

2. Беременность у женщин с патологией щитовидной железы значительно чаще протекает с угрозой прерывания беременности в I триместре ($\chi^2 = 4,18$; $p = 0,04$), многоводием ($\chi^2 = 5,4$; $p = 0,02$), низкой плацентацией ($\chi^2 = 4,07$; $p = 0,04$), плацентарной недостаточностью ($\chi^2 = 6,55$; $p = 0,01$), хронической гипоксией плода ($\chi^2 = 4,18$; $p = 0,04$), гестозом ($\chi^2 = 11,3$; $p = 0,0008$).

ЛИТЕРАТУРА

1. Потин, В. В. Щитовидная железа и репродуктивная система женщины / В. В. Потин. — СПб: МЕДпресс-информ, 2008. — 46 с.
2. Porre, K. Thyroid disease and female reproduction // Clinical Endocrinology, 2007. — № 66(3). — 309–321 p.
3. Петунина, Н. А. Заболевания щитовидной железы и беременность / Трудный пациент, 2006. — № 9. — 37–42 с.

УДК 616.89-008.441.42:301

НАРУШЕНИЯ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ: ПСИХОСОЦИАЛЬНЫЙ АСПЕКТ

Аникеенко Д. В., Суворов П. А.

Научный руководитель: к.п.н., доцент *Ж. И. Трафимчик*

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Актуальность проблемы нарушения пищевого поведения обусловлена высокой распространенностью отклоняющегося (девиантного) пищевого поведения, широким спектром биопсихосоциальных факторов риска. Этим нарушениям подвержены, прежде всего, девушки-подростки и молодые женщины.

Цель

Рассмотреть природу и факторы риска возникновения нарушений пищевого поведения.

Материалы и методы исследования

Теоретический анализ, обобщение, интерпретация литературных источников по проблеме исследования.

Под пищевым поведением понимается ценностное отношение к пище и ее приему, стереотип питания в обыденных условиях и в ситуации стресса, поведение, ориентированное на образ собственного тела, и деятельность по формированию этого образа. Иными словами, пищевое поведение включает в себя установки, формы поведения, привычки и эмоции, касающиеся еды, которые индивидуальны для каждого человека [1].

Биопсихосоциальные факторы риска формирования нарушений пищевого поведения [2]:

✓ физиологические: первичные гипоталамические и/или супрагипоталамические нарушения приводят к гормональному дисбалансу на уровне нейромедиаторов;

✓ эмоциональные: эмоциональный компонент часто сопровождает расстройства питания;

✓ социальные: влияние общества на нормы и ценности индивида; в сознании людей прочно закреплён стереотип о том, что быть худым – значит быть успешным, здоровым, привлекательным, дисциплинированным, а полнота ассоциируется с непривлекательностью, ленью, некомпетентностью;

✓ личные: расстройства пищевого поведения существенно чаще встречаются у женщин, что объясняется как результат большей частоты раннего использования диет.

Диагностические критерии для пациентов с нервно-психической булимией [3].

I. Рецидивирующие эпизоды поглощения огромного количества пищи, которые характеризуются:

1) употреблением очень большого количества продуктов, гораздо большего, чем поглощаемого большинством людей в течение такого же периода времени и при аналогичных обстоятельствах;

2) отсутствием контроля за едой в течение этого эпизода.

II. Периодически возникающее необычное поведение, желание предотвратить прибавку массы тела с помощью нестандартных мероприятий. Например, пациенты самостоятельно вызывают рвоту, в избыточном количестве употребляют слабительные средства, мочегонные препараты, очистительные клизмы или другие лечебные мероприятия, проводят курсы голодания, выполняют чрезмерные физические упражнения.

III. Частота эпизодов неконтролируемого поглощения пищи и указанных выше особенностей поведения составляет в среднем два раза в неделю и продолжается в течение трех месяцев.

IV. На самооценку поведения избыточное влияние оказывают форма и масса тела.

V. Эти расстройства не встречаются во время эпизодов нервно-психической анорексии.

Нервная анорексия — заболевание, характеризующееся потерей веса, чрезмерным страхом полноты, искаженным представлением о своем внешнем виде и глубокими обменными и гормональными нарушениями. Возможны также утрата аппетита, прекращение менструаций, повышенная физическая активность, а иногда и усиление аппетита с искусственно вызываемой после еды рвотой, излишняя озабоченность пищей и ее приготовлением, приступы переедания и стремление к похуданию. Нервная анорексия относительно редка, общая распространенность нервной анорексии — 0,1–0,7 %. Болеют в основном девушки. Пик заболеваемости приходится на подростковый возраст [4].

Основные признаки нервной анорексии [4]:

- снижение веса более чем на 15 % исходного;
- болезненная убежденность в собственной полноте, несмотря на низкий вес;
- аменорея.

Основными причинами анорексии становятся заболевания, которые, так или иначе, сказываются на потере аппетита [4]:

- расстройства эндокринной системы и нарушения обмена веществ;
- недостаточность функции гипофиза или гипоталамуса, недостаток гормонов щитовидной железы;
- заболевания органов пищеварения (аппендицит, цирроз печени, гастрит, гепатит);
- заболевания мочеполовой системы (например, хроническая почечная недостаточность);
- онкологические заболевания;
- невротические реакции и психические нарушения (например, постоянное беспокойство, затяжная депрессия).

Особенностью больных анорексией является то, что они имеют искаженное представление о своем теле, контролирование веса тела превращается в важную жизненную цель. Искаженное мышление у людей с анорексией проявляется в плохо приспособленных к реальной жизни установках и неправильном самовосприятии.

Выводы

Решение проблемы нарушения пищевого поведения требует исследования степени распространенности доклинических форм, разрешения ряда проблем клинико-психопатологической трактовки состояний, изучения роли генетических факторов в фенотипической реализации болезненных проявлений, исследования общебиологических механизмов развития соматической дисфункции с целью определения надежных маркеров тяжести состояния и разработки стратегии по ее преодолению.

ЛИТЕРАТУРА

1. Менделевич, В. Д. Психология девиантного поведения / В. Д. Менделевич. — СПб.: Речь, 2005. — 445 с.
2. Короленко, Ц. П. Психосоциальная аддиктология / Ц. П. Короленко, Н. В. Дмитриева. — Новосибирск: Олсб, 2001. — 251 с.
3. Данилова, Н. Н. Физиология ВНД / Н. Н. Данилова, А. Л. Крылова. — М., 1989.
4. Карева, М. А. Психологический анализ случая нервной анорексии / М. А. Карева, В. В. Марилев // Патопсихологические исследования в психиатрической клинике. — М., 1994.