

## Когда тяжесть болезни и величина затрат на исследование не совпадают: не упускаем ли мы из виду расстройства пищевого поведения?

При определении размеров финансирования, предназначенного для психиатрических исследований, несколько важных факторов требуют рассмотрения, к числу которых относятся: научные перспективы исследования, текущий уровень экспериментальных данных, потребность общественного здравоохранения в исследовании, тяжесть заболевания, экономические потери от болезни, возможность проведения высокоэффективного научного исследования<sup>1</sup>. Расстройства пищевого поведения являются одними из самых злокачественных и сложных психиатрических расстройств, для которых истинная этиология остается неясной, но для их исследования всегда выделялось сравнительно мало средств.

Около 20 миллионов женщин и 10 миллионов мужчин в США попадают под диагностические критерии расстройства пищевого поведения по DSM-V (в т.ч. нервная анорексия, нервная булимия или компульсивное переедание) в некоторые периоды их жизни, многие из них не проходили лечения у специалиста. Риск заболеть в течение жизни оценивается от 0,9% для нервной анорексии до 3,5% для компульсивного переедания. И пока некоторые свидетельства указывают на постепенное увеличение частоты новых случаев, эмпирические исследования пытались понять, представляет ли это меняющуюся тенденцию заболеваемости или повышенный спрос на лечение.

Нервная анорексия ведет к самой высокой смертности среди психических заболеваний, имея 6-кратное увеличение этого показателя в сравнении с общей популяцией и общий коэффициент смертности на уровне 5-7%<sup>2</sup>. Даже в не летальных случаях, расстройства пищевого поведения имеют хроническое или рецидивирующее течение, что ведет к полиорганным поражениям, включая нарушения функции сердца, органические и функциональные повреждения мозга и болезни костей. В связи с этим, до 97% страдающих расстройствами пищевого поведения сообщают о значительных функциональных нарушениях, что сравнимо с аутизмом и шизофренией. Более того, часто встречается повышенная коморбидность с другими психическими расстройствами, наряду с 4-кратным увеличением встречаемости злоупотребления психоактивными веществами и 57-кратным увеличением встречаемости суицидальности в сравнении с общей популяцией.

Несмотря на серьезные последствия для здоровья от расстройств пищевого поведения, результаты лечения на данный момент являются незначительными. В случае нервной анорексии у взрослых, например, не появилось ни одного «золотого стандарта» психологической помощи или фармакологического лечения, признанного Управлением по контролю за продуктами питания и лекарственными средствами США (FDA). Для подростков ведущий эмпирически обоснованный метод лечения – семейно-ориентированная терапия – обычно ведет к длительным ремиссиям приблизительно в 35-40% случаев<sup>4</sup>. Результаты лечения нервной булимии являются схожими, с частотой ремиссий примерно в 40% случаев к концу лечения как у подростков<sup>5</sup>, так и у взрослых<sup>6</sup>.

Затраты на лечение обременительны, так как стоимость адекватного лечения в сумме составляет около 119200\$ на пациента и коэффициент эффективности дополнительных затрат равен 30180\$ на спасенную жизнь в год<sup>7</sup>. Это существенно превышает затраты на лечение шизофрении и

обсессивно-компульсивного расстройства на человека<sup>8</sup>, но сравнимо с затратами на лечение депрессии<sup>9</sup>.

Однако финансирование исследований расстройств пищевого поведения остается сравнительно небольшим. Последний финансовый отчет Национального института психического здоровья США показал, что среди всех психиатрических состояний финансирование исследований расстройств пищевого поведения в наибольшей степени не соответствовало тяжести бремени болезни, связанным с данными заболеваниями<sup>1</sup>. В 2015 году объем федеральной поддержки на исследования расстройств пищевого поведения был равен около 0,73\$ на больного. Для сравнения, исследования аутизма были поддержаны суммой 58,65\$ на больного, а исследования шизофрении – 86,97\$ на больного.

Анализируя тенденции финансирования исследований расстройств пищевых поведений в других странах, подобные закономерности так же очевидны. В Австралии государственное финансирование этих исследований равнялось примерно 1,10 австралийским долларам на больного, что представляет разительный контраст с объемом финансирования исследований по аутизму (32,62 австралийских доллара на больного) и шизофрении (67,36 австралийских доллара на больного). Подобная ситуация с государственным финансированием расстройств пищевого поведения складывается и в Канаде и равняется примерно 2,41 канадских доллара на больного в сравнении с 462,14 канадскими долларами на одного больного с аутизмом и 103,31 канадских доллара на больного с шизофренией. В общем, эти данные свидетельствуют о мировой тенденции недостаточного финансирования исследований расстройств пищевого поведения.

Так как исследования в психиатрии движутся в сторону персонализированной медицины, предмет исследования сменил поведенческую направленность на патофизиологическую и нейробиологическую, что, как следствие, привело к увеличению стоимости исследований. Имея острую необходимость в улучшении результатов лечения расстройств пищевого поведения, вместе с повышенным риском для больных этими расстройствами и увеличенными затратами на лечение и уход, дефицит финансирования исследования в этой области является причиной для беспокойства.

Последние технологические достижения в нейровизуализации и генетическом картировании дают много трансляционных перспектив для разработки персонализированного подхода к лечению, хотя первичные сведения, собранные из существующих исследований еще не привели к улучшению результатов лечения. Без переоценки объема финансовой поддержки для исследования расстройств пищевого поведения целенаправленные попытки вылечить самые смертельные психиатрические нарушения могут не осуществиться.

**Stuart B. Murray<sup>1</sup>, Eva Pila<sup>2</sup>, Scott Griffiths<sup>3</sup>, Daniel Le Grange<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Department of Psychiatry and Weill Institute for Neurosciences, University of California, San Francisco, CA, USA; <sup>2</sup>Department of Kinesiology and Physical Education, University of Toronto, Toronto, ON, Canada; <sup>3</sup>Melbourne School of Psychological Sciences, University of Melbourne, Melbourne, VIC, Australia

Перевод: Шишорин Родион (Москва)  
Редактор: к.м.н. Чумаков Е.М. (Санкт-Петербург)  
(*World Psychiatry* 2017;16(3):321)

#### **Библиография**

1. Insel TR. The anatomy of NIMH funding. [www.nimh.nih.gov](http://www.nimh.nih.gov).
2. Arcelus J, Mitchell AJ, Wales J et al. *Arch Gen Psychiatry* 2011;68:724-31.
3. Keel PK, Dorer DJ, Eddy KT et al. *Arch Gen Psychiatry* 2003;60:179-83.
4. Le Grange D, Lock J, Accurso EC et al. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2014;53:1162-7.
5. Le Grange D, Lock J, Agras WS et al. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2015;54:886-94.
6. Poulsen S, Lunn S, Daniel SI et al. *Am J Psychiatry* 2014;171:109-16.
7. Crow SJ, Nyman JA. *Int J Eat Disord* 2004;35:155-60.
8. Striegel-Moore RH, Leslie D, Petrill SA et al. *Int J Eat Disord* 2000;27:381-9.
9. Mitchell JE, Myers T, Crosby R et al. *Int J Eat Disord* 2009;42:571-4.

DOI:10.1002/wps.20465