

Մենդային վարքագծի խանգարումներ դեռահասային տարիքում

Մենդային վարքագծի խանգարումների խմբին են պատկանում նյարդային անոռեքսիան, նյարդային բուլիմիան և չճշտված սենդային վարքագծի խանգարումները: Նյարդային անոռեքսիան՝ կյանքին սպառնացող սենդային վարքագծի խանգարումն է, որի ընթացքում տեղի է ունենում մարմնի սխալ ընկալում, մարմնի զանգվածի զգալի կորուստ, սենդի ընդունման սահմանափակում: Նյարդային բուլիմիան բնութագրվում է շատակերության հաճախակի դրվագներով, կրկնվող կոմպենսատոր վարքագծի դրսևորումներով՝ արհեստական փսխումներով Մենդային վարքագծի խանգարումները հանդիպում են ցանկացած տարիքում, կանանց և տղամարդկանց շրջանում: Սակայն ավելի հաճախ այս խանգարումները սկիզբ են առնում դեռահասային տարիքում:

Վերջին տասնամյակներում սենդային վարքագծի խանգարումների հաճախացումը տեղի է ունենում ինչպես Հայաստանում, այդպես էլ ողջ աշխարհում: Ընդհանուր առմամբ, սենդային վարքագծի խանգարումների համաճարակաբանությունը կտրուկ փոխվել է. ավելացել են դեպքեր տղաների շրջանում, ավելի հաճախ գրանցվում են դեպքեր 12 տարեկանից փոքր երեխաների մոտ: Հետազոտությունների տվյալներով նյարդային անոռեքսիայի տարածվածությունը 16–18 տարեկան աղջիկների շրջանում կազմում է 1%: Առավել հաճախ այն հանդիպում է 14,5 և 18 տարեկանում, իսկ 25% դեպքերում՝ մինչև 13 տարեկան հասակը: Չնայած այն փաստին, որ անոռեքսիան ավելի հաճախ հանդիպում է աղջիկների մոտ, գրանցված դեպքերի 5-10% կազմում են տղաները: Բուլիմիայի տարածվածությունը կազմում է 1-3%: Մենդային վարքագծի խանգարումների մահացությունը հասնում է 6%-ի: Մահացությունը հասնում է 20% այն անձանց մոտ, ովքեր տառապում են սենդային վարքագծի խանգարումներով 20 տարի և ավել: Անոռեքսիայով հիվանդների 45% երբեք չեն ամուսնանում, անոռեքսիայով և բուլիմիայով հիվանդների առնվազն 50% մոտ զարգանում են դեպրեսիայի և անհանգստության նշաններ, ակոհոլային կախվածություն: Գոյություն ունեն նաև չճշտված սենդային խանգարումներ, որոնց տարածվածությունը հասնում է 14%:

Դեպքերի հաճախացումը պահանջում է մանկաբույժներից և ընտանեկան բժիշկներից ախտանիշների վաղ հայտնաբերում, ստուգման

անցկացում ռիսկային խմբերում, վաղ ախտորոշում, ճիշտ վարում: Ժամանակին չհայտնաբերված սննդային վարքագծի խանգարումները խաթարում են անհատի ֆիզիկական և հոգեկան առողջությունը և զարգացումը, կարող են կրկնվել մեծահասակ կյանքում: Ուշացած ախտորոշումը կարող է հանգեցնել մահվան ելքի: Կանխարգելումը պետք է ներառի սննդային վարքագծի և հոգեբանական խանգարումների սկրինինգ, քաշի, հասակի, ՄՁՑ(մարմնի զանգվածի ցուցանիշի) պարտադիր չափում: Առաջնային օղակի բժիշկները պետք է բարձրացնեն հանրության իրազեկությունը սննդային խանգարումների վերաբերյալ և ճիշտ խորհրդատվություն տրամադրել ռացիոնալ սննդկարգի վերաբերյալ:

Էթիոլոգիա և պաթոգենեզ. Սննդային վարքագծի խանգարումները այսօր դիտվում են որպես բազմագործոն խանգարումներ: Հետաքրքրություն է առաջացնում միջավայրային, սոցիալական գործոնների ու հոգեբանական և ժառանգական նախատրամադրվածության փոխազդեցությունը: Սննդի սահմանափակումը, դիետա պահելը համարվում է հիվանդության ելակետը: Այն երկրներում, որտեղ ժամանակակից կնոջ իդեալական պատկերը և հաջողակ լինելը զուգակցվում է նիհարության հետ, անոռեքսիա և բուլիմիայի դեպքերը ավելի շատ են գրանցվում:

Նիհարելու կաշուն ցանկությունը կապում են գենետիկ լոկուսների հետ (13-րդ քրոմոսոմում), նեյրոէնդոկրին խանգաճումների հետ: Ուսումնասիրվում է գեների կապվածությունը սպեցիֆիկ նեյրոքիմիական սննդային գործոնների հետ: Նշանակություն ունեն նաև սերոտոնինի և լեպտինի քանակը արյան մեջ: Հայտնի է, որ սերոտոնինը կարգավորում է տրամադրությունը և ախորժակը: Սերոտոնինի պակասը նպաստում է դեպրեսիայի առաջացմանը: Լեպտինը արտադրվում է ադիպոցիտների կողմից: Լեպտինի խտությունը զգայուն է նյութափոխանակության նկատմամբ: Սննդի սահմանափակումները, գերծանրաբեռնվածությունը ֆիզիկական վարժություններով նպաստում են լեպտինի մակարդակի իջեցմանը: Միևնույն ժամանակ, երբեմն լեպտինի մակարդակի կարգավորումը տեղի է ունենում ավելի շուտ, քան քաշի ավելացումը, ինչը իր հերթին խնդիրներ է առաջացնում քաշի ավելացման և պահպանման համար, զարգանում է ռեզիստենտականություն լեպտինի նկատմամբ:

Սննդային խանգարումների զարգացմանը նպաստում է հիպոտալամուսի դիսֆունկցիան:

Դեռահասները հաճախ ունենում են խնդիրներ սեփական մարմնի ընկալման տեսակետից: Դեռահասները զարգացման ընթացքում, հատկապես միջին դեռահասության փուլում, մտահոգված են սեփական արտաքինով և փորձում են ավելի գրավիչ լինել հասակակիցների համար: Հատկապես ֆիզիկական որևէ առանձնահատկություն կամ խնդիր ունեցող դեռահասը իրեն համարում է ոչ գրավիչ: Սննդային վարքագծի խանգարումների հիմքում ընկած է դիսմորֆոֆոբիաները և դիսմորֆոմանիաները: Դիսմորֆոֆոբիա՝ սաստիկ վախն է նյարդային, բայց ոչ փսիխոտիկ բնույթի, կապված թվացյալ ֆիզիկական թերության հետ: Դիսմորֆոմանիան՝ հիվանդագին գերակշռող միտք փսիխոտիկ բնույթի, երբեմն որպես զառանցանք, որը վերաբերվում է թվացյալ կամ եղած ֆիզիկական թերությանը: Դիսմորֆոֆոբիայի և հատկապես դիսմորֆոմանիայի դեպքում անհրաժեշտ է դիմել հոգեբանի և հոգեբույժի օգնությանը:

Ռիսկի գործոններ. Սննդային վարքագծի խանգարումների զարգացման ռիսկի գործոններն են համարվում.

- Հիվանդության ընտանեկան բնույթ. Անոռեքսիայի, բուլիմիայի կամ ճարպակալման դեպքերի առկայությունը ընտանիքում, բարեկամների մոտ:
- Աֆֆեկտիվ խանգարումներ կամ ակոհոլիզմ առաջին աստիճանի հարազատների մոտ:
- Մասնագիտացված պարային, բալետային, մոդելայի, սպորտային խմբակներում ներգրավված լինելը(հատկապես աղջիկների համար):
- Խառնվածքի հատկությունները՝ պերֆեկցիոնիզմ. «իդեալական» լինելու ձգտում:
- Ցածր ինքնագնահատական:
- Հիվանդագին անհանգստություն արտաքին տեսքով:
- Անամնեզում կրկնվող դիետաներ, սննդից հրաժարում, ֆիզիկական գերակտիվություն, գերձանրաբեռնվածություն ֆիզիկական վարժություններով:
- Ծնողների սննդային վարքագիծը և քաշը:
- Պահանջկոտ ավտորիտար ծնողներ, ընտանեկան խնդիրներ:
- Ֆիզիկական կամ սեռական բռնության դրվագներ:

- Վաղ սեռական հասունացում:
- Ավելորդ քաշի կապակցությամբ վիրավորանքի ենթարկվելը:
- Կորուստներ կամ կյանքի դժբախտություններ, խնդիրներ հասակակիցների հետ և դպրոցում:

Անհրաժեշտ է հիշել. ցանկացած դեռահաս, որը մտահոգված է սեփական քաշով, կարծում է, որ գեր է, փորձում է կամ ցանկանում է նիհարել, անհանգստացած է արտաքին տեսքով, ունի առաջնային կամ երկրորդային ամենորեա, պետք է ստուգվի սննդային վարքագծի խանգարումների (անոռեքսիայի կամ բուլիմիայի) վերաբերյալ:

Սննդային վարքագծի խանգարումներ ունեցողները երբեմն թաքցնում են իրենց կարգավիճակը, հարցերին ժխտողական են պատասխանում, այդ իսկ պատճառով լրացուցիչ տեղեկատվություն անհրաժեշտ է ստանալ ծնողներից, ուսուցիչներից, ընկերներից:

Կլինիկական նշաններ.

Սննդային վարքագծի խանգարումներ ունեցող դեռահասները կամ դեռահասների ծնողները կարող են դիմել ընդհանուր գանգատներով: Դեռահաս աղջիկների ծնողները հաճախ դիմում են բժշկին դաշտանային ցիկլի խանգարման հետ կապված: Գնահատումը պետք է ներառի.

1. Սոմատիկ վիճակի գնահատում. քաշ, հասակ, ՄՁՑ (օգտագործելով ցենտիլային աղյուսակներ), ջերմության, չափում, զարկերակային ճնշման չափում, անոթազարկի չափում, արտաքին տեսքի, օրգան-համակարգերի գնահատում, դաշտանային ցիկլի առկայության ճշտում:
2. Սննդային վարքագծի և քաշի գնահատում. սննդի քանակը, տեսակը, դեղերի ընդունումը՝ փորկապություն, փորլուծություն առաջացնող դեղեր, թեյեր, միզամուղներ, հոգնաներ:
3. Վիճակի ծանրության գնահատում:
4. Հոգեբանական նախնական գնահատում:

Սննդային վարքագծի խանգարումների կասկածի դեպքում անհրաժեշտ է կատարել հետևյալ լրացուցիչ հետազոտություններ.

5. Կլինիկո-լաբորատոր հետազոտություններ.արյան ընդհանուր անալիզ, բիոքիմիական անալիզ (ներառյալ Fe, K, Na, Ca, P, Mg, գլյուկոզ, կրեատինին, միզանյութ, բիլիրուբին, լյարդային տրանսամինազներ, սպիտակուցներ):
6. ԷՍԳ, որովայնի և փոքր կոնքի օրգանների ուլտրաձայնային հետազոտություն:
7. Հորմոնների հետազոտություն՝ ֆոլիկուլոխթանող հորմոն, լյուտեինիզացնող հորմոնը էսթրադիոլ, թիրեոտրոպ հորմոնը:

Դեռահասին զննելիս անհրաժեշտ է ուշադրություն դարձնել հետևյալ կլինիկական նշաններին.

1. Արտաքին տեսք.

- Չորացած դեղնավուն մաշկ, հիպերկարոտինեմիայի նշաններ ափերում: Ներս ընկած թշեր, սուբկոնյունկտիվալ արյունազեղումներ, լանուգո մազերի առկայություն, եղունգների փոփոխություն, մազաթափություն, մազերի փայլի բացակայություն, չոր շրթունքներ, կապտուկներ:
- Ցրտի նկատմամբ տուլերանտության իջեցում:
- Գլխապտույտներ, ուշագնացություն, թուլություն, հոգնածություն, քնի խանգարումներ:
- Սիրտ-անոթային համակարգ՝ միտրալ փականի պրոլապս, **բրադիկարդիա**, հիպոթենզիա, հիպոթերմիա, QT ինտերվալի երկարում:
- Կրծքագեղձերի ասրոֆիա, կրծքավանդակի ցավեր:
- Ստամոքսի գերլցման զգացում, փքվածություն, որովայնացավ, էպիգաստրալ այրոց, փորկապություն, փորլուծություն, փսխումներ:
- Վերջույթների այտուցներ, ակրոցիանոզ, կոշտուկներ մատների հողերի շուրջը՝ (արհեստական փսխումների առաջացման դեպքում՝ Ռուսելի համախտանիշ), Ռեյնոյի համախտանիշ:
- Մկանային ջղաձգումներ, հոդացավեր, շոշափման ցավեր, մանկաբարձի ձեռք՝ հիպոկալցիեմիայի դեպքում:
- Սիալոադենիտ, ստոմատիտ, գինգիվիտ, ատամների էմալի երոզիաներ:

- Վերջույթների այտուցներ:
- Քնի խանգարումներ:
- Ուշացած սեռական զարգացում:
- Առաջնային կամ երկրորդային ամենորեա:
- Օստեոպորոզ:

Բրադիկարդիան՝ անհանգստացնող, հնարավոր ֆատալ ախտանիշ է:

Որոշ դեպքերում լաբորատոր տվյալները կարող են լինել նորմալի սահմաններում: Նկատվում է հեմոգլոբինի և լեյկոցիտների իջեցում, հատկապես խիստ բուսակերության պարագայում, գլյուկոզայի մակարդակի իջեցում: Տրամսամինազների մակարդակի բարձրացումը դիտվում է որպես թերսնվածության արդյունք: Փսիումներ ունեցող հիվանդների մոտ նկատվում է հիպոքլորեմիկ մետաբոլիկ ակալոզ, իսկ լուծողական դեղեր ընդունողների մոտ նկատվում է հիպերքլորեմիկ մետաբոլիկ ալկալոզ: Դեհիդրատացիայի ժամանակ՝ միզանյութի և կրեատինինի բարձրացում: Էսթրադիոլի, Ֆոլիկուլոխթանող, լյուտեինիզացնող հորմոնների մակարդակի նվազում:

Ընդհանուր առմամբ, լաբորատոր տվյալները չեն ախտորոշում նյարդային անոռեքսիան կամ բուլիմիան; **Սննդային վարագծի խանգարումների ախտորոշումը՝ կլինիկական է:**

2. Սննդային վարագծի սկրինինգի հիմունքներ.

Հարցման ընթացքում ցանկալի է սկսել քիչ զգայուն, ընդհանուր հարցերից, այնուհետ անցնելով ավելի խոցելի հարցերին: Հոգեբանասոցիալական անամնեզը հնարավորություն կտա գնահատել և պատկերացում կազմել դեռահասին շրջապատող միջավայրի մասին: Ծնողի ներկայությունը ցանկալի չէ:

- Հոգեբանասոցիալական անամնեզ՝ ընտանիք, դպրոց, ակտիվություններ, թմրամիջոցների օգտագործում, սեռական կյանք, սեռական բռնություն/չարաշահում:
- Ներկա հիվանդության պատմություն:
- Քաշի փոփոխության պատմություն: Ցանկալի քաշը, երբ էր առավելագույն քաշը:

- Ինչ է կարծում ներկա քաշի մասին, ինչքան հաճախ է կշռվում:
- Երբ է սկսվել քաշի կորուստը: Արդյոք վերջին 3 ամսվա ընտացքում նիհարել է 6 կգ կամ ավել:
- Քաշի վերահսկման ինչ մեթոդներ է կիրառել:
- Սննդակարգ: Ինչպես է սնվում, արդյոք հաշվում է ընդունած կալորիաները:
- Ներկայիս սննդային սովորություններ, սննդակարգի առանձնահատկություններ, սննդի քանակ, սննդամթերքների խմբեր, հեղուկներ, սահմանափակումներ:
- Վերջին 24-ժամվա ընթացքում ընդունած սնունդը, քանակը:
- Քաշի վերահսկման մեթոդներ՝ աղիների դատարկում, հաճախականությունը, քանակը:
- Միզամուղների, լուծողականների օգտագործում, «նիհարելու» հաբեր, փսխումներ առաջացնող դեղամիջոցներ:
- Ֆիզիկական ակտիվություն՝ մարզվելու եղանակներ, հաճախականությունը, տևողությունը, ինտենսիվությունը:
- Դաշտանային ֆունկցիա՝ մենարխեի տարիքը, ցիկլերի պարբերականությունը, վերջին նորմալ դաշտանը:
- Անհանգստություն, դեպրեսիա, կաշուն մտքեր, ժխտողական վարքագիծ, կոմորբիդ վիճակներ:
- Ընտանեկան անամեզ՝ ճարպակալում, սնուցման խանգարումներ, դեպրեսիա, թմրամիջոցների օգտագործում / ալկոհոլամոլություն:

Կարող է օգտագար լինել նաև հետևյալ տեղեկատվությունը. դեռահասը նախընտրում է սնունդ ընդունել միայնակ, առանց «վկաների», հրաժարվում է մասնակցել ընտանեկան/ընկերական միջոցառումներին, նախապատվություն է տալիս սննդի մեկ տեսակին, սնունդ ընդունելու հերթականությամբ: Նախընտրում է միայն բուսական ծագման սնունդ, չափից ավելին գերադասում է օգտագործել սառը ջուր, մաստակ, վախենում է ճարպոտ սննդից: Ինքնուրույն կշռվում է ամեն օր կամ օրվա ընթացքում մի քանի անգամ: Կոնֆլիկտներ է ունենում տան անդամների հետ: Քաշի կորուստը թաքցնելու նպատակով ընտրում է լայն տաք հագուստ: Անհրաժեշտ է հիշել, որ կշռվելուց առաջ դեռահասները կարող են հեղուկ ընդունել, կրել ծանր զգեստ, կոշիկներ

3. Հոսպիտալացման ցուցումներ:

Հոսպիտալացումը ավելի հաճախ անհրաժեշտ է անոռեքսիայով հիվանդներին, կատարվում է ֆիզիկական կամ հոգեբանական վիճակի դեկոմպենսացիայի և ամբուլատոր բուժման անարդյունավետության դեպքերում: Հոսպիտալացումը և վարումը բազմամասնագիտական թիմի կողմից հնարավորություն է տալիս կայունացնել հիվանդի վիճակը, նպաստել առողջ և ապահով սննդային սովորությունների դրսևորմանը:

Ծայրահեղ ծանր վիճակում հոսպիտալացնում են վերակենդանացման բաժանմունք:

- Մարմնի զանգվածը իդեալական զանգվածի 75%-ի ցածր սահմանում, քաշի կորուստ մարմնի իդեալական զանգվածից 30% և ավել, քաշի շարունակական կորուստ անգամ բուժման պարազայում; քաշի կտրուկ նվազում:
- Սրտի հաժախականությունը՝ 50-ից պակաս մեկ րոպեում ցերեկային ժամերի ընթացքում, 45-ից պակաս գիշերային ժամերի ընթացքում:
- Սիստոլիկ ճնշումը՝ 90 մմ սն. սն-ից ցածր է:
- Անոթազարկի և ՋՃ օրտոստատիկ փոփոխություններ՝ 20 զարկից ավել մեկ րոպեում:
- Հիպոկալիեմիա, հիպոֆոսֆատեմիա, հիպոնատրիեմիա մկանային թուլություն:
- Արիթմիաներ:
- Արտահայտված դեհիդրատացիա:
- Ինքնասպանության վտանգ:
- Հիպոթերմիա:
- Անզուսպ փսխումներ:
- Ուշագնացության կրկնվող դեպքեր:
- Դեռահասները կտրականապես հրաժարվում են որևէ սնունդ ընդունել:
- Անարդյունավետություն ամբուլատոր բուժման պարազայում:

Կյանքին սպառնացող վիճակները շտկելուց հետո բազմամասնագիտական թիմը շարունակում է աշխատել հիվանդի հետ:

4. Հոգեբանական գնահատում

Գնահատման ընթացքում անհրաժեշտ է ստուգել ինչքանով են կաշուն դեռահասի մտքերը նիհարելու, քաշը վերահսկելու, սնունդը ընդունելու վերաբերյալ: Արդյոք դեռահասը հասկանում է իրավիճակի լրջությունը, արդյոք ունի ցանկություն բուժվելու/ օգնություն ստանալու:

Հոգեբուժական հիվանդությունները բավական հաճախ են գուգակցվում սննդային վարքագծի խանգարումների հետ և նույնքան հաճախ մնում են չախտորոշված: Անհրաժեշտ է ստուգել դեպրեսիայի, անհանգստության նշանները, օբսեսիվ խանգարումները, ինքնասպանության մտադրությունը: Ինքնասպանության փորձերը և ինքնասպանությունները բավական հաճախ են հանդիպում: Շատ կարևոր է ծնողների վերաբերմունքը դեռահասի հիվանդության նկատմամբ: Խնդիր չընդունելը, ոչ լուրջ վերաբերվելը, անհամաձայնությունները բուժման ընթացքում կամ բուժման վերաբերյալ զգալիորեն դժվարեցնում է բուժման ընթացքը: Ծխախոտի, ալկոհոլի, այլ հոգեմետ նյութերի օգտագործումը բարդացնում է սննդային վարքի խանգարումների վարումը:

Տարբերակիչ ախտորոշում.

- Ստամոքսաղիքային համակարգի հիվանդություններ
- Աղիների բորբոքային հիվանդություն
- Ցելիակիա
- Շաքարային դիաբետ
- Հիպոպիտուիտարիզմ
- Ադդիսոնի հիվանդություն
- Հիպեր/հիպոթիրեոիդիզմ
- Օբսեսիվ-կոմպուլսիվ համախտանիշ
- Քաղցկեղ

Ախտորոշում

Ախտորոշման չափանիշները օգտագործվում են համաձայն հոգեկան խանգարումների ախտորոշման և վիճակագրական ձեռնարկի 4 հրատարակությանը(Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, IV edition).

Ըստ կլինիկական դրսևորումների սննդային վարքագծի խանգարումները (համաձայն ՀՄԴ 10՝ F50-59) բաժանվում են սահմանափակող և բուլիմիկ տեսակների: Առանձնացված է նաև **չճշտված սննդային խանգարումների խումբը:**

Նյարդային անոռեքսիան բնութագրվում է հետևյալ նշաններով. մարմնի խեղաթյուրված ընկալում, վախ կամ անհանգստություն քաշի ավելացման վերաբերյալ, քաշի կորուստ, սննդի սահմանափակ ընդունում, «նիհարացնող» դեղորայքի, թեյերի ընդունում:

Բուլիմիան (շատակերությունը) բնութագրվում է ներքոհիշյալ ախտանշաններով.

- սոմատիկ, այդ թվում կրկնվող փսխումների և լուծողականների ընդունման հետևանքներ՝ մարմնի զանգվածի տատանումներ՝ ավելացում կամ անկում՝ արհեստական փսխումների առաջացման և աղիների մաքրման պայմաններում, քնկոտություն, կրկնվող փսխումների պատճառով՝ թքագեղձերի մեծացում, ատամների էմալի էրոզիաներ, մատների կոշտուկներ.
- ներոտիկ՝ մեղքի զգացում, դեպրեսիա, անհանգստություն, տագնապ: Ծանր դեպքերում առկա են լաբորատոր փոփոխություններ՝ հիպոկոլեմիա, էլեկտրոլիտային շեղումներ, հիպոկալիեմիկ, հիպոքլորեմիկ մետաբոլիկ ալկալոզ:
- Բուլիմիայի դեպքում նկատվում է մարմնի զանգվածի տատանումներ, թքային գեղձերի մեծացում, մեղքի զգացում, ատամների էմալի ախտահարում, հիպոկոլեմիա: Իզոլացված նյարդային բուլիմիան չի ուղեկցվում ցածր քաշով:

Նյարդային բուլիմիան կարող է դիտվել որպես նյարդային անոռեքսիայի շարունակություն:

Նյարդային անոռեքսիայի ախտորոշման չափանիշները հետևյալ են.

- գիրանալու սաստիկ վախը, որը չի նվազում նույնիսկ քաշի կորստի հետ,
- խիստ անհանգստություն մարմնակազմության վերաբերյալ. «ճարպի շոշափում» ակներև հյուսվածության պայմաններում,

- քաշը տարիքային նորմայի ստորին սահմաններում կամ դրանից բարձր պահպանելու համառ մերժումը, կամ ՄՁՑ 17.5 ցածր ցուցանիշը, մարմնի զանգվածը 15%-ով ցածր է իդեալականից:
- առաջնային կամ երկրորդային ամենոռեան՝ 3 և ավել դաշտանային պարբերաշրջանների ընթացքում:

Նյարդային բուլիմիայի ախտորոշման չափանիշները.

- շատակերության կրկնվող դրվագներ (կարճ ժամանակում սննդի մեծ քանակության արագ ընդունում, երբեմն 2 ժամից քիչ ընդմիջումներով),
- ուտելը դադարեցնելու անկարողության զգացում,
- կրկնվող «կոմպենսատոր» վարքագծի դրսևորում՝ արհեստական փսիումների առաջացում, լուծողականների, միզամուղների չարաշահում, հոգնաների ընդունում, երբեմն էլ՝ խիստ սննդակարգի պահպանում, ուտելուց հրաժարում, ինտենսիվ մարզումներ,
- շատակերության դրվագները կրկնվում են առնվազն 3 ամսվա ընթացքում, շաբաթական նվազագույնը 2 անգամ:
- Մեղքի զգացումը, ցածր ինքնագնահատականը, դեպրեսիայի նշաններ:

Զճշտված սննդային վարքագծի խանգարումների խումբ

Կան հիվանդության ակնհայտ նշաններ, որոնք, սակայն, չեն բավարարում ախտորոշման բոլոր չափանիշներին:

- Նյարդային անոռեքսիայի բոլոր չափանիշները, բացառությամբ դաշտանային ցիկլի խանգարումների:
- Նյարդային անոռեքսիայի բոլոր չափանիշները, բացառությամբ քաշի կորուստը:
- Բուլիմիայի բոլոր նշանները բացառությամբ կոմպենսատոր մեխանիզմների:
- Մարմնի զանգվածի նորմալ քաշ, բայց կոմպենսատոր վարքագծի դրսևորումներ՝ սննդի փոքր քանակի օգտագործման դեպքում:

Բարդություններ.

Առանց բուժման մահացության ռիսկը կազմում է 10%:

- Ֆիզիկական և սեռական զարգացման հապաղում
- Հոգեբանական խանգարումներ
- Ուշադրության պակաս, ցածր ինքնագնահատական, տրամադրության փոփոխություններ, հոգեմետ նյութերի օգտագործում, կոտրվածքներ՝ ոսկորների ցածր միներալիզացիայի պատճառով:
- Ստամոքս-աղիքային համակարգի արյունահոսություններ:
- Կոգնիտիվ ֆունկցիայի i5ecwum:
- Օստեոպորոզ

Սեռական զարգացման հապաղումը հետագայում կարող է հանգեցնել չբերության; 6 ամիս և ավել ամենօրեայի դեպքում տեղի է ունենում ոսկորների միներալիզացիայի զգալի պակաս, օստեոպորոզի զարգացում: Մնուցման ռեժիմը վերականգնելուց հետո բարդությունների մեծ մասը անցնում է: Ոսկորների միներալիզացիայի խտությունը, ուղեղի կառուցվածքային փոփոխությունները, աճը երբեմն չեն վերականգնվում:

Վարում.

Մանուկային վարքագծի խանգարումներ ունեղոցները ցանկանում են և միևնույն ժամանակ վախենում են ապաքինվել:

Ընդհանուր առմամբ, նյարդային անոռեքսիան համարում են քրոնիկական հիվանդություն կասկածելի պրոգնոզով: Որքան շուտ է հայտնաբերված հիվանդությունը, այդքան արդյունավետ է ընթացքը և պրոգնոզը:

Անոռեքսիայի և բուլիմիայի բուժումը բազմամասնագիտական է, ներգրավվում է մանկաբույժին/դեռահասային բժշկին, հոգեբանին, հոգեբույժին, դիետոլոգին, բուժքրոջը: Դեպքերի մի մասը կարող է բուժվել և հսկվել ամբուլատոր:

Բուժումը երկարատև է, ներառում է.

- հոգեթերապիա (անհատական և ընտանիքի անդամների մասնակցությամբ),
- վարքագծի փոփոխություն, մոտիվացում,
- սննդի ընդունման նորմալ գործընթացի աստիճանական վերականգնում,
- հոգեմետ միջոցներ:

Մնուցման խանգարումները շտկվում են հաշվի առնելով դեռահասի ֆիզիկական զարգացումը, սեռական զարգացման փուլը, ֆիզիկական ակտիվության մակարդակը:

Արդյունավետ սննդային շտկման հիմնական բաղադրիչներն են բալանսավորված սննդի և հեղուկների ընդունում և գնահատում, հիվանդի ինքնազգացողության և սննդի նկատմամբ վերաբերմունքի փոփոխություն, սովածության և հազեցվածության զգացումի առաջացում, բիոքիմիական ցուցանիշների փոփոխություն:

Անհրաժեշտ է սահմանել կարճաժամկետ և երկարաժամկետ նպատակներ.

- Քաշի օրական փոփոխություն ծայրահեղ ծանր վիճակի դեպքում:
- Քաշի շաբաթական փոփոխություն հիվանդի սուր և միջին ծանրության վիճակում:
- Հնարավորինս հասնել տարիքին համապատասխանող քաշին՝ դաշտանային ցիկլը վերականգնելու նպատակով:
- Շարունակել ընդունել սնունդը՝ քաշը պահպանելու նպատակով:
- Տրամադրել տեղեկատվություն քաշի պահպանման առողջ տարբերակներից:
- Բացատրել անոռեքսիայի և բուլիմիայի հնարավոր վտանգները:

Ծայրահեղ ծանր դեպքերում, երբ հիվանդի մարմնի զանգվածը իդեալական զանգվածի 75%-ի ցածր սահմանում է գտնվում անհրաժեշտ է հոսպիտալացնել, էլեկտրոլիտային բալանսը շտկելու նպատակով նշանակել համապատասխան հեղուկներ: Սննդակարգի էներգետիկ բալանսը պետք է սկսվի նվազագույնը 700-1500 կկալ օրական, ավելացնելով 200 կկալ շաբաթական 2- 3 անգամ մինչև քաշի ավելացում: Խորհուրդ է տրվում սնվել օրական 6 անգամ. 3 հիմնական և 3 միջանկյալ կարուլիական սնունդ: Անհրաժեշտ է ուշադիր հետևել հիվանդին սնունդ ընդունելուց 1-2 ժամվա ընթացքում, սահմանափակել ֆիզիկական ակտիվությունը: Ուշադրություն դարձնել լոգարանում գտնվելուց՝ օրտոստատիկ կոլապսներից, արհեստական փսխումներից խուսափելու նպատակով: Անհրաժեշտ է հետևել վտանգի նշաններին. առիթմիայի առկայությանը, էլեկտրոլիտային բալանսի խախտմանը:

Երբեմն անհրաժեշտ է լինում հիվանդին կերակրել նազոգաստրալ զոնդի միջոցով կամ ծանր դեպքերում՝ պարենտերալ եղանակներով:

Հիվանդի վիճակի բարելավման մասին վկայում են էլեկտրոլիտային բալանսի փոփոխությունները, վտանգի նշանների բացակայությունը, քաշի դանդաղ ավելացումը: Աշխատանքը հոգեբանի, հոգեթերապևտի հետ, քաջալերանքը անհրաժեշտ է:

Միջին ծանրության դեպքերում նկատվում է մարմնի զանգվածի զգալի կորուստ՝ մինչև 75%-85% իդեալական զանգվածից, բայց հիվանդը չի ընդունում այդ փաստը: Օրվա ռացիոնը կազմում է 1000 կկալ ցածր, օգտագործում է լուծողական դեղեր կամ միզամուղներ, փսխումներ է առաջացնում, ցանկանում է նիհարել: Լրացուցիչ դժվարություն է առաջացնում ընտանեկան բարդ իրավիճակը, կոնֆլիկտները: Որոշ դեպքերում նման հիվանդները ևս հոսպիտալացվում են:

Միջին ծանրության դեպքերում որպես կարճաժամկետ նպատակ, անհրաժեշտ է սահմանել այնպիսի քաշ, որի դեպքում հնարավոր է նվազագույն ֆիզիկական ակտիվությունը: Քաշի շաբաթական ավելացումը պետք է լինի 250 գ մինչև 1 կգ: Խորհուրդ է տրվում սնվել օրական 6 անգամ. 3 հիմնական և 3 միջանկյալ սնունդ: Ջրի փոխարինումը մրգային հյութերի կարող է օգնել հիվանդներին հաղթահարել հոգեբանական դժվարությունները կապված սննդի ընդունման հետ: Խորհուրդ է տրվում նշանակել մուլտիվիտամիններ և միկրոէլեմենտներ, սահմանել օրվա ընդունված սննդի քանակը: Անհրաժեշտ է ստուգել վտանգի նշանների առկայությունը՝ առիթմիան, սրտի հաճախականությունը 50-ից ցածր, գիտակցության կորուստ: Սննդի ընդունման ժամանակը սահմանել որպես 30 րոպե հիմնական սննդի դեպքում, 15 րոպե՝ միջանկյալի համար: Ցանկալի է ընդունել սնունդը ընկերների, ընտանիքի հետ համատեղ: Օգտագործել ափսեի առնվազն $\frac{3}{4}$ -ը: Անհրաժեշտ է ընդունել սպիտակույցներ օրական 2-3 անգամ, ճարպի քանակի ընդունումը աստիճանաբար դարձնել՝ 30-50գ օրական: Հիվանդի վիճակի բարելավման մասին վկայում է քաշի դանդաղ ավելացումը, վարքագծի փոփոխությունը:

Հիվանդության թեթև ընթացքին բնորոշ է արտաքին տեսքով չափավոր դժգոհություն, նիհարելու ցանկություն, ոչ ապահով մեթոդների կիրառում, մարմնի զանգվածի տարիքային նորմայի 90%-ը:

Անհրաժեշտ է բացատրել օպտիմալ մարմնի զանգվածի կարևորությունը և նշանակությունը տվյալ հիվանդի համար, դաշտանային ֆունկցիայի կարևորությունը: Մշակել բալանսավորված սննդի օրագիրը, խրատուսել հիվանդի մոտիվացումը: Խորհուրդ է տրվում սնվել օրական 6 անգամ. 3 հիմնական և 3 միջանկյալ սնունդ: Հսկել ամսվա ընթացքում մի քանի անգամ: Անհրաժեշտ է զգուշացնել վտանգի նշանների մասին. սննդից հրաժարում, մեղքի զգացում ուտելուց հետո, քաշի կտրուկ նվազում:

Բոլոր դեպքերում անհրաժեշտ է հոգեբանական աջակցություն, խորհրդատվություն, դեպքերի մեծամասնությունը պահանջում է ընտանեկան թերապիա:

Ելնելով հիվանդության աստիճանից, հոգեբույժի կողմից նշանակվում են անտիդեպրեսսանտներ, նեյրոլեպտիկներ:

Բուժումը և հսկողությունը պետք է սահմանել այնքան ժամանակ, մինչև դեռահասի մոտ նկատվի լիարժեք ֆիզիկական և հոգեբանական առողջացում:

Նկար 1. Դեռահաս աղջիկ նյարդային անոռեքսիայով (ՄՁՑ = 11-13)

