство, включающее ось гипоталамус-гипофиз-половые железы и проявляющееся у женщин аменореей. По данным авторов, нервной анорексией страдают от 0,5 до 1

% девочек-подростков. Обращает внимание рост нервной анорексии у юношей; ее существенный патоморфоз (учащения булимических расстройств, более раннего начала, стертости клинической картины). Как показали долгосрочные наблюдения, смертельный исход при нервной анорексии достигает, по разным оценкам, 4-30%. Чаще всего причиной смерти становятся истощение, нарушение обмена электролитов, высокая частота суицидов. Врачи-психиатры и гинекологи, чаще всего встречающиеся с нервной анорексией, сталкиваются на своем пути с рядом препятствий, мешающим, в дальнейшем, успешному лечению и реабилитации, а также ухудшению прогноза данного расстройства. Обычно не менее 1/3 терапевтических рекомендаций выполняются не полностью, с нарушениями регулярности и точности предписанных назначений. Проблема нонкомплаенса, дословно, отсутствия согласия, согласованности действий пациента, его родных и врача – является одной из самых важнейших в успешном лечении нервной анорексии. Признание своего ребенка психически больным при отсутствии психоза и видимого нелепого поведения требует определенной моральной готовности родных, происходит, так называемое, «выставление барьера» между родными, пациентом и врачом, недоверие к лекарственному лечению, списывание любых недомоганий ребенка на побочные эффекты фармакотерапии. Согласование особенно важно в амбулаторной практике, где функции контроля за терапией в значительной мере передаются, «перепоручаются» самому пациенту, разумеется, необходимым образом для этого подготовленному. В настоящее время комплаенс включает в себя не только и не столько соблюдение режима лекарственной терапии, но и участие в различных групповых методах психосоциальной работы, включая выполнение советов врача по здоровому образу жизни.

Целью нашего исследования явилось изучение масштаба проблемы, факторов, способствующих несоблюдению режима лечения больных, страдающих нервной анорексией, их влияние на курс терапии и стратегии их преодоления.

Данные по нонкомплаенсу были собраны у 47 пациенток страдающих нервной анорексией и нарушением менструального цикла женского пола, возрастом от 15 до 18 лет, соответствующей критериям МКБ-10. Наиболее частой причиной нонкомплаенса у 95% пациенток (43 пациентки) - явилась стигматизация не только психиатрии и психиатра в целом, но и самого пациента, мотивируя тем, что пациент, страдающий психической болезнью, не сможет полноценно функционировать в обществе, причем во всех случаях инициатива отказа обращения к врачу исходила от родственников. Другими причинами, называемыми пациентами при отказе к обращению к психиатру являлись боязнь тяжелых осложнений лекарственной терапии – 46,8% (22 случая), анозогнозия – 44,6% (21 случай). У 8,5% (4 пациентк) родственники соглашались на лечение у

психиатра с условием лечения без применения психотропных средств, с использованием исключительно психотерапии и диетотерапии. Во время курса лечения при приеме лекарственной терапии нонкомплаенс у 38,3% (18 пациенток) отмечался в виду несоблюдения правил приема лекарств, недостаточно «серьезного» отношения к болезни. У 17% (8-ми пациенток) родители, не настроенные на длительный курс в виду тяжести состояния, требовали изменить назначенное лечение, консультировались у врачей смежных специальностей, у 10,6% (5-х пациенток) родственники высказывались негативно о враче при больной, что послужило дальнейшим отказом от терапии. У 4,3% (2-х больных), страдающих тяжелой формой нервной анорексии (в кахектической стадии) родственники отказывались следовать рекомендациям врача о неотложной госпитализации, соглашались на лечение в амбулаторных условиях, в виду чего в одном случае это повлекло за собой летальный исход. Из общего числа больных 36,2% (17 пациенток) попадали на прием к врачу-психиатру на поздних и запущенных случаях нервной анорексии (кахектическая стадия с выраженной гипотрофией) в виду недостаточной информационной просвещенности. Отдельно следует остановиться на влиянии родителей на больных с нервной анорексией: так, из общего числа больных 10,6 % (5 больных), находящихся на начальной стадии анорексии не обращались к врачу-психиатру по инициативе родственников, всячески, потакая состоянию больных и их «диете». В 19,1% (9 случаях) отмечались напряженные внутрисемейные отношения, конфликты между родителями и больными, что усугубляло процесс лечения. Пациентки, реагируя на конфликт, отказывались принимать лечение, начинали прятать лекарства, отказывались посещать врача. Длительность курса лечения до достижения положительного эффекта больных нервной анорексией по данным наблюдения также имела прямую зависимость от соблюдения нонкомплаенса. Так, у 6,3% (3-х пациенток) на этапе нарушения пищевого поведения, которые достигли комплаенса длительность лечения заняла от 4-х до 14-ти недель. Благоприятные результаты лечения сохранялись во время катамнестического обследования, проведенного через 6 месяцев. Тогда как из 43 пациенток с нонкомплаенсом у 74,4% (32 пациенток), находящихся на том же этапе процесс курса лечения затянулся до 6-7 месяцев. Из 11-ти больных, находящихся на этапе кахексии в 9,09% (одном случае) длительность лечения при достигшем комплаенсе заняла 4 месяца, тогда как из семерых больных с нонкомплаенсом в 14,2% (одном случае) отмечался летальный исход, в остальных 85% (6-ти случаях) длительность лечения заняла от 6-ти до 10-ти месяцев.

Таким образом, результаты вышеприведенных исследований подчеркивают распространенность несоблюдения режима лечения и влияние данной проблемы на результаты терапии, поэтому внедрение методик, преодолевающих

несоблюдение режима лечения, является важнейшим компонентом терапии психических заболеваний.

В настоящее время особое внимание уделяется изучению атипичных форм нервной анорексии. В клинике атипичных форм могут отсутствовать отдельные критерии нервной анорексии, например дисморфоманические переживания или значительное падение веса в результате применения диеты. Также в клинике атипичной нервной анорексии возможно наличие всех ключевых симптомов, но только в легкой форме. Частота атипичных форм нервной анорексии достигает, по данным авторов, 10% и более. Атипичные формы болезни в большинстве случаев не диагностируются, в связи с чем затягивается процесс лечения, ухудшается прогноз заболевания, и, в дальнейшем, нарушается репродуктивная функция.

Патогенез как типичной так и атипичной нервной анорексии можно рассматривать как совокупность взаимосвязанных и инициирующих действие друг друга факторов, таких как генетическая предрасположенность, нарушение в нейротрансмиттерной и нейроэндокринной системах, личностные черты и акцент на похудение в обществе. В основные звенья патогенеза вовлечены гипоталамические моноамины, в частности, серотонин, нейропептиды - нейропептид Y и лептин. Снижение связывания рецепторов серотонина, остающееся у больных нервной анорексией после восстановления массы тела и при отсутствии голодания, предполагает, что нарушение серотонинергической трансмиссии может быть фундаментальным проявлением патофизиологии нервной анорексии. Лептин - протеин, продуцируемый жировой тканью, являясь регулятором аппетита, воздействуя на гипоталамус, вызывает уменьшение выработки орексигенного нейропептида Y (NPY). В результате ограничения потребления пищи концентрация лептина в сыворотке снижается. NPY является одним из главных триггеров аппетита и чувства голода, стимулирует пищевое поведение, ряд эндокринных желез, продукцию инсулина и накопление жира в адипоцитах. Повышенное потребление пищи, вызванное введением экзогенного NPY, подавляется лептином. Эти данные позволяют рассматривать NPY в качестве посредника действия лептина и указывают на способность лептина не только регулировать биосинтез NPY, но и контролировать его физиологическое действие.

С учетом вышеизложенного, целью нашего исследования является оптимизация тактики ведения девочек-подростков с аменореей при нервной анорексии на основании изучения взаимосвязи психических расстройств и нейроэндокрино-метаболических нарушений регуляции менструальной функции.

Нами обследованы 2 группы девочек-подростков с нарушением менструального цикла по типу вторичной олиго-аменореи и расстройством пищевого поведения (типичная и атипичная нервная анорексия). В I группу

включены 70 пациенток, с диагнозом нервная анорексия, первично обратившихся к гинекологу по поводу аменореи, наступившей после преднамеренного снижения массы тела. Индекс массы тела (ИМТ) девочек при первичном обращении в среднем составлял 15,62 (16,56; 14,55).

Во II группу вошли 52 пациентки с атипичными проявлениями нервной анорексии. ИМТ девочек при первичном обращении в среднем составлял 16,62 (17,56; 15,55).

Обе группы были обследованы в динамике лечения - при первичном обращении - на аноректическом этапе и через 3 месяца от начала лечения - после редукции аноректической симптоматики.

Группы были сопоставимы по возрасту, который в среднем составлял - 16 (17; 15,5) лет.

В группу контроля вошли 20 девочек-подростков с нормальным ИМТ, без нарушений пищевого поведения и менструального цикла, не имевших отклонений в состоянии здоровья.

Нами проведено определение сывороточного содержания лептина, кортизола, серотонина методом иммуноферментного анализа. Пациенткам обеих групп в течение 3-х месяцев проводилось комплексное лечение, направленное на коррекцию метаболических расстройств и нормализацию массы тела, включавшее психофармакотерапию тиоридазином, вальпроевой кислотой, клоназепамом.

В результате проведенного исследования в обеих группах при первичном обращении установлено повышение уровня кортизола, связанного с активацией гипоталамо-гипофизарно-адреналовой системы, повышение серотонина в крови, что указывает на связь с патологией оси гипоталамус-гипофиз-гонады.

При этом при первичном обращении у пациенток с типичными проявлениями нервной анорексии показатели сывороточного лептина были в 2,3 раза, ниже, чем в группе у пациенток с атипичной нервной анорексией ($p < 0,05$). Через три месяца от начала лечения в обеих группах произошло повышение сывороточного содержания лептина, более выраженное в группе с типичной нервной анорексией - в 3,2 раза по сравнению с атипичными проявлениями нервной анорексии ($p < 0,05$). Исследование уровня лептина в контрольной группе показало, что его значения находятся в пределах нормы, соответствующей физиологическому пубертатному периоду. На фоне лечения, позволившего достичь редукции аноректической симптоматики, в группе с типичной нервной анорексией произошла дезактуализация сверхценной идеи у 91,6% пациенток, тогда как в группе с атипичными проявлениями нервной анорексии дезактуализации сверхценной идеи удалось достичь только у 30% пациенток. В обеих группах на фоне лечения отмечалась нормализация уровня кортизола, что обусловлено снижением активности симпатико-адреналовой системы, уменьшением стрессорного

состояния организма, а также выявлено снижение уровня серотонина в обеих группах, что указывало на адекватность проведенной терапии.

На основании результатов исследования можно заключить, что более высокая эффективность лечения была достигнута у пациенток с типичной формой нервной анорексии. По нашему мнению это обусловлено более ранней диагностикой, основанной на критериях, изложенных в МКБ-10. Наличие структурных и динамических факторов атипичности определяет диагностические и терапевтические затруднения для ведения пациенток с нервной анорексией и требует поиск объективных критериев для дифференциальной диагностики нервной анорексии с другими заболеваниями, сопровождающимися дефицитом массы тела и нарушением менструального цикла.

На основании вышеприведенных исследований можно сделать заключение о необходимости формирования активной, сознательной позиции пациента в преодолении своего заболевания. Психообразовательные подходы ведут к улучшению отношения больных к лечению, уменьшают страх перед побочными эффектами препаратов, повышают доверие к лечению и врачу. Позиция пациента, страдающего нервной анорексией относительно лечения формируется семьей, религиозными взглядами, газетами, телевидением и радио. Поэтому важно активизировать родственников пациентов, добиться их участия в лечении, поскольку именно на ближайшее окружение пациентов выпадает наибольшая нагрузка. Необходимо развитие образовательных и антистигматизационных программ для широкой общественности и больных. Психообразовательные программы направлены на укрепление сотрудничества между пациентами, их ближайшим окружением и медицинскими работниками, на активизацию вовлечения пациентов в режим принятия решений относительно своего лечения, поощрение самоконтроля пациента и его побуждения в соблюдении лечебных мероприятий. Психообразовательные подходы подразумевает семейные формы терапии, индивидуализированные вмешательства, группы самопомощи. Тремя китами поддержания режима лечения становятся информация, поддержка и контроль. Крайне важным мы, также, считаем создание организационной модели психиатрического и гинекологического обеспечения диагностического процесса и разработку современных подходов к комплексному лечению НА с учетом ведущих патогенетических механизмов их развития и стадии заболевания.