

УДК 616.895.3:616.89-008.441.42:618.17-008.8-055.2-053.6

Для цитирования: Винокуров Е.В., Собенников В.С., Рычкова Л.В., Погодина А.В., Храмова Е.Е., Долгих О.А. Психические расстройства у девушек-подростков с нарушением менструального цикла – пациенток педиатрического гинекологического стационара. *Сибирский вестник психиатрии и наркологии*. 2017; 4 (97): 49–56. [https://doi.org/10.26617/1810-3111-2017-4\(97\)-49-56](https://doi.org/10.26617/1810-3111-2017-4(97)-49-56)

Психические расстройства у девушек-подростков с нарушением менструального цикла – пациенток педиатрического гинекологического стационара

Винокуров Е.В.^{1,2}, Собенников В.С.¹, Рычкова Л.В.², Погодина А.В.², Храмова Е.Е.², Долгих О.А.²

¹ Иркутский государственный медицинский университет
Россия, 664003, Иркутск, ул. Красного Восстания, 1

² Научный центр проблем здоровья семьи и репродукции человека
Россия, 664003, Иркутск, ул. Тимирязева, 16

РЕЗЮМЕ

Цель исследования – изучение клинической структуры коморбидных психических расстройств среди пациентов с нарушениями менструального цикла педиатрического гинекологического стационара. **Материал и методы.** Обследовано 69 девушек-подростков (средний возраст 15,9±0,8 года), давших информированное согласие на участие и проходивших обследование и лечение в гинекологическом стационаре по поводу нарушений менструального цикла. Все пациенты подвергнуты клинико-психопатологическому обследованию с использованием структурированного диагностического интервью Mini International Neuropsychiatric Interview for Children and Adolescents и подросткового опросника Т. Ахенбаха Youth Self-Report. **Результаты.** Распространенность коморбидных психических расстройств составила 61%. Выявленные психические расстройства были представлены двумя клиническими подгруппами, включающими тревожно-депрессивные и дисморфофобические расстройства (40% и 60% среди коморбидных психических расстройств). Среди дисморфофобий преобладали случаи, соответствующие критериям нарушений пищевого поведения (34%), над вариантами с признаками телесной дисморфии (26%) согласно критериям DSM-V. Сравнительный анализ с использованием опросника Т. Ахенбаха YSR показал, что коморбидные психические расстройства среди девушек-подростков с нарушениями менструального цикла в общемедицинской сети включали более выраженные тревожно-депрессивные нарушения и относительно «мягкие» клинические варианты телесной дисморфии и нарушений пищевого поведения.

Ключевые слова: нарушения менструального цикла, нарушения пищевого поведения, анорексия, телесная дисморфия, депрессия.

ВВЕДЕНИЕ

Подростковый возраст характеризуется значительными изменениями в физиологическом, психическом и социальном развитии, что может ограничивать адаптационные возможности и формирует условия для проявления широкого спектра психопатологических расстройств [6]. Последние у девушек-подростков нередко сочетаются с соматическими изменениями, такими как нарушения менструального цикла и дефицит веса [2, 4, 14]. В этой связи наиболее актуальной проблемой представляется телесная дисморфия (ТД), тесно ассоциированная с нарушением пищевого поведения (НПП) и аффективными расстройствами [1, 2, 3, 13, 15].

В отечественной и зарубежной литературе дисморфофобия (ДМФ) в психиатрической литературе традиционно рассматривалась в связи с НПП, личностной и аффективной патологией, а также шизофренией [2, 4]. Значительную частоту депрессий у пациентов с НПП отмечают большинство исследователей [1, 3, 7]. Установлено, что в семьях пациентов с НПП накапливаются случаи аффективной патологии, а в семьях пациентов с большой депрессией – НПП, что позволяет предполагать наличие общих этиологических факторов [1, 3]. Несмотря на это, вопрос взаимоотношения ДМФ и НПП с аффективной патологией до настоящего времени остается дискуссионным. В последние годы, как и более

века назад, интенсивное развитие получает парадигма обсессивно-компульсивной природы нарушений, что отражено в классификации DSM-V [5].

В данной классификационной системе НПП и ТД противопоставляются и включаются в разные спектры расстройств – НПП выделяется в отдельную рубрику, а ТД включена в группу обсессивных расстройств. Также, в отличие от DSM-IV, в DSM-V критерии ТД расширены чертами обсессивного поведения (перепроверки своей внешности у зеркала; настойчивое, многократное обращение к окружающим с вопросами, приемлем ли их внешний вид; компульсивный груминг) [9].

Неблагоприятное течение и исходы таких состояний зачастую обусловлены повышенным первичным вниманием на этапе развития патологии как самих больных и их родственников, так и врачей-интернистов к соматическим отклонениям (например, к нарушениям менструального цикла, снижению массы тела) с недоучетом имеющейся психопатологической симптоматики. В результате в поле зрения специалистов-психиатров такие больные попадают уже на фоне выраженных психопатологических и соматических нарушений, включая дисморфофобию-дисморфоманию, анозогнозию, а также значительный дефицит веса и стойкие расстройства менструального цикла (олигоменорея, аменорея) [2, 14].

Поэтому выявление коморбидных психопатологических расстройств у девушек-подростков с нарушением менструального цикла в условиях педиатрического гинекологического стационара представляется весьма актуальной задачей.

Цель исследования: оценить распространенность и клинико-психопатологические особенности коморбидных пограничных и аффективных нарушений среди пациентов педиатрического гинекологического стационара – подростков с нарушениями менструального цикла с последующей оптимизацией диагностики, комплексной терапии, превенции.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В исследование вошли пациенты (69 человек, женского пола, в возрасте от 15 до 17 лет, средний возраст 15,9±0,8 года), давшие информированное согласие на участие и проходившие обследование и лечение в отделении подростковой гинекологии клиники ФГБНУ НЦ ПЗСРЧ в период с марта по август 2017 г. Ранее все пациенты, включенные в обследованную выборку, ни к врачам-психиатрам, ни к психотерапевтам не обращались.

У 6 (8,7%) пациенток диагностирована первичная аменорея (отсутствие менструации у девушек в 15 лет), у 7 (10,1%) – вторичная аменорея (отсутствие менструации более 6 месяцев при ранее нерегулярных менструациях), у 26 (37,7%) – первичная олигоменорея (интервалы между менструациями менее 20 или более 45 дней с менархе), у 6 (8,7%) – вторичная олигоменорея (интервалы между менструациями менее 20 или более 45 дней у девушек с ранее нормальным циклом). Первичная дисменорея (болезненные менструации, не связанные с анатомическими особенностями строения матки, воспалительными процессами гениталий, эндометриозом) установлена у 10 (14,5%) пациенток, у 1 (1,4%) пациентки с доброкачественным ретенционным образованием яичников диагностирована вторичная дисменорея. У 13 (18,8%) девушек поводом для госпитализации были аномальные маточные кровотечения (любое маточное кровотечение, не соответствующее параметрам нормальной менструации; тяжелое и/или нерегулярное и/или длительное). На момент обследования девушки не имели острых и обострения хронических соматических заболеваний. Критериями исключения из исследования были нарушения менструального цикла, возникающие на фоне тяжелых соматических заболеваний, гиперпролактинемия, гипотиреоз, врожденная дисфункция коры надпочечников, наличие инфекций, передаваемых половым путем, хромосомных нарушений, сахарного диабета I или II типа.

В ходе работе применялся клинико-психопатологический метод с использованием структурированного диагностического интервью Mini International Neuropsychiatric Interview for Children and Adolescents (MINI-KID) [16]. Диагностика психических расстройств с использованием структурированного интервью MINI-KID соответствует традиционной категориальной модели в психиатрии.

В то же время переплетение ДМФ и НПП между собой и с аффективными нарушениями в рамках интернализированных расстройств [11] ограничивает возможность точной категориальной оценки. В связи с этим дополнительно применялась валидизированная версия подросткового опросника Ахенбаха Youth Self-Report (YSR) [8, 12], позволяющая осуществлять анализ поведенческих и эмоциональных проблем, социальной адаптации и компетентности в соответствии с дименсиональной парадигмой. Методика Ахенбаха базируется на эмпирических данных обследования нормативных и клинических популяций. Вопросы первой части опросника YSR сгруппированы в 3 шкалы компетентности (активности, социальной и школьной компетентности), оценки по ним суммируются в балл общей компетентности. Вопросы второй части структурированы в 8 специфических шкалах («тревожно-депрессивный», «отстраненно депрессивный», «соматические жалобы», «социальные проблемы», «мыслительные проблемы», «проблемы с вниманием», «поведение с нарушением правил», «агрессивное поведение», «другие проблемы») и 2 обобщающих интегральных шкалах («интернализация» – основана на утверждениях из шкал: «тревожно-депрессивный», «отстраненно депрессивный» и «соматические жалобы»; «экстернализация» – на утверждениях из шкал: «поведение с нарушением правил» и «агрессивное поведение»). На основе всех утверждений опросника подсчитывали «общий балл проблемности» респондента.

Статистическую обработку результатов проводили с помощью пакета программ SPSS, Microsoft Excel: описательная статистика, сравнительная статистика (OR – отношение шансов, CI – доверительный интервал, U – критерий Манна–Уитни, точный критерий Фишера).

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

В результате клинического изучения, дополненного унифицированными данными клинических шкал, было выделено 2 группы пациентов: 1) с наличием коморбидных психических расстройств (42 человека, 61% всей выборки; средний возраст 15,7±1,0 года); 2) без клинически выраженных, синдромально завершенных психических нарушений (27 пациентов, 39%; средний возраст 16,0±0,9 года).

Т а б л и ц а 1

Структура нарушений менструального цикла у девушек-подростков – пациентов педиатрического гинекологического стационара			
Нарушение менструального цикла	Психические расстройства (n=42)	Без психических расстройств (n=27)	p
Первичная аменорея, абс. (%)	2 (7,4)	4 (9,5)	
Вторичная аменорея, абс. (%)	1 (3,7)	6 (14,3)	
Первичная олигоменорея, абс. (%)	14 (51,8)	12 (28,6)	0,05
Вторичная олигоменорея, абс. (%)	3 (11,1)	3 (7,1)	
АМК, абс. (%)	6 (22,2)	7 (16,7)	
Первичная дисменорея, абс. (%)	1 (3,7)	9 (21,4)	0,04
Вторичная дисменорея, абс. (%)	0	1 (2,4)	
Длительность заболевания, мес.	29,1±17,7	32,2±25,3	

Пр и м е ч а н и е. p – Достоверность различий между группами, АМК – аномальные маточные кровотечения.

В таблице 1 представлено соотношение частоты отдельных категорий нарушений менструального цикла и их длительность в клинических группах девушек-подростков – пациентов педиатрического гинекологического стационара.

Почти в половине случаев (33 пациента, 48% обследованной выборки) установлено наличие неблагоприятных социально-психологических факторов в период развития подростков: развод биологических родителей (24 пациента, 35%), воспитание в неполной семье (15 пациентов, 22%), воспитание в приемной семье (6 случаев, 9%), алкоголизм одного из родителей (11 случаев, 16%), воздействие актуальных стрессовых ситуаций – агрессия со стороны сверстников (8 пациентов, 12%). Последующий статистический анализ с расчетом относительного риска и отношения шансов не выявил связь данных неблагоприятных факторов с клинической манифестацией психопатологических расстройств, что предполагает высокую, но относительно равную их представленность в группах с психическими нарушениями и без таковых.

Выявленные психопатологические расстройства у девочек-подростков включали как клинически выраженные, так и субсиндромальные формы. Выделялись следующие кластеры психопатологических нарушений:

1. Дисторфофобия-дисторфомания (25 пациентов, 60% коморбидных психических расстройств) в виде НПП (14 человек, 34%) и ТД (11 наблюдений, 26%).

2. Аффективные нарушения, представленные депрессивным эпизодом легкой степени (7 пациентов, 17%).

3. Тревожно-фобические расстройства и ассоциированная с ними соматовегетативная симптоматика (16 случаев, 38%).

4. Поведенческие нарушения в структуре клинически выраженной личностной патологии (11 человек, 26%) с формированием по типу патохарактерологического развития, соответствующие истерическому (9 наблюдений, 21%) и шизоидному (2 пациента, 5%) расстройствам личности.

5. Обсессивно-компульсивные нарушения – развернутое обсессивно-компульсивное расстройство (ОКР) (2 пациента, 5%) и онихофагия (3 случая, 7%).

НПП в большинстве случаев (12 пациентов, 29%) были представлены нервной анорексией ограничительного типа (диета и физические упражнения – F50.0 по МКБ-10), значительно реже (2 случая, 5%) – анорексией очистительного типа (анорексия с приступами булимии и последующей рвотой, с другими видами патологического компенсаторного поведения – F50.2 по МКБ-10). Дисторфофобия-дисторфомания при НПП выражалась в недовольстве своей фигурой, пациенты считали себя слишком полными. Подобные переживания носили характер сверхценных идей, были ассоциированы с сенситивными идеями отношения, социальной тре-

возностью, сопровождались соблюдением строгой диеты, интенсивными физическими упражнениями. Такая поведенческая стратегия в относительно короткие сроки приводила к снижению веса. Несмотря на это, субъективная неудовлетворенность внешним обликом и страх избыточного веса всё же оставались стойкими. При этом резкое снижение веса всегда было ассоциировано с нарушениями менструального цикла.

ТД проявлялась чрезмерной озабоченностью по поводу предполагаемого дефекта внешности и сопровождалась характерным поведенческим паттерном. В этом случае дисторфофобические переживания пациентов были сфокусированы более чем на одной части тела и могли менять телесную проекцию в динамике заболевания. Фокус дисторфии на момент исследования был представлен следующими областями тела: части лица (8 человек, 72% пациентов с ТД), кожа (6 человек, 54%), ноги (6 человек, 54%), грудь (4 человека, %), руки (3 человека, 27%), живот (3 человека, 27%).

Неудовлетворенность внешностью сопровождалась избегающим и защитным поведением (маскирование с помощью одежды, причёски и макияжа) и компульсивными перепроверками внешнего облика (сравнение себя с окружающими, просьбы близким подтвердить удовлетворительный внешний вид, а также повторное рассматривание себя в отражении). Тенденция к избеганию носила умеренно выраженный характер и актуализировалась в присутствии субъективно более привлекательных собеседников. Следовательно, переживания носили обсессивный характер с двойственным отношением и тенденцией к диссимуляции. Ни в одном из случаев не установлено наличие бредовой убежденности и стремления к хирургической коррекции внешности. В анамнезе таких пациентов зачастую встречались обращения к стоматологам и врачам-косметологам за консультацией и амбулаторным лечением. Такие особенности позволяли рассматривать данный спектр нарушений по МКБ-10 как проявления ипохондрического расстройства (F45.2).

Тревожно-фобические расстройства включали социальную фобию (F40.1 согласно МКБ-10) и пароксизмальную тревогу, ассоциированную с соматоформной вегетативной дисфункцией сердечно-сосудистой и дыхательной систем (F45.3). У большинства пациентов (12 человек, 75%) с данными нарушениями в дошкольном возрасте отмечались выраженные признаки сепарационной тревожности (F93.0) с последующей в течение нескольких лет постепенной редукцией психопатологической симптоматики.

В таблице 2 представлены усредненные показатели клинических шкал и шкал компетентности опросника YSR, полученные при изучении всей выборки и для выделенных групп.

Таблица 2

Усредненные показатели по клиническим шкалам и шкалам компетентности опросника YSR в обследованной выборке подростков и группах с коморбидными психическими расстройствами и без психических расстройств

Шкала	Вся выборка		Психические расстройства		Без психических расстройств		p
	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD	
Тревожно-депрессивный	57,1	6,9	59,7	7,4	53,0	3,1	0,00
Отстраненно депрессивный	58,1	8,6	60,5	9,5	54,3	5,2	0,00
Соматические жалобы	57,2	7,5	58,6	9,28	55,0	5,0	0,05
Социальные проблемы	58,2	9,1	60,5	10,2	54,6	5,4	0,01
Мыслительные проблемы	56,9	7,5	58,6	8,4	54,2	4,9	0,01
Проблемы с вниманием	58,4	7,0	60,5	7,4	55,1	4,6	0,00
Поведение с нарушением правил	54,2	5,0	55,3	5,4	52,6	3,8	0,00
Агрессивное поведение	55,1	6,0	56,3	6,6	53,3	4,2	0,03
Интернализация	56,3	9,4	59,7	9,1	51,0	7,2	0,00
Экстернализация	51,9	8,9	53,8	9,2	49,0	7,5	0,01
Общий балл	55,0	9,8	58,2	9,6	49,9	7,9	0,00
Активность	42,0	8,1	41,2	8,3	43,2	7,7	0,20
Социальная активность	38,3	9,1	37,9	9,6	39,0	8,0	0,43
Общий балл компетентности	44,8	9,7	43,8	10,7	46,5	7,8	0,15

Примечание. p – Достоверность различий между группами, Mean – среднее, SD – стандартное отклонение.

В группе пациентов с наличием коморбидных психических расстройств выявлены более высокие усредненные показатели по всем клиническим шкалам на статистически достоверном уровне ($p > 0,05$ по критерию Манна–Уитни), чем в группе подростков без психических нарушений. При этом показатели по шкалам компетентности опросника YSR в группе лиц с психическими расстройствами имели более низкие значения, но выявленные различия не достигали уровня статистической значимости. Это соответствует низким показателям по шкалам компетентности во всей обследованной выборке девушек-подростков с нарушениями менструального цикла.

При дальнейшем анализе коморбидные психические расстройства рассматривались в рамках двух интегральных клинических подгрупп. В первую подгруппу отнесены подростки с тревожно-депрессивными расстройствами (ТДР) – 17 человек (40% среди пациентов с коморбидными психическими расстройствами), средний возраст манифестации ТДР 15,4 года; средняя длительность течения 0,7 года. Вторую подгруппу составляли подростки с дисморфофобическими расстройствами (ДФР) – 25 человек (60%), средний возраст манифестации ДМФ 14,3 года; средняя длительность течения 1,5 года. К подгруппе ТДР были отнесены случаи клинически выраженной депрессии и полиморфных тревожно-депрессивных и соматоформных нарушений невротического уровня, в ряде случаев в динамике личностной патологии. Соотношение частоты отдельных психопатологических расстройств в данных клинических подгруппах продемонстрировано в таблице 3.

В подгруппе ТДР с достоверной значимостью чаще, чем среди пациентов с ДМФ, регистрировалась личностная патология (47% против 12% соответственно) ($p > 0,05$ по точному критерию Фишера). Помимо того, относительно чаще, но без статистической достоверности различий встречались депрессивный эпизод легкой степени (23% против 12%

соответственно) и тревожно-фобические расстройства (53% против 28% соответственно). В подгруппе подростков с дисморфофобией, напротив, с более высокой частотой отмечались нарушения, относившиеся к обсессивно-компульсивному спектру (онихофагия и совокупность иной обсессивно-компульсивной симптоматики), но без достоверно значимых различий (16% против 6%).

Таблица 3

Частота отдельных коморбидных психических расстройств и депрессивной симптоматики у подростков с тревожно-депрессивными и дисморфофобическими расстройствами

Коморбидное расстройство	Расстройства				Критерий Фишера (p)
	тревожно-депрессивные (n=17)		дисморфофобические (n=25)		
	n	%	n	%	
Депрессивный эпизод	4	23	3	12	0,41
Тревожно-фобические расстройства	9	53	7	28	0,12
Обсессивно-компульсивное расстройство	1	6	1	4	1,00
ОКР/онихофагия	1	6	4	16	0,63
Личностная патология	8	47	3	12	0,03

Примечание. n – Абсолютное число, p – достоверность различий между группами.

Кроме того, в подгруппе ТДР нарушения менструального цикла были ассоциированы с депрессивным и тревожным аффектом, что согласуется с данными психиатрической литературы о взаимосвязи эмоционального дистресса и депрессии с нарушениями менструального цикла у девушек-подростков [10, 17]. В подгруппе подростков с ДМФ нарушения менструального цикла определялись общим соматическим статусом и ассоциировались с выраженным снижением веса.

Результаты сравнительного анализа клинических групп пациентов с ТДР и ДФР с помощью опросника Ахенбаха Youth Self-Report (YSR) представлены в таблице 4.

Т а б л и ц а 4

Усредненные показатели клинических шкал и шкал компетентности опросника YSR у пациентов с тревожно-депрессивными и дисморфофобическими расстройствами и без психических нарушений									
Шкала	Тревожно-депрессивные расстройства		Дисморфофобические расстройства		Без психических расстройств		ТДР/БПР	ДФР/БПР	ТДР/ДФР
	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD	p ₁	p ₂	p ₃
Тревожно-депрессивный	61,4	7,7	58,5	7,0	53,0	3,1	0,00	0,01	0,19
Отстраненно депрессивный	63,4	9,7	58,6	8,9	54,3	5,2	0,00	0,02	0,08
Соматические жалобы	61,4	9,9	56,7	6,7	55,0	5,0	0,01	0,32	0,07
Социальные проблемы	62,2	10,1	59,3	10,0	54,6	5,4	0,01	0,07	0,27
Мыслительные проблемы	61,8	9,7	56,5	6,6	54,2	4,9	0,01	0,05	0,13
Проблемы с вниманием	64,1	7,9	58,1	6,0	55,1	4,6	0,00	0,06	0,03
Поведение с нарушением правил	56,8	5,5	54,2	5,1	52,6	3,8	0,00	0,04	0,33
Агрессивное поведение	59,3	7,0	54,3	5,5	53,3	4,2	0,00	0,34	0,03
Интернализация	62,6	10,1	57,8	7,7	51,0	7,2	0,00	0,00	0,07
Экстернализация	57,6	8,1	51,2	8,9	49,0	7,5	0,00	0,22	0,09
Общий балл	61,5	10,2	56,0	8,4	49,9	7,9	0,00	0,00	0,09
Активность	40,2	7,4	41,9	8,8	43,2	7,7	0,07	0,65	0,21
Социальная активность	36,8	10,6	38,6	8,8	39,0	8,0	0,26	0,74	0,48
Общий балл компетентности	41,9	9,5	45,1	11,3	46,5	7,8	0,02	0,63	0,23

Примечание. Mean – среднее, SD – стандартное отклонение. Достоверность различий между группами подростков: p₁ – с тревожно-депрессивными расстройствами и без психических расстройств; p₂ – с дисморфофобическими расстройствами и без психических расстройств; p₃ – с тревожно-депрессивными и дисморфофобическими расстройствами.

В подгруппе ТДР установлено достоверное превышение показателей по всем клиническим шкалам опросника YSR (p>0,05 по критерию Манна–Уитни) при сравнении с пациентами без психических нарушений. У пациентов с ТДР были ниже показатели по шкалам компетентности. При этом различия достигали уровня статистической достоверности по общей шкале компетентности и уровня тенденции по шкале «активность» (p=0,07 по критерию Манна–Уитни). В подгруппе ДФР с достоверной значимостью выше, чем у пациентов без психических расстройств, выявлены показатели по клиническим шкалам «тревожно-депрессивный», «отстраненно депрессивный», «мыслительные проблемы», «поведение с нарушением правил», по вторичной шкале «интернализация» и общей клинической шкале, а на уровне тенденции – по шкалам «социальные проблемы» и «нарушения внимания» (p=0,07 и p=0,06 по критерию Манна–Уитни). Показатели по шкалам компетентности у подростков с ДФР были ниже, чем у пациентов БПР, но различия не достигали статистической зна-

чимости. При сравнении двух клинических групп среди пациентов с ТДР показатели всех клинических шкал оказались относительно выше, а по шкалам компетентности относительно ниже, чем у пациентов с ДФР. Уровня статистической достоверности различия достигали лишь по шкалам «проблемы с вниманием», «агрессивное поведение», а уровня тенденции – по шкалам «отстраненно депрессивный», «соматические жалобы» и по интегральной шкале «интернализация». Полученные результаты согласуются с данными психиатрической литературы о характерном клиническом профиле подростковой депрессии с выраженными поведенческими нарушениями и соматизацией [4].

При дифференцированном анализе состояния пациентов с диагностированной ТД (11 пациентов, 26% коморбидных психических расстройств) и НПП (14 пациентов, 34%) выявлено, что показатели по клиническим шкалам и шкалам компетентности достоверно не различались (табл. 5).

Т а б л и ц а 5

Усредненные показатели клинических шкал и шкал компетентности опросника YSR в группах подростков с телесной дисморфией и нарушениями пищевого поведения					
Шкала	Телесная дисморфия		Нарушения пищевого поведения		p
	Mean	SD	Mean	SD	
Тревожно-депрессивный	58,4	8,8	58,6	5,2	0,96
Отстраненно депрессивный	58,9	8,9	58,3	8,9	0,94
Соматические жалобы	58,4	7,5	55,4	5,8	0,39
Социальные проблемы	60,3	10,9	58,6	9,3	0,47
Мыслительные проблемы	57,6	6,8	55,6	6,3	0,43
Проблемы с вниманием	58,8	5,6	57,5	6,3	0,64
Поведение с нарушением правил	54,5	6,3	54,0	3,9	0,95
Агрессивное поведение	54,5	5,4	54,1	5,6	0,91
Интернализация	58,3	9,4	57,4	6,0	0,87
Экстернализация	50,9	10,5	51,4	7,5	0,90
Общий балл	56,6	9,6	55,5	7,3	0,93
Активность	39,1	6,5	44,1	9,7	0,14
Социальная активность	38,5	9,7	38,7	8,1	0,96
Общий балл компетентности	43,2	10,0	46,6	11,9	0,41

Примечание. Mean – среднее, SD – стандартное отклонение; p – достоверность различий между группами подростков с телесной дисморфией и нарушениями пищевого поведения.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Проведенное в условиях общемедицинского стационара клинико-психопатологическое изучение девочек-подростков с нарушением менструального цикла позволило в 61% случаев выявить коморбидные психические расстройства.

С наибольшей частотой диагностировались дисморфофобия (60%), тревожно-фобические и соматоформные расстройства (38%), депрессия (17%), поведенческие расстройства, соотносимые с личностной патологией (26%). Весь спектр психопатологических расстройств был представлен двумя интегральными клиническими подгруппами, включающими тревожно-депрессивные и дисморфофобические расстройства (40% и 60% соответственно). Среди дисморфофобий преобладали случаи, соответствующие критериям нарушений пищевого поведения (34%), над вариантами с признаками телесной дисморфии (26%). Среди нарушений пищевого поведения доминировала нервная анорексия ограничительного типа (29%), значительно реже (5%) встречалась анорексия очистительного типа. Важным обстоятельством является редкость среди изученного контингента телесной дисморфии и нарушения пищевого поведения, соотносимых с «шизофреническим» спектром патологии. Выявлено лишь 2 случая (4%) в рамках динамики расстройства личности сенситивно-шизоидного типа, с соответствующим «эксцентрическим» паттерном поведения. Это, очевидно, связано с избирательной толерантностью врачей-интернистов к клиническим проявлениям аффективных и невротических расстройств, которые в контексте основной соматической патологии представляются «понятными» и «выводимыми» и более высокой настороженностью к психической патологии шизофренического круга.

Полученные данные могут рассматриваться как предварительные, подтверждающие необходимость дальнейшего пристального изучения коморбидных психопатологических расстройств у девушек-подростков с нарушением менструального цикла.

КОНФЛИКТ ИНТЕРЕСОВ

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов в связи с публикацией данной статьи.

ИСТОЧНИК ФИНАНСИРОВАНИЯ

Авторы заявляют об отсутствии финансирования при проведении исследования.

СООТВЕТСТВИЕ ПРИНЦИПАМ ЭТИКИ

Работа соответствует этическим стандартам Хельсинкской декларации ВМА (протокол заседания Комитета по этике Иркутского государственного медицинского университета № 1 от 25.11.2016).

ЛИТЕРАТУРА

1. Грачев В.В. Аффективная патология у больных нервной булимией подросткового возраста. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. 2017; 117 (3): 16–21. doi:http://dx.doi.org/10.17116/jnevro20171173116-21
2. Коркина М.В. Дисморфомания в подростковом и юношеском возрасте. М.: Медицина, 1984: 224.
3. Крылов В.И. Психопатология пищевого поведения: нервная анорексия и нервная булимия. *Психиатрия и психофармакотерапия им. П.Б. Ганнушкина*. 2007; 2: 12–17.
4. Личко А.Е. Подростковая психиатрия: Руководство для врачей. Л.: Медицина, 1985: 416.
5. Медведев В.Э. Дисморфическое расстройство: факторы риска и стереотипы динамики. *Психическое здоровье*. 2016; 5 (120): 13–22.
6. Семке А.В., Агарков А.А., Осина Е.С. Роль психогенно-травматизирующих факторов в развитии расстройства адаптации у подростков Томской области. *Сибирский вестник психиатрии и наркологии*. 2012; 1 (70): 30–33.
7. Этингер А.М. Клинико-психопатологические особенности и типология юношеских дисморфофобических депрессий. *Психиатрия*. 2003; 5 (5): 53–58.
8. Achenbach T.M. Empirically Based Taxonomy: How to Use Syndromes and Profile Types Derived from the CBCL/418, TRF, and YSR. Burlington, VT: University of Vermont Department of Psychiatry, 1993.
9. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. DSM, 5th ed. Washington, D.C., 2013.
10. Bisaga K., Petkova E., Cheng J., Davies M., Feldman J.F., Whitaker A.H. Menstrual functioning and psychopathology in a county-wide population of high school girls. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*. 2002; 41: 1197–1204. doi: http://dx.doi.org/10.1097/00004583-200210000-00009
11. Forbush K.T., Hagan K.E., Chapa D.A.N., Bohrer B.K., Gould S.R. Understanding eating disorders within internalizing psychopathology: A novel transdiagnostic, hierarchical-dimensional model. *Compr. Psychiatry*. 2017; Nov. 79: 40–52. doi: 10.1016/j.comppsy.2017.06.009
12. Grigorenko E.L., Geiser C., Slobodskaya H.R., Francis D.J. Cross-informant symptoms from CBCL, TRF, and YSR: Trait and method variance in a normative sample of Russian youths. *Psychological Assessment*. 2010; 22 (4): 893–911. doi: 10.1037/a0020703
13. Gunstad J., Phillips K.A. Axis I comorbidity in body dysmorphic disorder. *Compr. Psychiatry*. 2003; 44: 270–276. doi: 10.1016/S0010-440X(03)00088-9
14. Mehler P.S., Krantz M.J., Sachs K.V. Treatments of medical complications of anorexia nervosa and bulimia nervosa. *J. Eat. Disord.* 2015; 5 (3): 15. doi: 10.1186/s40337-015-0041-7
15. Möllmann A., Dietel F.A., Hunger A., Buhlmann U. Prevalence of body dysmorphic disorder and associated features in German adolescents: A self-report survey. *Psychiatry Res.* 2017; 254: 263–267. doi: 10.1016/j.psychres.2017.04.063
16. Sheehan D.V., Sheehan K.H., Shytle R.D., Janavs J., Bannon Y., Rogers J.E., Milo K.M., Stock S.L., Wilkinson B. Reliability and Validity of the Mini International Neuropsychiatric Interview for Children and Adolescents (MINI-KID). *J. Clin. Psychiatry*. 2010; 71 (3): 313–326. doi: 10.4088/JCP.09m05305whi
17. Yu M., Han K., Nam G.E. The association between mental health problems and menstrual cycle irregularity among adolescent Korean girls. *J. Affect. Disord.* 2017; 1; 210: 43–48. doi: 10.1016/j.jad.2016.11.036

Поступила в редакцию 20.09.2017

Утверждена к печати 30.10.2017

Винокуров Евгений Вячеславович, к.м.н., ассистент кафедры психиатрии и медицинской психологии.

Собенников Василий Самуилович, д.м.н., профессор, заведующий кафедрой психиатрии и медицинской психологии.

Рычкова Любовь Владимировна, д.м.н., профессор РАН, директор.

Погодина Анна Валерьевна, д.м.н., заведующая лабораторией педиатрии и кардиоваскулярной патологии.

Храмова Елена Евгеньевна, к.м.н., заведующая отделением подростковой гинекологии клиники.

Долгих Ольга Александровна, м.н.с. лаборатории педиатрии и кардиоваскулярной патологии.

✉ Винокуров Евгений Вячеславович, evgeniy_vinokurov@yahoo.com

УДК 616.895.3:616.89-008.441.42:618.17-008.8-055.2-053.6

For citation: Vinokurov E.V., Sobennikov V.S., Rychkova L.V., Pogodina A.V., Khramova E.E., Dolgikh O.A. Mental health problems among adolescent inpatients with menstrual cycle irregularity. *Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry*. 2017; 4 (97): 48–55. [https://doi.org/10.26617/1810-3111-2017-4\(97\)-48-55](https://doi.org/10.26617/1810-3111-2017-4(97)-48-55)

Mental health problems among adolescent inpatients with menstrual cycle irregularity

Vinokurov E.V.^{1,2}, Sobennikov V.S.¹, Rychkova L.V.², Pogodina A.V.², Khramova E.E.², Dolgikh O.A.²

¹ Irkutsk State Medical University

Krasnogo Vosstaniya Street 1, 664003, Irkutsk, Russian Federation

² Scientific Centre for Family Health and Human Reproduction Problems

Timiryazev Street 16, 664003, Irkutsk, Russian Federation

ABSTRACT

Objective: to study the clinical structure of comorbid psychiatric disorders among pediatric gynecological inpatients with menstrual cycle irregularity. **Material and methods.** An examination was made in 69 adolescent girls (mean age 15.9±0.8 years) who came to a gynecological hospital with complaints of menstrual cycle irregularity and gave consent to take part in the investigation. All the patients underwent clinical and psychopathological examination using the structured diagnostic interview of the Mini International Neuropsychiatric Interview for Children and Adolescents and the teenage questionnaire of T. Achenbach Youth Self-Report. **Results.** The prevalence of comorbid psychiatric disorders was 61%. Comorbid psychiatric disorders were represented by two clinical subgroups, including anxiety-depressive and dysmorphic disorders (40% and 60% of comorbid psychiatric disorders). Among the dysmorphic disorders, cases that met the criteria for eating disorders (34%), over variants with signs of body dysmorphic disorder (26%) prevailed. Comparative analysis using the T. Achenbach's questionnaire YSR showed that comorbid psychiatric disorders among adolescent girls with menstrual cycle irregularity in the general medical network included more severe anxiety-depressive disorders and relatively "mild" clinical variants of body dysmorphic disorder and eating disorders.

Keywords: menstrual cycle irregularity, eating disorders, anorexia, body dysmorphic disorder, depression

REFERENCES

1. Grachev V.V. Affektivnaya patologiya u bol'nyh nervnoj bulimiey podrostkovogo vozrasta [The affective pathology in patients with adolescent bulimia nervosa]. *Zhurnal nevrologii i psikiatrii im. S.S. Korsakova – S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry*. 2017; 117 (3): 16–21. doi: <http://dx.doi.org/10.17116/jnevro20171173116-21> (in Russian).
2. Korkina M.V. Dismorfomaniya v podrostkovom i yunosheskom vozraste [Dismorphomania in adolescence and young adulthood]. Moscow: Meditsina; 1984: 224 (in Russian).
3. Krylov V.I. Psihopatologiya pishhevogo povedeniya: nervnaya anoreksiya i nervnaya bulimija [Psychopathology of eating behavior: anorexia nervosa and bulimia nervosa]. *Psihiatrija i psihofarmakoterapija im. P.B. Gannushkina – P.B. Gannushkin Journal of Psychiatry & Psychopharmacotherapy*. 2007; 2: 12–17 (in Russian).
4. Lichko A.E. Podrostkovaja psikiatrija: Rukovodstvo dlja vrachej [Teenage Psychiatry: A Guide for Physicians]. – Leningrad: Meditsina; 1985: 416 (in Russian).
5. Medvedev V.Je. Dismorficheskoe rasstrojstvo: factory riska I stereotipy dinamiki [Dysmorphic disorder: risk factors and patterns of evolution]. *Psihicheskoe zdorov'e – Journal of Mental Health*. 2016; 5 (120): 13–22 (in Russian).
6. Semke A.V., Agarkov A.A., Osinova E.S. Rol' psihogenno-travmatizirujushih faktorov v razvitii rasstrojstva adaptacii u podrostkov Tomskoj oblasti [The role of psychogenic traumatic factors in adjustment disorder development in adolescents of tomsk region]. *Sibirskij vestnik psikiatrii i narkologii – Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry*. 2012; 1: 30-33 (in Russian).
7. Jetingof A.M. Kliniko-psihopatologicheskie osobennosti i tipologija junosheskih dismorfofobicheskikh depressij [Clinico-psychopathological features and typology of youthful dysmorphic depressions]. *Psihiatrija – Psychiatry*. 2003; 5 (5): 53–58 (in Russian).
8. Achenbach T.M. Empirically Based Taxonomy: How to Use Syndromes and Profile Types Derived from the CBCL/418, TRF, and YSR. – Burlington, VT: University of Vermont Department o Psychiatry, 1993.
9. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. DSM, 5th ed. Washington, D.C., 2013.
10. Bisaga K., Petkova E., Cheng J., Davies M., Feldman J.F., Whitaker A.H. Menstrual functioning and psychopathology in a county-wide population of high school girls. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*. 2002; 41: 1197–1204. doi: <http://dx.doi.org/10.1097/00004583-200210000-00009>
11. Forbush K.T., Hagan K.E., Kite B.A., Chapa D.A.N., Bohrer B.K., Gould S.R. Understanding eating disorders within internalizing psychopathology: A novel transdiagnostic, hierarchical-dimensional model. *Compr. Psychiatry*. 2017; Nov. 79: 40–52. doi: 10.1016/j.comppsy.2017.06.009
12. Grigorenko E.L., Geiser C., Slobodskaya H.R., Francis D.J. Cross-informant symptoms from CBCL, TRF, and YSR: Trait and method variance in a normative sample of Russian youths. *Psychological Assessment*. 2010; 22 (4): 893–911. doi: 10.1037/a0020703
13. Gunstad J., Phillips K.A. Axis I comorbidity in body dysmorphic disorder. *Compr. Psychiatry*. 2003; 44: 270–276. doi: 10.1016/S0010-440X(03)00088-9
14. Mehler P.S., Krantz M.J., Sachs K.V. Treatments of medical complications of anorexia nervosa and bulimia nervosa. *J. Eat. Disord.* 2015; 5 (3): 15. doi: 10.1186/s40337-015-0041-7
15. Möllmann A., Diemel F.A., Hunger A., Buhlmann U. Prevalence of body dysmorphic disorder and associated features in German adolescents: A self-report survey. *Psychiatry Res.* 2017; 254: 263–267. doi: 10.1016/j.psychres.2017.04.063
16. Sheehan D.V., Sheehan K.H., Shytle R.D., Janavs J., Bannon Y., Rogers J.E., Milo K.M., Stock S.L., Wilkinson B. Reliability and Validity of the Mini International Neuropsychiatric Interview for Children and Adolescents (MINI-KID). *J. Clin. Psychiatry*. 2010; 71 (3): 313–326. doi: 10.4088/JCP.09m05305whi
17. Yu M., Han K., Nam G.E. The association between mental health problems and menstrual cycle irregularity among adolescent Korean girls. *J. Affect. Disord.* 2017; 1: 210: 43–48. doi: 10.1016/j.jad.2016.11.036

Received September 20.2017

Accepted October 30.2017

Vinokurov Evgeny V., PhD, Assistant Professor of the Department of Psychiatry and Medical Psychology, Irkutsk State Medical University, Irkutsk, Russian Federation; Scientific Centre for Family Health and Human Reproduction Problems, Irkutsk, Russian Federation.

Sobennikov Vasily S., MD, Professor, Head of the Department of Psychiatry and Medical Psychology, Irkutsk State Medical University, Irkutsk, Russian Federation.

Rychkova Lyubov V., MD, Professor of the Russian Academy of Sciences, Director of Scientific Centre for Family Health and Human Reproduction Problems, Irkutsk, Russian Federation.

Pogodina Anna V., MD, Head of the Laboratory of Pediatrics and Cardiovascular Pathology of Scientific Centre for Family Health and Human Reproduction Problems, Irkutsk, Russian Federation.

Khramova Elena E., PhD, Head of the Department of Teenage Gynecology Clinic of Scientific Centre for Family Health and Human Reproduction Problems, Irkutsk, Russian Federation.

Dolgikh Ol'ga A., Research Assistant, Laboratory of Pediatrics and Cardiovascular Pathology of Scientific Centre for Family Health and Human Reproduction Problems, Irkutsk, Russian Federation.

✉ Vinokurov Evgenii V., evgeniy_vinokurov@yahoo.com