

ҚР ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУ МИНИСТРЛІГІ
С.Д.АСФЕНДИЯРОВ АТЫНДАҒЫ
ҚАЗАҚ ҰЛТТЫҚ МЕДИЦИНА
УНИВЕРСИТЕТІ



МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РК
КАЗАХСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ
С.Д.АСФЕНДИЯРОВА

Балалар мен жасөспірімдердегі тағамдық тәртібінің бұзылуы



Орындаған: Бекмағанбетова Ғ.Б.

Факультет: ЖМ

Тобы: 38-1

Тексерген: С

Жоспар

Кіріспе

Негізгі бөлім

Ерте жастағы балалардағы тағам тәртібінің бұзылыстары

Нәрестенің емшек сүтінен бас тартуы

Гипорексия, анорексия

Руминация

Пика (МКБ10 F 98.3)

Нарушения пищевого поведения у подростков

Булимия

Нервтік анорексия

Қорытынды

Пайдаланылған әдебиет

КІРІСПЕ

Тағамдық тәртіп

- ценностное отношение к пище и её приёму, стереотип питания в обыденных условиях и в ситуации стресса, поведение, ориентированное на образ собственного тела, и деятельность по формированию этого образа.
- азық-тулікке және оны қабылдауға деген қатынасы, қарапайым жағдайларда және стресстік жағдайдағы тамақтанудың стереотипі, өз денесіне, тұлғасына бағдарланған мінез-құлық және осы бейнені қалыптастыру үшін әрекет.

Тағамдық тәртіптің сипаттамасы

- Біріншілік биологиялық қажеттілік
- Физиологиялық қажеттілік
- Тамақтану ерекшеліктері эмоционалдық қажеттілікті мәлімдейді (психологиялық)
- Тағамның қоғамдық мәні

Тағам тәртібінің бұзылуы

- класс психогенно обусловленных поведенческих синдромов, связанных с нарушениями в приёме. В числе прочих, к расстройствам приёма пищи относят нервную анорексию, нервную булимию, психогенное переедание, а также ряд других расстройств. Нарушения пищевого поведения относятся к психическим расстройствам.

қабылдау кезіндегі ауытқуларға байланысты психогенді түрде пайда болған мінез-құлық синдромының класы. Тамақтану бұзылыстары: жүйкелік анорексия, жүйкелік булимия, психогенді тамақтану және басқа да көптеген аурулар. Тамақтану бұзылулары психикалық бұзылулармен байланысты.

Пищевое поведение основывается на нескольких параметрах — физиологических и психологических

Физиологические параметры

определяются потребностью организма в потреблении и переваривании пищи, состоянием нейроэндокринных и обменных процессов, вегетативной регуляцией работы органов пищеварения, состоянием гомеостаза.

Нарушения функционирования названных систем организма ребёнка приводит к изменению его пищевого поведения с раннего возраста.

Психологические параметры

- нарушения в системе взаимоотношений «мать—дитя» в младенческом возрасте ребёнка;
- непривычные для малыша вкусовые качества пищи и её консистенция;
- неприемлемые для ребёнка в раннем детстве способы принятия пищи;
- психологические проблемы в семье ребёнка с раннего детства;
- резкие изменения стереотипа жизни и питания ребёнка;
- наличие депривационных ситуаций в раннем детстве (отрыв ребёнка от матери, перевод его в другое детское воспитательное учреждение).

Наиболее часто нарушение пищевого поведения свойственно детям с признаками врождённой нервноности. Для неё характерны такие основные признаки:

- нарушение и искажение пищевого инстинкта, что приводит к расстройствам аппетита (снижению или увеличению дозы потребления пищи);
- недостаточность всех вегетативно регулируемых функций организма, которые в будущем могут привести к вегетососудистой дистонии, вегетовисцеральным нарушениям и другим соматоформным расстройствам;
- расстройство сна;
- нарушение терморегуляции;
- разлаженность адаптационных механизмов организма при смене стереотипа жизни ребёнка.

Отказ младенца от грудного кормления

- Отказ младенца от грудного кормления может происходить по разным причинам: неприятный либо непривычный вкус молока, неправильное или неудобное положение ребёнка во время кормления грудью, неприятие грудного вскармливания матерью по её личностным причинам и т.д.



Гипорексия, анорексия

Снижение аппетита, полное отсутствие аппетита может проявляться и у детей с раннего возраста. Малыши никогда не просят кушать, им незнакомо ощущение голода, у них нет любимых блюд. Дети плохо воспринимают новую пищу: их раздражает её запах, вкус, консистенция и даже её внешний вид. Поэтому введение прикорма представляет большую проблему. Всё это заставляет окружающих придумывать различные способы кормления.



Руминация



это осознанное срыгивание пищи, которую ребёнок глотает снова или выплёвывает изо рта. Этот симптом чаще возникает у мальчиков, чем у девочек, в раннем возрасте. Но такое пищевое поведение может продолжаться вплоть до школьного возраста.

Пика (МКБ10 F 98.3) – это расстройство пищевого поведения, характеризующееся стремлением ребёнка поесть несъедобные предметы или вещества (мел, краски, песок, пищевые отходы и т. д.). Известно, что малыши тянут в рот всё, что их окружает.

Такое поведение связано не с пищевым инстинктом, а со стремлением ребёнка познать мир вещей: ощупывают руками, лизжут, пробуют «на зуб».

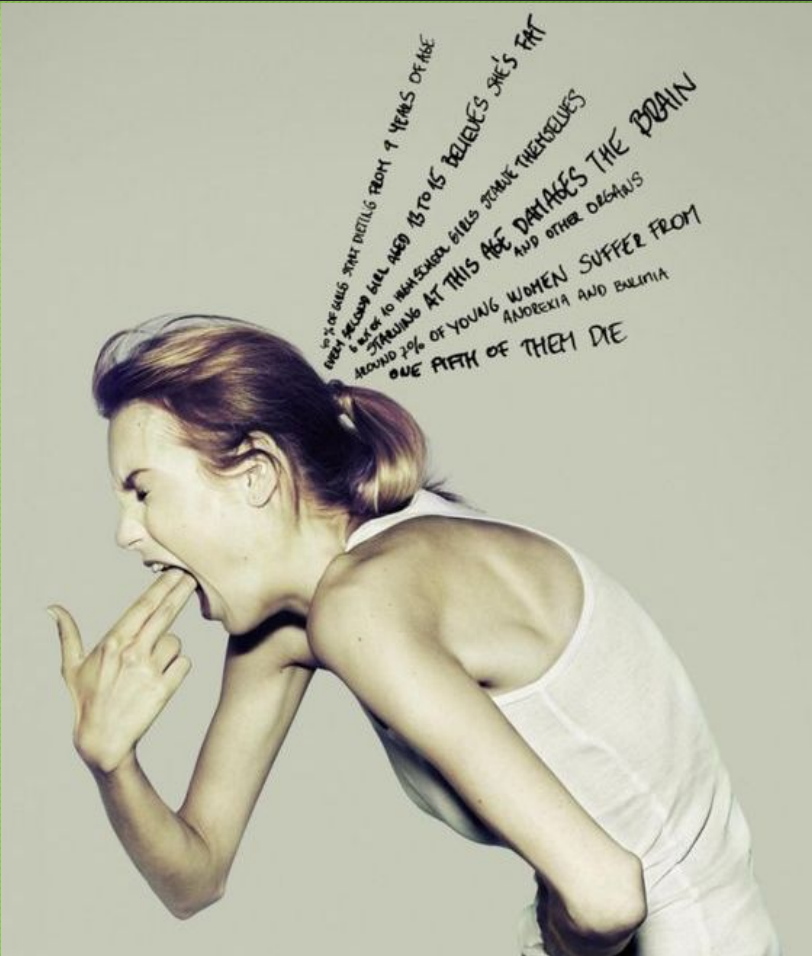


Психогенное переедание

- Эпизоды потери контроля над процессом поглощения пищи
- Эпизоды обжорства во время выраженного стресса
- Поедание ненормально большого количества пищи за короткий промежуток времени
- Поедание больших количеств пищи при отсутствии чувства голода
- Еда до отвала
- Еда в состоянии депрессии, грусти или скуки
- Еда в одиночестве, из чувства стыда, связанного с процессом еды
- Еда в одиночестве, из желания скрыть эпизод обжорства
- Чувство отвращения, депрессии или вины после эпизода обжорства

Булимия

(бычий голод) (от греч. Bu(s) – бык и limos – голод)



- навязчивое чередование еды/рвоты или еды/дефекации (Drewnowski et al., 1995)

Нервная анорексия

(греч. отрицательная приставка an- и orexis — аппетит)

-«сознательное ограничение в еде с целью похудения в связи с убежденностью в наличии мнимой или резко переоцениваемой полноты»

(Цивилько и др., 1999)



Условия, способствующие возникновению расстройств пищевого поведения

- Влияние среды обитания (социальные условия, отношение к еде со стороны мамы, семейное поведение и т.д.)
- Семья, выступающая как аддикта
- Нарушения эго-идентичности, в т.ч. нарциссичность личности
- Потребность в новых ощущениях
- Наличие стресса
- Недостаточная структурированность личностных факторов, которые могут помочь справиться со стрессом другими способами
- Наличие психических или соматических расстройств, которые способствуют возникновению аддикции
- Наследственность
- Безделье

Статистические данные по анорексии

- 95 % - девочки,
5 % - мальчики
- возраст от 12 до 30 лет,
пики заболеваемости –
13-14 лет и 17-19 лет

- На сегодняшний день в США ежегодно регистрируется 15 новых случаев заболевания анорексией на 100 тыс. населения.
- В Швеции среди девочек школьного возраста частота встречаемости анорексии составляет 1:150.
- В Англии среди девочек моложе 16 лет этот показатель несколько ниже: 1:200 в частных школах и 1:550 в государственных. Среди девушек 16 лет и старше распространенность нервной анорексии достигла рекордной отметки - 1:90.
- В Германии на сегодняшний день зарегистрировано 700 тыс. больных анорексией и булимией.

Булимия

- нарушение пищевого поведения, характеризующееся в основном повторяющимися приступами обжорства, пищевыми "кутежами". Чтобы избежать ожирения, большинство больных булимией по окончании "кутежей" прибегает к тому или иному способу очищения желудка, искусственно вызывая у себя рвоту или принимая слабительные и мочегонные средства.

Статистические данные по булимии

- Заболеваемость среди учащихся составляет 4 - 9%.
- Начало в возрастном промежутке 12 - 35 лет, пик частоты возникновения приходится на 18 лет, т.е. несколько позже, чем при нервной анорексии.
- Преобладают женщины, пациенты мужского пола составляют лишь 10 - 15%.

«Диктатура 36 размера»

- Поклонницы анорексии называют себя *anas* или *rexies*. («девочки-бабочки с красными браслетами»).
- Фанаты булимии проходят под названием *mias* (русский вариант – «миа»).
- Свой «второй дом» анорексички и булимички обретают в интернете (сайты *pro-ana* и *pro-mia*).



«ВКонтакте»

- Более 78 групп, посвященных анорексии (6 – «Против», 72 – «За»)
- Более 50% этих групп закрытые (доступ к ним избирателен).
- Наибольшие по численности группы:
«Анорексия» - 107 611 чел.,
«Типичная анорексичка» - 111 256 чел.
Минимальная группа - 199 участников.
- Формы общения - форумы, помощь новичкам, дневники, фото-дневники, отчёты, ответы на проблемные вопросы, поддержка.

Лозунги групп анорексии

- Мы победим и похудеем вместе.
- В любой непонятной ситуации – худей!!!
- Хочешь есть – попей водички!
- Над нами можно смеяться, но нельзя заставить потолстеть!
Нас – так много, что мы можем держать мир!(пусть и не долго)
Мы – самые худые люди планеты!
- Мы победим этот чертов жир и сдвинем наш вес с мертвой точки сами!

Анорексияны 2 типке бөледі :

- **Шынайы,**
шынымен аштық сезімі редуцирленген

- **Жалған,**
адам аштықты сезеді, бірақ
сыртқы келбетін өзгерту
мақсатында тамақтанудан бас
тартады

Характерные признаки истинной нервной анорексии:

- Нарушение схемы тела вплоть до бредовых убеждений, при котором больные как бы не видят выраженность своего истощения;
- расстройство восприятия стимулов с пищеварительной системы;
- физическая гиперактивность и отрицание усталости (стремление к активности сохраняется у больных вплоть до выраженного истощения);
- «парализующее чувство беспомощности», которое пронизывает мышление и поведение больных и приводит к дефициту инициативы;
- отказ поддерживать массу тела на уровне минимальной нормы с учётом возраста и пола. Вес тела сохраняется на уровне как минимум на 15% ниже ожидаемого;
- явно выраженный страх перед увеличением массы или объема тела, несмотря на имеющуюся худобу;
- у женщин аменорея в течение трех последовательных циклов.

Жүйкелік булимиясының (F50.2) диагностикасы МКБ-10 бойынша келесі критерийлерге сәйкес келу керек (Попов, Вид, 2000):

1. Артық тамақтанып қою приступтарының қайталануы (дискретті уақыт периоды аралығында көп мөлшердегі тағамдану);
2. Приступ уақытында өз-өзін тоқтата алмау;
3. Салмақ қосуының алдын алу үшін науқастар көбінесе құсуды индуцирлейді, іш өткізгіш және зәр айдағыш препараттар қолданады, қатаң диеталық шектеулер, аштық, физикалық күштемеге жүгінеді.;
4. Артық тамақтану ұстамалары 3 айдың ішінде аптасына 2 реттен кем емес;
5. Өрқашан салмағы мен дене формасына қорқынышта болу.

Анорексияның ағымы бірнеше сатыға бөлінеді (Коркина, 1986; Марилов, 2004):

1-ші саты — дисморфофобиялық (инициальды) – өзінің артық салмақтығына және осыған байланысты айналасындағылардың күлуінен қорқумен жүретін құнды идеялар пайда болады.

2-ші саты — дисморфоманиялық (активті коррекция).
Дисморфомания дене бітімі мен дене бөлімдерінің «артық салмақтығына» сеніммен жүретін сандырақпен көрінеді.

3-ші саты — кахектикалық
(грек. cachexia – организмнің жалпы аруы) аурудың бастауынан кейін 1,5-2 жылдан кейін дамуы мүмкін..

Нарушение питания маленького ребёнка может быть связано с расстройством пищевого поведения. Проявление расстройств пищевого поведения у ребёнка в раннем детском возрасте может определяться различными факторами – физиологическими и психологическими. Изучение причин возникновения расстройств пищевого поведения, правильная оценка личностного отношения малыша к процессу потребления пищи могут помочь избавиться от проблем в кормлении ребёнка и наладить ему правильное питание. В ряде случаев, когда нарушения пищевого поведения связаны с психологически неприемлемыми условиями для маленького ребёнка, целесообразно к коррекционным мероприятиям подключать психолога, составляя тандем: врач – родители – психолог.

Пайдаланылган әдебиет:

- 1. Булаховой Л. А Детская психоневрология / Л. А. Булахова. — Киев : Здоров'я, 2001. — 496 с.
- 2. Зінченко С. М. Медична психологія : навчальний посібник / С. М. Зінченко. — Київ : КІСКЗ, 2009. — 341 с.
- 3. Нарушения питания и пищевого поведения / С. Н. Зинченко, Л. В. Чурсина // Библиотека семейного лікаря і сімейної медсестри. — 2010. — № 5. — С. 31—36.
- 4. Ньюкомб Нора Развитие личности ребёнка / Ньюкомб Нора. — 8