

2. Синдром обструктивного апноэ во сне: особенности свободно-радикальных процессов / Г. В. Ан [и др.] // Вестн. новых мед. технол. – 2000. – Том 7, № 1. – С. 67–71.

3. Чазова И. Е., Литвин А. Ю. Синдром обструктивного апноэ во время сна и связанные с ним сердечно-сосудистые осложнения // Российский

4. Franco C.M. et al. Obstructive sleep apnea severity correlates with cellular and plasma oxidative stress parameters and affective symptoms // J. Mol. Neurosci. 2012. Vol. 47, Iss. 2. P. 300-310.

ОГРАНИЧИТЕЛЬНЫЕ ТЕНДЕНЦИИ В ПИТАНИИ ПРИ РАССТРОЙСТВАХ ШИЗОФРЕНИЧЕСКОГО СПЕКТРА

Шубина С. Н., Скугаревский О. А.

Белорусский государственный медицинский университет

Актуальность. Актуальность проблемы обусловлена трудностями диагностики и лечения, склонностью больных к диссимуляции, несвоевременностью обращения пациентов к специалистам (порой через 3-4 года от начала похудения), малой курабельностью психопатологической симптоматики и трудностями при решении вопросов реабилитации больных. Тяжесть вторичных соматоэндокринных нарушений требует стационарного лечения по витальным показаниям [1, 2, 3, 4]. Следует отметить, что взгляды на нозологическую природу нервной анорексии до настоящего времени не отличаются определенностью и единством. Так, Eugen Bleuler описал синдром анорексии в рамках шизофрении еще в начале XIX века [5, 6, 7], но до сих пор остается до конца неизученный вопрос: нервная анорексия и шизофрения- это одно заболевание или разные нозологии?

Цель. Разработать методологические подходы и усовершенствовать дифференциально-диагностические критерии для оценки синдрома анорексии при нервной анорексии и шизофрении.

Методы исследования. Исследование проводилось в 2 этапа: 1 этап – одномоментное поперечное исследование; 2 этап – наблюдательное ретроспективное исследование (анамнез и катамнез составляли до 5 лет). Были обследованы 185 человек: (1) девушки и молодые женщины, не имеющие психических и поведенческих расстройств на момент включения в исследование (контрольная группа, 60 человек), (2) девушки и молодые женщины, страдающие нервной анорексией (1-я группа сравнения, 60 человек), (3) девушки и молодые женщины, страдающие параноидной формой шизофрении с длительностью болезненного процесса до 5 лет (2-я группа сравнения, 60 человек), (4) девушки и молодые женщины, страдающие нервной анорексией, в 5-летнем катамнезе которых клинический диагноз был изменен на расстройства шизофренического спектра (5 человек). Обследование включало комплекс анамнестических, антропометриче-

ских, психометрических методов и методик. Также проводилось изучение карт стационарных пациентов пациенток в архиве ГУ «Республиканского научно-практического центра психического здоровья» в частности, анамнестические сведения и результаты патопсихологического обследования.

Результаты и их обсуждение. Мы изучили влияние ограничительных тенденций в питании, сравнивая следующие группы пациенток: 1 пациентки с шизофренией на фоне симптоматики девиантного пищевого поведения (у 23 респонденток данной группы из 60 признаки отклоняющегося пищевого поведения определялись до выставления диагноза шизофрении. Ниже приведены полученные результаты в 1 таблице (в средних рангах).

Таблица 1. – Нейропсихологические особенности пациенток с шизофренией на фоне симптоматики отклоняющегося (девиантного) пищевого поведения

Тесты	Показатели (достоверность различий, U-тест Манна-Уитни)	Пациентки с шизофренией на фоне симптоматики отклоняющегося (девиантного) пищевого поведения	Пациентки с шизофренией без симптоматики отклоняющегося (девиантного) пищевого поведения
Антропометрические показатели	Окружность талии (U=298, p=0,05)	36,04	27,05
	Окружность бедер (U=256, p=0,01)	37,87	25,92
	Толщина кожной складки (U=269,5, p=0,012)	37,28	26,28
	«Качели» веса (U=246, p=0,006)	38,30	25,65
Показатели Scl-90r	Психотизм (U=283,00, p=0,03)	36,70	26,65
Показатели ШОПП	Стремление к худобе (U=301,5, p=0,05)	35,89	27,15
	Булимия (U=300, p=0,049)	35,96	27,11
Показатели САНТАВ- 10.0	Тест скрининга моторных функций (МОТ): среднее время задержки от стимула до реакции (U=299,5, p=0,05)	33,91	25,02

Методом Каплана-Мейера мы изучили разницу во времени выставления клинических диагнозов (нервная анорексия и шизофрения) в зависимости от наличия или отсутствия симптоматики отклоняющегося пищевого поведения (при шизофрении) и в зависимости от наличия или отсутствия изменения в 5-летнем анамнезе диагноза нервная анорексия на диагноз нервная булимия (при нервной

анорексии). Выяснили, что при наличии симптоматики отклоняющегося пищевого поведения в продромальном периоде диагноз шизофрения выставляется позже (среднее время=46 месяцев, при отсутствии симптоматики отклоняющегося пищевого поведения в продромальном периоде среднее время=14 месяцев, $p<0,001$). Также, что при наличии изменения диагноза в 5-летнем анамнезе на диагноз нервная булимия диагноз нервная анорексия выставляется позже (среднее время=62 месяцев, при отсутствии изменения диагноза в 5-летнем анамнезе среднее время=42 месяца=14 месяцев, $p<0,05$).

Выводы. Таким образом, симптомы нарушения пищевого поведения привносят собой как качественные, так и количественные искажения параметров нейропсихологического профиля у пациенток с шизофренией. При наличии симптоматики отклоняющегося пищевого поведения в продромальном периоде диагноз шизофрения выставляется позже, а при наличии изменения диагноза в 5-летнем анамнезе на диагноз нервная булимия диагноз нервная анорексия выставляется позже, что затрудняет своевременное начало лечения данных нозологий. Есть основания ожидать, что разработка более четких стандартов диагностики и лечения нарушений пищевого поведения и их последствий позволит не только оказывать адекватную лечебно-реабилитационную помощь, но и осуществлять своевременную профилактику тяжелых осложнений этой патологии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Балакирева, Е.Е. Нервная анорексия у детей и подростков (клиника, диагностика, патогенез, терапия): дисс. ... канд. мед.наук: 14.00.18 / Е.Е. Балакирева. – Москва, 2004. – 203л.
2. Балакирева, Е.Е. Лечебная тактика ведения больных с расстройствами пищевого поведения / Е.Е. Балакирева // Современная терапия в психиатрии и неврологии. – 2013 – №3-4. – С. 23-26.
3. Muratori, F. et al. Childhood psychopathological antecedents in early onset schizophrenia / F. Muratori // European Psychiatry. – 2005. – Vol. 20. – № 4. – P. 309-314.
4. Коркина, М.В. Роль возрастного фактора в формировании клиники нервной анорексии / М.В. Коркина, Б.В. Зейгарник, М.А. Карева, В.В. Марилон // Журнал невропатологии и психиатрии. – 1976. – Вып. – С. 1871-1875. 5 Hoff, P. Eugen Bleuler's concept of schizophrenia and its relevance to present-day psychiatry / P. Hoff // Neuropsychobiology. – 2012. – Vol. 66. – № 1. – P. 6-13. 6Foulon, C. Schizophrenia and eating disorder / C. Foulon // Encephale. – 2003. – Vol. 29. – № 5. – P. 463-466. 7 Fawzi, M. H. Disordered eating attitudes in Egyptian antipsychotic naive patients with schizophrenia / M. H., Fawzi, M. M. Fawzi // Comprehensive Psychiatry. – 2012. – Vol.53. – № 3. – P.259-268.