

УДК 613.24(616-07+616-08)

ДИАГНОСТИКА И ТЕРАПИЯ РАССТРОЙСТВ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ: МУЛЬТИДИСЦИПЛИНАРНЫЙ ПОДХОД

**Ю.Б. Барыльник, Н.В. Филиппова, А.А. Антонова,
Е.В. Бачило, М.А. Деева, С.В. Сизов, М.А. Гусева**

*ФГБОУ ВО «Саратовский государственный медицинский университет
им. В.И.Разумовского» Минздрава России*

Нервная анорексия и нервная булимия, традиционно рассматриваемые в фокусе расстройств пищевого поведения, достаточно распространены в популяции, особенно среди женского населения. Так, по данным различных авторов, распространенность нервной анорексии колеблется от 0,3 до 1%, нервной булимии – от 0,9 до 1,5% [2]. При этом следует отметить, что реальная заболеваемость расстройствами пищевого поведения несколько выше, не только ввиду диссимулятивного статуса такого рода пациентов, но и в связи с тем, что они часто попадают в стационары соматического профиля с соответствующими жалобами, а их психическое состояние остается для лечащего врача неизвестным.

Пациент с расстройством пищевого поведения в фокусе внимания врача терапевтического звена

Обращаясь к проблеме нервной анорексии, стоит отметить тот факт, что пациенты с данным расстройством редко приходят с жалобами непосредственно на нарушения приема пищи. Врач-соматолог должен быть готов к диссимуляции такого рода пациентов, стандартными жалобами которых будут аменорея, дискомфорт в животе, метеоризм или трудности опорожнения кишечника, периферические отеки. Можно попытаться уточнить пищевой статус косвенными вопросами о том, что пациент принимал в пищу, считает ли себя достаточно худым, доволен ли своим внешним видом и т.п. Если речь идет о несовершеннолетнем пациенте, родители обычно достаточно подробно могут описать пищевые привычки ребенка и значительные колебания массы тела в анамнезе, дневную гиперактивность или бессонницу [29, 58].

С учетом действующих диагностических критериев МКБ-10 можно ожидать, что всякий пациент с нервной анорексией будет обнаруживать признаки истощения и нарушения менструального цикла. Нисколько не умаляя значимость этих критериев, хочется подчеркнуть, что значение индекса массы

тела (ИМТ) не всегда отражает тяжесть заболевания. Так, у пациентов с преморбидно более высоким весом аменорея наступает при более высоком индексе массы тела; почти 39% пациентов отмечают прекращение менструаций на фоне ИМТ, укладывающегося в возрастные рамки [8]. Помимо этого, до 25% пациентов с нервной анорексией вообще не имеют нарушений менструального цикла и проблем с фертильностью [55].

При физикальном осмотре чаще всего обнаруживается гипотензия и брадикардия; могут присутствовать пушковые волосы на теле (лануго), периферические отеки. Последнее может быть как следствием дефицита белков на фоне длительного голодания, так и – значительно чаще – длительного злоупотребления диуретиками или слабительными препаратами. Применяя их с целью «очистения» или быстрого снижения массы тела, пациенты часто доводят количество таблеток до абсурда (десятки за прием). Постоянная стимуляция диуретиками ренин-ангиотензин-альдостероновой системы (РААС) приводит к псевдоидиопатическим отекам, формируя «порочный круг» – бесконтрольное употребление мочегонных препаратов поддерживает постоянную активность РААС, которая, в свою очередь, влияет на водный баланс [5]. Описаны случаи летального исхода у пациентов с длительной историей злоупотребления петлевыми диуретиками с исходом с псевдо-Бартеровский синдром с нефрокальцинозом [56].

Нередки нарушения и со стороны сердечно-сосудистой системы: брадикардия, ортостатическая гипотензия, пролапс митрального клапана, поскольку потеря веса приводит к несоответствию размеров левого желудочка и митрального клапана. Наблюдаясь у 37% пациентов, пролапс компенсируется по мере набора веса [31]. Имеются данные о том, что около 20% всех летальных случаев у пациентов с анорексией являются исходом жизнеугрожающих аритмий на фоне электролитных нарушений и пролонгации интервала QT [62].

Лабораторные исследования в обязательном порядке должны включать общий и биохимический анализы крови (в частности, уровень глюкозы, альбумина, креатинина и мочевины), исследование электролитов крови (калий, кальций, фосфор); для оценки причин аменореи целесообразно измерение уровня ФСГ, ЛГ, пролактина и ТТГ. Из инструментальных исследований в первую очередь необходима ЭКГ, так как не редкостью являются метаболические нарушения в миокарде; в ряде случаев может быть показана костная денситометрия для оценки тяжести деструкции костной ткани, что особенно актуально для пациентов, злоупотребляющих петлевыми диуретиками.

Нервную булимию зачастую обнаружить тяжелее, нежели анорексию, поскольку вес таких пациентов обычно не выходит за пределы нормы, и внешне они могут выглядеть относительно здоровыми [11, 47]. Нередко такие пациенты обращаются к стоматологам с жалобами на множественные эрозии эмали в связи с постоянно вызываемой рвотой. Внешне могут определяться отеки околоушной слюнной железы, хриплость голоса в связи с ослаблением кардии и гастро-эзофагиальным рефлюксом. Достаточно часто в литературе упоминаются так называемые «знаки Рассела» – мозоли на костяшках пальцев из-за трения их о зубы при вызывании рвоты. Периферические отеки, кровотечения из прямой кишки и анальные трещины в связи с хроническими запорами также могут быть жалобами первой линии у таких пациентов при обращении к врачам терапевтического профиля [58].

При подозрении на булимию клиницисты обязательно должны уточнить минимальный и максимальный вес пациента, менструальный анамнез, собрать данные об употреблении психоактивных веществ и алкоголя, а также слабительных, мочегонных препаратов или средств для похудения. К другим факторам, которые косвенно могут быть связаны с развитием нервной булимии, относятся сексуальное насилие в анамнезе, жестокое обращение в детстве или депрессии в течение жизни. Отягощенный анамнез по алкоголизму и аффективным нарушениям также часто встречается в семейной истории таких пациентов [49].

Лабораторные исследования при предполагаемой булимии в целом будут призваны уточнить те же показатели, что и у пациентов с анорексией. Ввиду частого нарушения кислотно-основного равновесия из-за злоупотребления рвотой изучение электролитного состава крови позволяет выявить гипокалиемию, гипохлорию и метаболический алкалоз.

За рубежом для уточнения пищевого статуса пациентов с нервной булимией такие вопросы, как «Принимали ли Вы когда-либо пищу втайне от окружающих?» и «Насколько Вы удовлетворены своим питанием?» считаются достаточно чувствительными при попытках косвенно выявить наличие булимии врачом первичного звена. Группой исследователей

под руководством J.M.E. Walsh [58] был разработан опросник SCOFF (табл. 1), состоящий из 5 вопросов по нарушениям пищевого поведения. По результатам исследований, проведенных в группе из 116 пациентов с пищевыми расстройствами и группе контроля из 96 человек, положительные ответы хотя бы на 2 вопроса этого опросника показали 100% чувствительность и высокую специфичность (87,5%) в отношении выявления нервной анорексии или булимии [58].

Таблица 1

Вопросы скрининговой шкалы по расстройствам пищевого поведения*

Вопросы
Чувствуете ли Вы себя больным из-за Вашего внешнего вида?
Тревожит ли Вас потеря контроля над своим питанием?
Потеряли ли Вы более 6 кг в течение последних 3 месяцев?
Считаете ли Вы себя полным, даже когда окружающие говорят Вам обратное?
Можете ли Вы сказать, что еда занимает доминирующее положение в Вашей жизни?

Примечания: * – Morgan J.F., Reid F., Lacey J.H. The SCOFF questionnaire: a new screening tool for eating disorders // West. J. Med. 2000. Vol. 172, N 3. P. 164-165.

Лечение пациентов с расстройствами пищевого поведения: общие принципы

Так или иначе, лечение пациентов с нарушениями пищевого поведения должно быть основано на совместных действиях лечащего врача соматического профиля, психиатра, психотерапевта и диетолога. В нашей стране достаточно редко можно увидеть слаженную работу всех специалистов, поскольку зачастую предпочтение отдается «этапной» схеме – от нормализации соматического состояния в соматическом стационаре с дальнейшим переходом под контроль психиатра и психотерапевта в соответствующих лечебных учреждениях.

Прежде всего, перед лечащим врачом пациента с расстройством пищевого поведения встает вопрос о необходимости госпитализации. Это решение должно быть основано на совокупности психических и соматических факторов, включая настоящую массу тела и ее продолжающееся снижение, выраженные нарушения витальных функций и сопутствующую психиатрическую патологию. Сам по себе дефицит массы тела не может служить облигатным показателем для госпитализации или выписки пациента из стационара. Пациенту необходимо не только набрать вес, но и сохранить его до выписки и после нее, поскольку при отсутствии должной мотивации высок риск рецидива заболевания и возвращения к прежним пищевым привычкам сразу после выписки [3]. Это особенно актуально для пациентов с нервной анорексией, которых порой характеризует своеобразная «амбивалентность» по отношению к своей болезни [61]. Часто пациенты рассматривают патологию пищевого поведения и как часть

своей индивидуальности, и как болезнь. Иными словами, нарушения пищевого поведения, в отличие от большинства психических расстройств, вызывают положительные эмоции у их носителей. Многие нездоровые пищевые принципы функционируют в контексте системы убеждений пациента, позволяя им чувствовать себя особенными, приобретать иллюзию контроля и защищенности [46].

Тем не менее, большинством исследователей допускается терапия нервной анорексии и нервной булимии в амбулаторных условиях с учетом контроля за их посещением психотерапевтических сессий и выполнением всех условий лечения. Недобровольная госпитализация при расстройствах пищевого поведения необходима при категорическом отказе пациента от лечения, когда его состояние представляет серьезную угрозу для жизни, в том числе из-за суицидальных тенденций. Учитывая высокий уровень летальности при данной категории расстройств вследствие соматических причин и значительного числа самоубийств [7, 12, 14], стационарное лечение при подобных рисках должно быть начато незамедлительно.

Очевидно, что непосредственные мероприятия по лечению как нервной анорексии, так и нервной булимии должны быть направлены на нормализацию питания и восстановление здорового отношения к пище. Лучшие результаты по нормализации пищевого поведения наблюдаются при восстановлении веса по мере вовлечения пациента в индивидуальную и семейную психотерапию; при этом необходимо помнить, что эффективная психотерапия затруднительна, если пациент находится в режиме голодания [58].

Немаловажной частью восстановления здорового отношения к пище может стать ведение пациентами пищевого дневника, контроль за которым должен осуществляться диетологом, либо, при его отсутствии, остальными врачами. Использование пищевых дневников целесообразно не только для оценки качества получаемой пищи с позиций ее нутритивного статуса и объема, но и для уточнения пациентом и его лечащим врачом отношения к самому приему пищи, колебаний настроения на этом фоне, страха еды. При нервной анорексии точный учет съеденного позволяет специалистам вносить коррективы для более эффективного набора массы тела; кроме того, у пациентов с нервной булимией пищевые дневники могут стать важной частью когнитивно-поведенческой терапии (КПТ).

Упомянув психотерапевтические методики как важный компонент терапии расстройств пищевого поведения, следует признать, что они демонстрирует гораздо больший эффект в отношении нервной булимии, нежели анорексии. Ни одна психотерапевтическая модель так и не стала стандартом лечения этого пищевого расстройства. Таким пациентам показана семейная и индивидуальная терапия; причем, семейная терапия более эффективна у больных молодого возраста.

В терапии нервной булимии когнитивно-поведенческая терапия является наиболее эффективной, даже по сравнению с другими методами лечения, включая фармакологическое. Булимия без сопутствующей депрессии может вестись на начальных этапах только на когнитивно-поведенческой терапии; препараты добавляются при недостаточной эффективности и продолжающихся эпизодах переедания и очищения. При сравнении когнитивно-поведенческой терапии и с психодинамически-ориентированной поддерживающей терапией, КПТ продемонстрировала большую эффективность в снижении числа эпизодов переедания или очищения. Присоединение психофармакотерапии (флуоксетин или имипрамин) повышало ее эффективность [58].

Даже в неосложненных случаях нервной булимии продолжительность психотерапии должна составлять не менее 25 сеансов с частотой не менее 1 сеанса в неделю. В более сложных случаях, сопровождающихся сопутствующей патологией, психотерапевтическое вмешательство должно осуществляться гораздо дольше [29].

Нервная анорексия: специфика вмешательства

Кроме общих вопросов и целей лечения пищевых расстройств, терапия нервной анорексии отличается рядом особенностей. Очевидно, что для врачей важно достижение у пациентки целевого веса, при котором возможен нормальный менструальный цикл. Из-за страха пациентов перед увеличением веса целесообразно осуществлять набор массы постепенно. Зарубежные исследователи в этом вопросе сходятся во мнении, что пациент должен набирать от 300 до 500 грамм в неделю в амбулаторных условиях и взвешиваться на каждом визите к врачу. Как правило, взвешивание проводится один раз в неделю, в одно и то же время. Перед взвешиванием предпочтительно снять верхнюю одежду и опорожнить мочевой пузырь. Врач должен сам контролировать вес, не доверяя в этом вопросе пациентам, склонным к завышению цифр во избежание продолжения терапии [45, 58].

При терапии в стационарных условиях наиболее оптимальной считается прибавка массы тела от 500 до 1 500 г в неделю; если пациент в течение недели набирает больший вес, это может быть следствием задержки жидкости или рефидинг-синдрома. В США считается, что начальный калораж пищи для достижения оптимальной прибавки веса должен составлять 30–40 ккал/кг, постепенно увеличиваясь до 70–100 ккал/кг [45]. Если при подобном рационе пациент продолжает плохо набирать массу тела, не исключено диссимулятивное поведение (выбрасывание пищи, прибегание к рвоте или физическим упражнениям). Физическая нагрузка не является абсолютным противопоказанием для пациентов с нервной анорексией, однако по энергопотреблению она должна быть компенсирована суточным калоражем. Пациенты

со значительным дефицитом массы тела должны быть ограничены в нагрузке из-за возможных сердечно-сосудистых осложнений и снижения минеральной плотности костей. Всем пациентам назначаются поливитамины с железом и кальцием, при необходимости – калий. Добавки цинка в суточной дозе 50 мг (15 мг элементарного цинка) хорошо переносятся, способствуя увеличению веса и, по некоторым данным, стабилизации аффективного состояния (уровень доказательности В) [6]. Метоклопрамид и другие прокинетики также могут назначаться, особенно при жалобах пациента на дискомфорт и вздутие живота после приемов пищи.

В руководстве по терапии расстройств пищевого поведения, принятой в США, подробно рассматриваются вопросы динамики психического состояния больных в ходе коррекции их питания и набора массы тела. Если на первых этапах восстановления веса астеническая симптоматика, апатия и сонливость имеют тенденцию к уменьшению, то по мере осознания пациентом факта набора веса возможно усиление депрессивной и тревожной симптоматики, а также раздражительности, вплоть до возникновения суицидальных мыслей. Часто аффективная патология и обсессивно-компульсивные включения в клинике нарушений пищевого поведения не купируются полностью, однако их интенсивность обычно снижается в ходе терапии и набора веса [45].

Фармакотерапия нервной анорексии

Изучение воздействия психотропных препаратов на клинику и динамику нервной анорексии является предметом многочисленных дискуссий. Во всем мире проводятся клинические исследования, посвященные разработке эффективных терапевтических схем при расстройствах пищевого поведения, однако анорексия продолжает оставаться заболеванием, тяжело поддающимся лечению. Среди факторов, связанных с относительно благоприятным исходом, выделяют начало заболевания в подростковом возрасте (в отличие от дебюта пищевого расстройства после 20 лет) и более короткую продолжительность болезни. Это отличает нервную анорексию от заболеваний психического спектра, раннее начало которых говорит о плохом прогнозе. Анорексия у взрослых, начиная с двадцатилетнего возраста, часто невосприимчива к терапевтическому вмешательству [60].

Исследования показывают, что среди подростков, получающих лечение от нервной анорексии, полная или частичная ремиссия в течение года наблюдалась в 75% случаев. Однако во взрослом возрасте перспективы лечения часто довольно неутешительны. Ни фармакотерапия, ни психосоциальные вмешательства не являются достаточно эффективными; более того, высока вероятность рецидива – до 50% взрослых пациентов требуют повторной госпитализации в течение года. Смертность среди молодых женщин по меньшей мере в 6 раз превышает ожидаемую

смертность для их возраста, оставаясь самой высокой среди всех психических расстройств; вероятность смерти возрастает с увеличением продолжительности болезни [53].

Терапия сопутствующих анорексии расстройств когнитивно-поведенческой терапией и селективными ингибиторами обратного захвата серотонина, которые успешно применяются в терапии нервной булимии, также малоэффективны у больных с анорексией [60].

Нередко фармакотерапия пациентов с нервной анорексией начинается с назначения анксиолитиков. Снижая беспокойство перед увеличением веса и приемами пищи, их применение облегчает у пациентов тревогу и страх потери контроля над собой. В отечественной практике с этой целью в первые недели лечения пациентам назначаются низкие дозы транквилизаторов бензодиазепинового ряда (диазепам, феназепам), а также атаракс (гидроксизин) [1, 4]. Алпразолам считается недостаточно эффективным препаратом в отношении купирования тревожной симптоматики у пациентов с анорексией [52].

Депрессия при нервной анорексии часто возникает вторично на фоне астении; аффективное состояние улучшается с возобновлением нормального питания. При дальнейшем сохранении эмоциональных нарушений могут быть назначены антидепрессанты. История их применения в терапии нервной анорексии достаточно многообразна. Так, в 1980-х годах была исследована способность амитриптилина и кломипрамина стимулировать увеличение веса. В целом эти препараты не показали значимой эффективности. Несмотря на то, что кломипрамин в начале терапии стимулировал чувство голода и, соответственно, приводил к увеличению потребляемого калоража, однако на общий результат терапии повлиял незначительно, хотя и зарекомендовал себя как препарат, положительно влияющий на редукцию обсессивно-компульсивной симптоматики. Амитриптилин в рамках данных исследований никак не повлиял на изменение веса или снижение фона настроения. Следует отметить, что данные исследования были недостаточно продолжительными для того, чтобы полностью реализовать антидепрессивный потенциал препаратов [9, 33].

После подтверждения эффективности флуоксетина в лечении нервной булимии [25, 36, 37], было проведено аналогичное исследование для уточнения его воздействия на симптоматику нервной анорексии. Пациенты получали флуоксетин в дозе 60 мг/сут. в сочетании с когнитивно-поведенческой психотерапией. В результате исследования статистически значимых различий между приемом флуоксетина и плацебо обнаружено не было [29]. Впоследствии еще несколько исследований продемонстрировали его недостаточную эффективность в терапии анорексии [51, 59]. В зарубежной литературе упоминаются клинические исследования с небольшой выборкой

пациентов, продемонстрировавшие положительное влияние на симптоматику нервной анорексии сертралина [50] и циталопрама [19].

Наиболее часто в лечении расстройств пищевого поведения и анорексии в частности применяются селективные ингибиторы обратного захвата серотонина (СИОЗС) [6, 39]. В исследовании по фармакотерапии нервной анорексии за период между 1997 и 2009 годы, в котором приняли участие более 500 женщин в исследовательском центре Массачусетса, почти 83% всех пациентов, получавших антидепрессанты, принимали именно СИОЗС [20]. Однако при их назначении необходимо помнить, что достаточно часто прием СИОЗС сопровождается такими побочными эффектами, как тошнота, головная боль, и, по ряду данных, уменьшение минеральной плотности костей, обычно при сроках приема препарата свыше 6 месяцев, что особенно актуально в свете нарушений костно-минерального обмена у пациентов с анорексией в рамках основного заболевания [26].

Несмотря на частоту сопутствующих депрессий, тревожного и обсессивно-компульсивного расстройств при нервной анорексии, антидепрессанты нельзя назвать достаточно эффективной группой препаратов в терапии анорексии; в последние годы их влияние даже на коморбидную депрессию ставится под сомнение [16, 21, 30].

Применение антипсихотиков в терапии нервной анорексии вызывает бурную полемику. Более того, в связи со способностью некоторых препаратов этой группы пролонгировать интервал QT (галоперидол, тиоридазин и др.), их применение в лечении пациентов с нарушениями пищевого поведения может быть небезопасно. Несмотря на то, что существует ряд работ, по результатам которых галоперидол в низких дозах продемонстрировал эффективность в терапии тяжелой терапевтически резистентной нервной анорексии [13, 39], представители первого поколения нейролептиков не зарекомендовали себя в качестве эффективного средства при лечении расстройств пищевого поведения. В нескольких исследованиях с немногочисленной выборкой пациентов авторами было отмечено влияние сульпирида на увеличение массы тела у пациентов с анорексией, однако никаких изменений со стороны поведения отмечено не было, и общий терапевтический эффект не достигал уровня статистической значимости [18, 57].

С появлением нейролептиков второго поколения, которые лучше переносятся пациентами, появилась заинтересованность в их применении при лечении расстройств пищевого поведения в целом и нервной анорексии в частности; не последним аргументом в данном вопросе явилась способность атипичных препаратов влиять на динамику веса. Кроме того, учитывая нейробиологические особенности анорексии, связанные с изменением не только серотониновых, но и дофаминовых путей в головном мозге, антидофаминэргическая активность этих препаратов

может более эффективно способствовать редукции психопатологической симптоматики [38].

Немало работ посвящено возможностям применения оланзапина в комплексной терапии пациентов с анорексией. Ряд исследований продемонстрировали эффективность оланзапина в качестве средства аугментации терапии у взрослых пациентов, указывая на нестабильное влияние в отношении собственно повышения веса, однако довольно выраженный положительный эффект на симптомы депрессии и обсессивно-компульсивные проявления [38]. Международное общество по биологической психиатрии (WFSBP) указывает, что основным эффектом оланзапина у пациентов с анорексией заключается во влиянии на динамику массы тела (доказательность класса B), в то время как остальные антипсихотики второй генерации имеют еще более низкий уровень доказательности [6]. Данные по применению кветиапина в терапии анорексии довольно противоречивы [10, 17, 44]; рисперидон не зарекомендовал себя как эффективный препарат в отношении лечения данного расстройства [27].

Несколько проведенных мета-аналитических исследований ставят под сомнение эффективность атипичных антипсихотиков на редукцию симптоматики нервной анорексии в целом, однако вопрос об их назначении должен быть индивидуализирован для каждого клинического случая [32, 35].

В последние годы все больше работ посвящается роли агонистов дофамина в терапии анорексии [22] и, в частности, арипипразола как препарата, обладающего частичным агонизмом к дофаминовым рецепторам мезокортикального пути. Имеются сведения о его эффективности в отношении редукции симптоматики анорексии у пациентов разных возрастных групп, в том числе и подросткового возраста [23, 24, 54].

До настоящего времени изучению эффективности сочетанного применению СИОЗС и атипичных нейролептиков у пациентов с расстройствами пищевого поведения посвящено лишь незначительное количество исследований. Антипсихотики второго поколения широко используются для аугментации в случаях тяжелых депрессий и обсессивных симптомов. В работе E. Margola и соавт. [38] показано, что специфического влияния на симптоматику анорексии нейролептики второго поколения не оказывают, однако являются препаратами выбора в случаях недостаточного ответа на СИОЗС либо в случаях выраженной тревоги или депрессии.

Фармакотерапия нервной булимии

Большинство исследований медикаментозной терапии нервной булимии касаются использования антидепрессантов, в частности, СИОЗС. Флуоксетин как представитель этого класса препаратов является единственным средством, рекомендуемым FDA для лечения нервной булимии. Его эффективность в дозе

60 мг/сут сроком не менее 4 недель подтверждена многочисленными исследованиями [25, 36, 37].

Имеются данные о положительном влиянии на редукцию булимической симптоматики циталопрама. Мало уступая по эффективности флуоксетину, он несколько лучше купировал депрессивные расстройства, тогда как флуоксетин оказался более действенным в отношении направленных на себя эмоций гнева («introjected, expressed-in anger») [37]. В некоторых исследованиях сообщается об эффективности и хорошей переносимости сертралина и флувоксамина в уменьшении эпизодов переизбытка и норадреналина, также рассматривается в последние годы как эффективный в отношении нервной булимии препарат, особенно в случаях длительного течения заболевания, резистентного к традиционной терапии, а также при его коморбидности с тревожным или обсессивно-компульсивным расстройством. Достаточный терапевтический эффект дулоксетина описан при средних дозах 60 мг/сут.; есть также сведения об успешном лечении нервной анорексии очистительного типа с сопутствующей тяжелой

депрессией и обсессивно-компульсивными проявлениями на дозировке 180 мг/сут., однако применение столь высоких доз антидепрессанта сопряжено с определенными рисками [15, 28, 48].

Все возрастающую роль в терапии пищевых расстройств и нервной булимии занимают нормотимики. Имеются указания на положительное влияние карбамазепина и препаратов вальпроевой кислоты на течение нервной булимии, особенно при выраженных колебаниях настроения [41].

Заключение

Несмотря на значительный арсенал психотропных препаратов и длительную историю изучения, в области терапии расстройств пищевого поведения остается больше вопросов, чем ответов. Сложности выявления случаев нервной анорексии и нервной булимии, позднее врачебное вмешательство и сопротивление больных терапии часто приводят к неудовлетворительным результатам лечения, особенно у пациентов более старшего возраста. Все это актуализирует дальнейшее изучение эффективных методов воздействия на симптоматику расстройств пищевого поведения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Балакирева Е.Е. Лечебная тактика ведения больных с расстройствами пищевого поведения // Современная терапия в психиатрии и неврологии. 2013. № 3–4. С. 23–26.
2. Барыльник Ю.Б., Филиппова Н.В., Деева М.А., Гусева М.А. Нервная анорексия и нервная булимия: от истории к современности // Российский психиатрический журнал. 2016. № 3. С. 36–45.
3. Мазаева Н.А. Основные принципы ведения больных с расстройствами приема пищи // Психиатрия и психофармакотерапия. 2007. Т. 2. С. 4–11.
4. Онегина Е.Ю. Клинические варианты и динамика аффективных нарушений при нервной анорексии и нервной булимии: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. М, 2010. 24 с.
5. Прокопенко Е.И., Будникова Н.А. Злоупотребление диуретиками: взгляд нефролога // Врач. 2012. № 6. С. 12–16.
6. Aigner M., Treasure J., Kaye W., Kasper S. et al. World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) guidelines for the pharmacological treatment of eating disorders // World J. Biol. Psychiatr. 2011. Vol. 12, N 6. P. 400–443.
7. Arcelus J., Mitchell A.J., Wales J., Nielsen S. Mortality rates in patients with anorexia nervosa and other eating disorders: a meta-analysis of 36 studies // Arch. Gen. Psychiatr. 2011. Vol. 8, N 7. P. 724–731.
8. Berner L.A., Feig E.H., Witt A.A., Lowe M.R. Menstrual cycle loss and resumption among patients with anorexia nervosa spectrum eating disorders: Is relative or absolute weight more influential? // Int. J. Eat. Dis. 2017. doi: 10.1002/eat.22697
9. Biederman J., Herzog D.B., Rivinus T.M., Harper G.P. et al. Amitriptyline in the treatment of anorexia nervosa: a double-blind, placebo-controlled study // J. Clin. Psychopharmacol. 1985. Vol. 5, N 1. P. 10–16.
10. Bosanac P., Kurlender S., Norman T., Hallam K. et al. An open label study of quetiapine in anorexia nervosa // Hum. Psychopharmacol. Clin. Exp. 2007. Vol. 22, N 4. P. 223–230.
11. Bulik C.M., Marcus M.D., Zerwas S., Levine M.D. et al. The Changing “Weightscape” of Bulimia Nervosa // Am. J. Psychiatry. 2012. Vol. 169, N 10. P. 1031–1036.
12. Bulik C.M., Thornton L., Pinheiro A.P., Plotnicov K. et al. Suicide attempts in anorexia nervosa // Psychosom. Med. 2008. Vol. 70, N 3. P. 378–383.
13. Cassano G.B., Miniati M., Pini S., Rotondo A. et al. Six-month open trial of haloperidol as an adjunctive treatment for anorexia nervosa: A preliminary report // Int. J. Eating Dis. 2003. Vol. 33, N 2. P. 172–177.
14. Chesney E., Goodwin G.M., Fazel S. Risks of all-cause and suicide mortality in mental disorders: a meta-review // World Psychiatry. 2014. Vol. 13, N 2. P. 153–160.
15. Christensen R.C., Averbuch R.N. The use of duloxetine in chronic bulimia nervosa: a case report // Psychiatry. 2009. Vol. 6, N 8. P. 27–28.
16. Claudino A.M., Silva de Lima M., Hay P.P.J., Bacaltchuk J. et al. Antidepressants for anorexia nervosa // Coch. Database Syst. Rev. 2006. Vol. P. 1–34.
17. Court A., Mulder C., Kerr M., Yuen H.P. et al. Investigating the effectiveness, safety and tolerability of quetiapine in the treatment of anorexia nervosa in young people: A pilot study // J. Psychiatr. Res. 2010. Vol. 44, N 15. P. 1027–1034.
18. Faltus F., Jiráček R., Pavlovský P. Sulpiride in psychiatric practice // Ceskoslovenska psychiatrie. 1989. Vol. 85, N 3. P. 145–149.
19. Fassino S., Leombruni P., Daga G., Brustolin A. Efficacy of citalopram in anorexia nervosa: a pilot study // Eur. Neuropsychopharmacol. 2002. Vol. 12, N 5. P. 453–459.
20. Fazeli P.K., Calder G.L., Miller K.K., Misra M. et al. Psychotropic medication use in anorexia nervosa between 1997 and 2009 // Int. J. Eating Dis. 2012. Vol. 45, N 8. P. 970–976.
21. Ferguson C.P., La M.C., Via P., Crossan J., Kaye W.H. Are serotonin selective reuptake inhibitors effective in underweight anorexia nervosa? // Int. J. Eating Dis. 1999. Vol. 25, N 1. P. 11–17.
22. Frank G.K.W. Could Dopamine Agonists Aid in Drug Development for Anorexia Nervosa? // Frontiers Nutrition. 2014. Vol. 1. P. 19.
23. Frank G.K.W. Aripiprazole, a partial dopamine agonist to improve adolescent anorexia nervosa – A case series // Int. J. Eating Dis. 2016. Vol. 5, N 49. P. 529–533.
24. Frank G.K.W., Shott M.E., Hagman J.O., Schiel M.A. et al. The partial dopamine D2 receptor agonist aripiprazole is associated with weight gain in adolescent anorexia nervosa // Int. J. Eat. Dis. 2017. doi: 10.1002/eat.22704
25. Goldstein D.J., Wilson M.G., Thompson V.L., Potvin J.H. et al. Long-term fluoxetine treatment of bulimia nervosa. Fluoxetine Bulimia Nervosa Research Group // Br. J. Psychiatr. 1995. Vol. 166, N 5. P. 660–666.
26. Haney E.M., Chan B.K., Diem S.J., Ensrud K.E. et al. Association of low bone mineral density with selective serotonin reuptake inhibitor use by older men // Arch. Int. Med. 2007. Vol. 167, N 12. P. 1246–1251.
27. Hagman J., Gralla J., Sigel E., Ellert S. et al. A double-blind, placebo-controlled study of risperidone for the treatment of adolescents and young adults with anorexia nervosa: a pilot study // J. Am. n Acad. Child Adolesc. Psychiatr. 2011. Vol. 50, N 9. P. 915–924.
28. Hazen E., Fava M. Successful treatment with duloxetine in a case of treatment refractory bulimia nervosa: a case report // J. Psychopharmacol. 2006. Vol. 20, N 5. P. 723–724.
29. Herpertz S., Hagenah U., Vocks S., von Wietersheim J. et al. The diagnosis and treatment of eating disorders, // Dtsch Arztebl Int. 2011. Vol. 108, N 40. P. 678–685.

30. Holtkamp K., Konrad K., Kaiser N., Ploenes Y. et al. A retrospective study of SSRI treatment in adolescent anorexia nervosa: insufficient evidence for efficacy // *J. Psychiatr. Res.* 2005. Vol. 39, N 3. P. 303–310.
31. Johnson G.L., Humphries L.L., Shirley P.B., Mazzoleni A. et al. Mitral valve prolapse in patients with anorexia nervosa and bulimia // *Arch. Int. Med.* 1986. Vol. 146, N 8. P. 1525–1529.
32. Kishi T., Kafantaris V., Sunday S., Sheridan E.M. et al. Are antipsychotics effective for the treatment of anorexia nervosa? Results from a systematic review and meta-analysis // *J. Clin. Psychiatr.* 2012. Vol. 73, N 6. e757–766. doi: 10.4088/JCP.12r07691
33. Lacey J.H., Crisp A.H. Hunger, food intake and weight: the impact of clomipramine on a refeeding anorexia nervosa population, // *Postgraduate Med. J.* 1979. Vol. 56. P. 79–85.
34. Leble N., Radon L., Rabot M., Godart N. Depressive symptoms during anorexia nervosa: State of the art and consequences for an appropriate use of antidepressants // *L'Encephale*. 2016. Vol. 43, N 1. P. 62–68.
35. Lebow J., Sim L.A., Erwin P.J., Murad M.H. The effect of atypical antipsychotic medications in individuals with anorexia nervosa: a systematic review and meta-analysis // *Int. J. Eating Dis.* 2013. Vol. 46, N 4. P. 332–339.
36. Levine L.R. Fluoxetine in the treatment of bulimia nervosa // *Arch. Gen. Psychiatry*. 1992. Vol. 49. P. 139–147.
37. Leombruni P., Amianto F., Delsedime N., Gramaglia C. et al. Citalopram versus fluoxetine for the treatment of patients with bulimia nervosa: a single-blind randomized controlled trial // *Advan. Ther.* 2006. Vol. 23, N 3. P. 481–494.
38. Marzola E., Desedime N., Giovannone C., Amianto F. et al. Atypical Antipsychotics as Augmentation Therapy in Anorexia Nervosa // *PLoS ONE*. 2015. Vol. 10, N 4. e0125569. doi.org/10.1371/journal.pone.0125569
39. Mauri M., Mariani M.G., Ciberti A. et al. Haloperidol for severe anorexia nervosa restricting type with delusional body image disturbance: a nine-case chart review // *Eating Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*. 2013. Vol. 18, N 3. P. 329–332.
40. Mayer L.E., Walsh B.T. The use of selective serotonin reuptake inhibitors in eating disorders // *J. Clin. Psychiatry*. 1998. Vol. 59. P. 28–34.
41. McElroy S.L., Guerdjikova A.I., Martens B., Keck P.E.Jr. et al. Role of antiepileptic drugs in the management of eating disorders // *CNS Drugs*. 2009. Vol. 23, N 2. P. 139–156.
42. Milano W., Putrella C., Sabatino C., Capasso A. Treatment of bulimia nervosa with sertraline: a randomized controlled trial // *Advan. Therap.* 2004. Vol. 21, N 4. P. 232–237.
43. Milano W., Siano C., Putrella C., Capasso A. Treatment of bulimia nervosa with fluvoxamine: a randomized controlled trial // *Advan. Therapy*. 2005. Vol. 22, N 3. P. 278–283.
44. Powers P.S., Klabunde M., Kaye W. Double-Blind Placebo-Controlled Trial of Quetiapine in Anorexia Nervosa // *Eur. Eating Dis. Rev.* 2012. Vol. 20, N 4. P. 331–334.
45. Practical Guideline for treatment of patients with eating disorder. Third edition. Part A // *Am. J. Psychiat.* 2006. Suppl. 163. P. 54.
46. Riva G. Out of my real body: cognitive neuroscience meets eating disorders // *Frontiers Hum. Neurosci.* 2014. Vol. 8. P. 236.
47. Rotella F., Castellini G., Montanelli L., Rotella C.M. et al. Comparison between normal-weight and overweight bulimic patients // *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*. 2013. Vol. 18, N 4. P.389–393.
48. Safer D.L., Arnou K.D. Suprathreshold duloxetine for treatment-resistant depression, anorexia nervosa binge-purging type, and obsessive-compulsive disorder: a case report // *Innovations Clin. Neurosci.* 2012. Vol. 9, N 3. P. 13–16.
49. Salafia E.B., Haugen E., Erickson S. Perceptions of the causes of eating disorders: a comparison of individuals with and without eating disorders // *J. Eating Diss.* 2015. Vol. 3 P. 32.
50. Santonastaso P., Friederici S., Favaro A. Sertraline in the treatment of restricting anorexia nervosa: an open controlled trial // *J. Child Adolesc. Psychopharmacol.* 2001. Vol. 11, N 2. P. 143–150.
51. Sebaaly J.C., Cox S., Hughes C.M., Kennedy M.L. et al. Use of fluoxetine in anorexia nervosa before and after weight restoration // *Ann. Pharmacother.* 2013. Vol. 47, N 9. P. 1201–1205.
52. Steinglass J.E., Kaplan S.C., Liu Y., Wang Y. et al. The (lack of) effect of alprazolam on eating behavior in anorexia nervosa: a preliminary report // *Int. J. Eating Dis.* 2014. Vol. 47, N 8. P. 901–904.
53. Steinglass J.E., Walsh B.T. Neurobiological model of the persistence of anorexia nervosa // *J. Eating Dis.* 2016. Vol. 4. P. 19.
54. Trunko M.E., Schwartz A., Duvvuri V., Kaye W.H. Aripiprazole in anorexia nervosa and low-weight bulimia nervosa: Case reports // *Int. J. Eating Dis.* 2011. Vol. 44, N 3. P. 269–275.
55. Uher R., Rutter M. Классификация расстройств приема пищи: обзор доказательных данных и предложения для МКБ-11 // *World Psychiatry*. 2012. Vol. 11. P. 80–92.
56. Unuma K., Tojo A., Harada K., Saka K. et al. Autopsy report on pseudo-Bartter syndrome with renal calcification induced by diuretics and diet pills // *BMJ case reports*. 2009. Vol. 2009. bcr1220081380
57. Vandereycken W. Neuroleptics in the short-term treatment of anorexia nervosa. A double-blind placebo-controlled study with sulphiride // *Br. J. Psychiatry*. 1984. Vol. 144, N 3. P. 288–292.
58. Walsh J.M.E., Wheat M.E., Freund K. Detection, evaluation, and treatment of eating disorders // *J. Gen. Int. Med.* 2000. Vol. 15, N 8. P. 577–590.
59. Walsh B.T., Kaplan A.S., Attia E., Olmsted M. et al. Fluoxetine after weight restoration in anorexia nervosa: a randomized controlled trial // *Jama*. 2006. Vol. 295, N 22. P. 2605–2612. doi: 10.1001/jama.295.22.2605
60. Walsh B.T. The enigmatic persistence of anorexia nervosa // *Am. J. Psychiatry*. 2013. Vol. 170, N 5. P. 477–484.
61. Williams S., Reid M. Understanding the experience of ambivalence in anorexia nervosa: the maintainer's perspective // *Psychology Health*. 2010. Vol. 25, N 5. P. 551–567. doi: 10.1080/08870440802617629
62. Yahalom M., Spitz M., Sandler L., Heno N. et al. The significance of bradycardia in anorexia nervosa // *Int. J. Angiology*. 2013. Vol. 22, N 2. P. 83–94.

ДИАГНОСТИКА И ТЕРАПИЯ РАССТРОЙСТВ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ: МУЛЬТИДИСЦИПЛИНАРНЫЙ ПОДХОД

**Ю.Б. Барыльник, Н.В. Филиппова, А.А. Антонова, Е.В. Бачило,
М.А. Деева, С.В. Сизов, М.А. Гусева**

Расстройства пищевого поведения представляют собой значительный пласт современной психиатрии, главным образом, ввиду большого количества соматических последствий и значительной летальности по различным причинам. В связи с этим расширение подходов к терапии нервной анорексии и нервной булимии является

актуальным вопросом, нацеленным на преодоление диагностических сложностей и повышение эффективности проводимого лечения на всех этапах медицинского вмешательства.

Ключевые слова: расстройства пищевого поведения, нервная анорексия, нервная булимия, диагностика, терапия.

DIAGNOSIS AND TREATMENT OF EATING DISORDERS: MULTIDISCIPLINARY APPROACH

Yu.B. Barylnik, N.V. Filippova, A.A. Antonova, E.V. Bachilo, M.A. Deyeva, S.V. Sizov, M.A. Guseva

Eating disorders represent a significant group of disorders in current psychiatry also because of their numerous somatic consequences and significant mortality rate due to various causes. For that reason, development of new treatment approaches for anorexia nervosa and bulimia nervosa appear to be a very important task. New knowledge is expected to help to

resolve diagnostic problems and improve the efficacy of treatment in all stages of medical intervention.

Key words: eating disorders, anorexia nervosa, bulimia nervosa, diagnosis, treatment.

Барыльник Юлия Борисовна – доктор медицинских наук, зав. кафедрой психиатрии, наркологии, психотерапии и клинической психологии ФГБОУ ВО «Саратовский государственный медицинский университет им. В.И. Разумовского Минздрава России»; e-mail: julijab@yandex.ru

Филиппова Наталья Валерьевна – кандидат медицинских наук, ассистент кафедры психиатрии, наркологии, психотерапии и клинической психологии ФГБОУ ВО «Саратовский государственный медицинский университет им. В.И.Разумовского Минздрава России»; e-mail: natdoc@mail.ru

Антонова Анастасия Александровна – кандидат медицинских наук, ассистент кафедры психиатрии, наркологии, психотерапии и клинической психологии ФГБОУ ВО «Саратовский государственный медицинский университет им. В.И.Разумовского Минздрава России»; e-mail: 64antonova@gmail.com

Бачило Егор Вячеславович – кандидат медицинских наук, ассистент кафедры психиатрии, наркологии, психотерапии и клинической психологии ФГБОУ ВО «Саратовский государственный медицинский университет им. В.И.Разумовского Минздрава России»; e-mail: 64antonova@gmail.com

Деева Маргарита Александровна – ассистент кафедры психиатрии, наркологии, психотерапии и клинической психологии ФГБОУ ВО «Саратовский государственный медицинский университет им. В.И. Разумовского Минздрава России»; e-mail: margaritadeeva@yandex.ru

Сизов Сергей Владимирович – ассистент кафедры психиатрии, наркологии, психотерапии и клинической психологии ФГБОУ ВО «Саратовский государственный медицинский университет им. В.И.Разумовского Минздрава России»; e-mail: svsizoff64v@yandex.ru

Гусева Мадина Ахмедовна – клинический ординатор кафедры психиатрии, наркологии, психотерапии и клинической психологии ФГБОУ ВО «Саратовский государственный медицинский университет им. В.И. Разумовского Минздрава России»; e-mail: inq.aglaya@hotmail.com