

## **ВАРИАНТЫ НАРУШЕНИЙ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С АФФЕКТИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ: АНТРОПОМЕТРИЧЕСКИЕ И БИОХИМИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПРОБЛЕМЫ**

**Л.М. Василенко, Л.Н. Горобец, В.С. Буланов, А.В. Литвинов**

*Московский научно-исследовательский институт психиатрии –  
филиал ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П.Сербского» Минздрава России*

Особенности питания в целом, а также отклонения пищевого поведения (ПП) являются важными аспектами формирования клинической картины ожирения и других метаболических нарушений у больных с психическими заболеваниями. Достаточно распространены разнообразные нарушения аппетита и ПП в рамках побочных эффектов (ПЭ) психофармакотерапии (ПФТ).

Связь нарушений аппетита и массы тела (МТ) с приемом ПФТ отмечалась еще в середине прошлого века [1, 10]. В настоящее время широкое использование в психиатрической практике психотропных средств, включая антидепрессанты, актуализировало изучение различных аспектов нейроэндокринных дисфункций (НЭД) [7, 12, 13, 28, 33]. Учитывая важность данной проблемы и сложности ее решения, в последние годы психиатры обращают внимание на нарушения пищевого поведения (НПП) у психически больных все чаще [3, 12, 25, 29].

Пищевое поведение определяется как целостное отношение к пище и ее приему. Стереотип питания, установки и формы поведения связаны с процессом принятия пищи и индивидуальны для каждого человека, как в обычных условиях, так и в ситуации стресса. ПП направлено на удовлетворение не только биологических, но и психосоциальных потребностей человека. Различают гармоничное или адекватное и отклоняющееся или девиантное ПП.

НПП представляют собой гетерогенную группу состояний, часть из которых протекает в рамках психических расстройств, таких как депрессивные, тревожные, обсессивно-фобические, невротические и расстройства шизофренического спектра. Другая часть НПП рассматривается рядом авторов как варианты патологической пищевой зависимости в широком диапазоне: от нервной булимии до нервной анорексии [2, 8, 9, 23, 35]. НПП у психически больных играют ведущую роль в формировании избыточной МТ, приводят к нарушению обмена веществ в организме

и формированию ожирения, с которым ассоциируют тяжелые соматические заболевания [7, 11, 20, 25].

В ряде работ [5, 18] приводятся данные о стабильных, нарастающих по выраженности нарушениях аппетита (НА) и ПП у больных с аффективными расстройствами и повышенной МТ, которые характеризуются беспорядочным питанием, переяданием в течение дня и синдромом ночного приема пищи. В других исследованиях высказываются предположения о вероятной взаимосвязи НПП, ожирения и психических нарушений депрессивного, тревожно-фобического, обсессивно-компульсивного спектра, учитывая общность патогенетических механизмов их развития. По мнению авторов, нарастание аппетита и НПП, приводящие к избыточной МТ и ожирению, происходят в рамках самого психического заболевания и тесно с ним связаны [16, 22, 26, 29, 31, 36, 37].

Современные взгляды на патогенетические аспекты взаимосвязи депрессивных и соматических расстройств, включая нейроэндокринные, отражены в ряде исследований [13, 14, 24, 34]. Авторами приводятся данные о комплексной оценке негативного влияния депрессии на метаболические процессы в организме, на образ жизни и привычное ПП пациентов, которые приводят к ожирению и тяжелой соматической патологии.

Описаны нейроэндокринные полиморфные дисфункции, включающие усиление аппетита, прибавку МТ, повышенные показатели глюкозы и липидов в крови, которые отмечались у психически больных еще до начала психотропной терапии [19, 30, 32]. Данные нарушения авторы связывают с дисфункцией центральных регуляторных механизмов диэнцефальной области, которые являются факторами «почвы» или влияния самого психического заболевания на нейроэндокринную систему. В состоянии хронического стресса и депрессии из-за дисбаланса в кортико-лимбической системе ослаблен либо отсутствует сигнал обратной связи для торможения гипо-

таламо-гипофизарно-надпочечниковой (ГГН) оси. ГГН-ось длительный период времени остается расторможенной и, как следствие, продолжается стимуляция выработки глюкокортикоидов (ГК). Точка зрения о дисфункции ГГН-оси, в частности, гиперкортизолемиа при депрессии считается общепринятой [13]. В свою очередь, ГК – это ключевое патогенетическое звено в формировании морбидного (абдоминального) ожирения. ГК стимулируют отложение висцеральной жировой ткани и усиление аппетита [13, 17, 21].

Эти исследования явились базовыми для использования в лечении депрессии антидепрессантов из группы селективных ингибиторов обратного захвата серотонина, которые регулируют обмен ряда нейромедиаторов, способствуют уменьшению аппетита, нормализации пищевого поведения, улучшению метаболических процессов в организме, снижению МТ.

Ряд научных исследований посвящены различным аспектам собственно типологии НПП. В них рассматривались эпидемиологические особенности и клинические проявления типов НПП, а также их негативное влияние на метаболизм и МТ пациентов с депрессивными и невротическими расстройствами [4, 9, 12, 15, 27, 38]. Следует отметить, что исследования, касающиеся систематизации и детального анализа НПП у больных с аффективными расстройствами, весьма малочисленны, в связи с чем дальнейшее изучение различных аспектов НПП у психически больных является своевременным и целесообразным.

Актуальность данного исследования продиктована высокой частотой встречаемости у больных с аффективными нарушениями повышенной МТ, метаболических дисфункций, различных вариантов нарушений аппетита и пищевого поведения, а также неоднозначностью данных о взаимосвязи указанных параметров.

**Цель** исследования – изучить клинические особенности нарушений пищевого поведения и их взаимосвязь с антропометрическими и метаболическими параметрами у больных с аффективными расстройствами.

#### Материал, методы и дизайн исследования

Выборку составили 46 больных (14 муж. и 32 жен.) с расстройствами аффективного спектра в возрасте от 19 до 55 лет (средний возраст – 36,5±10,3 года), средняя длительность заболевания – 5,7±2,8 лет, проходивших стационарное лечение в клиниках и амбулаторное лечение в отделении психонейроэндокринологии МНИИП – филиала ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П.Сербского» Минздрава России. Общими критериями включения в исследование были: возраст от 18 до 55 лет, наличие аффективного расстройства, в соответствии с критериями МКБ-10 (F31, F32, F33, F41.2), терапия антидепрессантами: миртазапином 30–45 мг/сут (n=16); сертралином 100 мг/сут (n=12); циталопрамом 49 мг/сут (n=10); пароксетином 40 мг/сут (n=8). Критериями исключения являлись: органические заболевания ЦНС, эндокринные забо-

левания, тяжелая соматическая патология, гинекологические заболевания, беременность и лактация.

От всех пациентов было получено информированное согласие на участие в исследовании. Исследование одобрено ЛЭК МНИИП – филиала ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П.Сербского» Минздрава России (протокол №24/3 от 2018 г.).

Основными методами исследования являлись: анамнестический, клинико-психопатологический, психометрический (тестирование пищевого поведения с помощью Голландского опросника по выявлению патологических типов пищевого поведения DEBQ (Dutch Eating Behavior Questionnaire, 1986) и оценка выраженности аппетита по 4-х бальной шкале, антропометрический (рост, масса тела, индекс массы тела – ИМТ), биохимический и клинико-статистический. Определение уровней глюкозы и холестерина в сыворотке крови проводилось утром, натощак на биохимическом анализаторе Sapphire 400 Premium с помощью метода Glucose end Cholesterol Oxidase (RX Series) для RANDOX.

Статистическая обработка результатов проводилась с помощью компьютерной статистической программы «Statistica» (версия 7.0) с вычислением средних значений (M) и ошибки среднего (±SE). Для сравнения показателей применялись непараметрические статистические методы: для сравнения двух зависимых переменных – критерий Вилкоксона, для оценки взаимосвязи между переменными использовался ранговый коэффициент корреляции Спирмена (r), анализ межгрупповых различий – с помощью теста Манна-Уитни. Различия считались достоверными при погрешности  $p < 0,01$ .

Для проведения сравнительного анализа исследуемых показателей пациенты были распределены на группы: I группа – 24 пациента (52%) с повышенной МТ (ИМТ>25), из них 12 – с ожирением, 12 – с избыточной МТ, II группа – 22 пациента (48%) с нормальной МТ (ИМТ<25).

Дизайн исследования – открытое, сравнительное, нерандомизированное. Исследование пациентов проводилось однократно перед началом терапии.

#### Результаты и обсуждение

Результаты анализа частоты встречаемости повышения МТ у больных с различной аффективной патологией в общей выборке представлены в табл. 1.

Таблица 1

#### Распределение больных с аффективными расстройствами в зависимости от величины ИМТ

Диагноз	ИМТ>25	ИМТ<25	Всего
Рекуррентная депрессия	12 (26%)	12 (26%)	24 (52%)
Депрессивный эпизод	8 (17%)	4 (9%)	12 (26%)
Биполярное аффективное расстройство (БАР)	6 (13%)	-	6 (13%)
Другие расстройства настроения	-	4 (9%)	4 (9%)

Как видно из табл. 1, у пациентов с рекуррентным депрессивным расстройством одинаково часто встречалась повышенная (ИМТ>25) и нормальная МТ (ИМТ<25); у больных с депрессивным эпизодом преобладали лица с нормальной МТ, а все больные с биполярным аффективным расстройством имели повышенную МТ.

Изучив клиническую картину ПП у больных с аффективными расстройствами общей выборки, нами было условно выделено два аспекта проблемы. Первый, ментальный, включал мысли, эмоции и переживания, связанные с приемом пищи, состояние аппетита, отношение пациента к пище и процессу питания, патологическое влечение к отдельным пищевым продуктам, зависимость от пищи, диетические предпочтения. Второй – поведение, связанное с приемом пищи, суточный объем и состав потребляемой пищи, выбор блюд и продуктов, суточный режим и ритм питания, условия и привычки приема пищи.

Характерными признаками для всех пациентов с повышенной МТ (ИМТ>25) и одной трети для лиц с нормальной МТ (ИМТ<25) были разнообразные варианты нарушения аппетита и степени его выраженности в течение суток: равномерно и постоянно повышенный фон аппетита разной степени выраженности (50%), волнообразные суточные колебания аппетита с перепадами от нормального (часто в утренние часы) к повышенному во второй половине дня (33%), резкое нарастание аппетита в вечернее время суток (27%) и резкое повышение в ночное (3%). Чувство голода, присутствующее постоянно или периодически в течение короткого времени после еды (30%), приступы голода в ночное время (5%), слабо выраженное чувство насыщения после приема пищи (15%). Отношение к пище со стороны больных с повышенной МТ можно было охарактеризовать как сверхценное и избирательное. В системе ценностей указанных пациентов особое значение придавалось проблемам питания. Этот процесс сопровождался обилием мыслей, переживаний, представлений, образов на данную тему. Больными уделялось большое внимание и посвящалось много времени выбору и приобретению продуктов. Это можно оценить как определенный приятный ежедневный ритуал, сопровождаемый получением удовольствия и комфорта. Предпочтительными для пациентов были хлебобулочные изделия и сладкая выпечка, копченые мясные продукты, колбасы. У больных присутствовало ощущение психического покоя и комфорта на фоне большого запаса любимых продуктов, заполненного холодильника. У значительного числа пациентов (65%) было отмечено патологическое влечение к сладостям. Большинству обследуемых (85%) была присуща привычная мыслительная продукция на тему питания. По словам больных, процесс приема пищи приносил им удовольствие, снижал психическое напряжение, редуцировал тревогу.

Пищевое поведение указанных больных включало следующие отклонения: увеличение суточного объема пищи, выбор калорийных продуктов, регулярное перекусывание между приемами пищи в течение дня блюдами из ассортимента быстрого питания – бутерброды, булочки, гамбургеры, печенья, сладости. Отмечалось полное отсутствие в рационе либо минимальное потребление пациентами сырых овощей, фруктов. Типичными для больных являлись поздний завтрак или его отсутствие, связанные со сниженным аппетитом по утрам; основные приемы пищи во второй половине дня, регулярные повторные перекусывания в вечернее время или второй полный ужин, ночной прием пищи.

Результаты сравнительного анализа основных клинко-демографических показателей в выделенных группах представлены в табл. 2.

Таблица 2

**Основные клинко-демографические показатели в группах больных с аффективными расстройствами**

ИМТ	Показатели			
	Средний возраст (лет)	Женщины	Мужчины	Длительность заболевания (лет)
I группа (n=24)	39,0±6,2	16 (67%)	8 (33%)	7,2±3,6*
II группа (n=22)	35,5±9,2	16 (73%)	6 (27%)	4,0±2,2

Примечания: \* – p=0,004.

Из табл. 2 видно, что средние значения возраста больных в подгруппах не имели статистически значимых различий. Вместе с тем, у лиц с ожирением, которые вошли в группу больных с повышенной МТ, средний возраст составил 50 лет. Женщин с повышенной (ИМТ>25) и нормальной МТ (ИМТ<25) в выборке было равное количество. Примечательно, что женщины с ожирением (ИМТ<30) составили 20% женской выборки, а мужчины с ожирением (ИМТ<30) составили половину случаев мужской выборки. К особенностям полового диморфизма можно отнести и то, что число мужчин с ожирением превышало в 2 раза число женщин в своих подгруппах.

Следует обратить внимание, что длительность заболевания у лиц с повышенной МТ (ожирение, избыточная МТ) в 2 раза превышает таковую у пациентов с нормальной МТ (ИМТ>25). В связи с этим можно предположить, что длительно протекающее аффективное расстройство может оказывать негативное влияние на метаболические процессы в организме и способствовать развитию избыточной МТ и ожирения, что сопоставимо с данными научной литературы [5, 31, 32]. В то же время, в формировании ожирения нельзя исключить и фармакогенный фактор, так как все обследованные пациенты до включения в исследование принимали антидепрессивную терапию [12, 21, 26].

Изучение характера питания выявило у пациентов I группы различные варианты нарушения аппетита: постоянное, приступообразное или волнообразное повышение аппетита в течение суток, отсутствие чувства насыщения после еды, ощущение переходящего голода в течение дня, приступы голода на фоне регулярного приема пищи.

У 20 из 24 пациентов (83,3%) с повышенной МТ было зарегистрировано стойкое и постоянное повышение аппетита (рисунок). По частоте показателей усиления аппетита больные с ожирением и избыточной МТ не различались. В 16,7% случаев на фоне нормального аппетита возникали редкие и кратковременные эпизоды усиления аппетита, которые не оказывали существенного влияния на характер питания пациентов. В группе лиц с нормальной МТ (ИМТ<25) постоянное или частое повышение аппетита зафиксировано в 8 из 22 случаев (35%).

Интересен факт, что у части обследованных пациентов показатели «нормальный аппетит» и «нормальное пищевое поведение» не совпадали. 46% больных с нормальными параметрами МТ имели нормальный, или незначительно повышенный аппетит, а при тестировании ПП демонстрировали нарушения пищевого поведения преимущественно ограничительного типа.

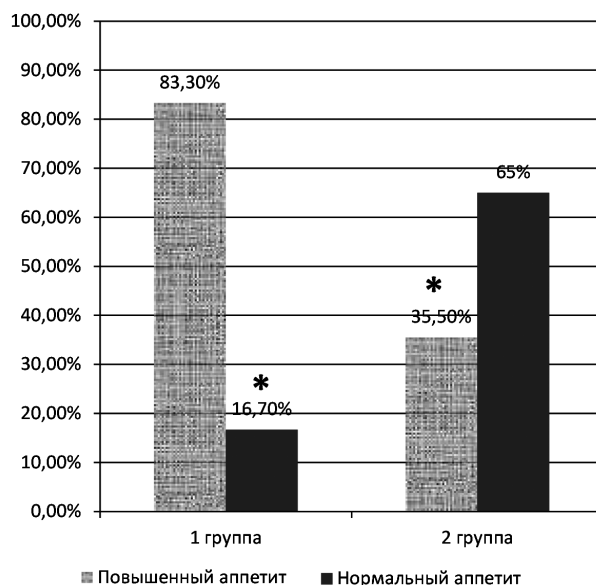
Анализ частоты встречаемости различных типов НПП у обследованных больных в зависимости от возраста представлен в табл. 3.

Из табл. 3 видно, что средний возраст у пациентов с ЭКСНПП значительно ( $p < 0,0005$ ) превышал показатели в группах с другими типами НПП. Возрастная разница групп с ЭКСНПП и ЭМЦНПП составила 14 лет. Наши данные сопоставимы с результатами, полученными в исследовании Т.Г.Вознесенской [6], в котором было показано, что больные с ЭКСНПП гораздо старше по возрасту (50 лет и выше) по сравнению с другими типами НПП. Можно предположить, что у более возрастных больных в формировании пищевого поведения преобладающую роль играют внешние пищевые стимулы, а не эмоциональные переживания и забота о внешнем виде.

Анализ частоты встречаемости типов НПП в исследованных группах показал, что среди больных с повышенной МТ (избыточная МТ и ожирение) по числу случаев преобладает эмоциогенный тип НПП (50%). У лиц с нормальными значениями МТ доминирует ограничительный тип НПП (46%).

Из табл. 4 видно, что частота встречаемости экстернального типа НПП (ЭКСНПП) и эмоциогенного НПП (ЭМНПП) у лиц с повышенной МТ была значительно ( $p < 0,01$ ) выше, а ограничительного – значительно ( $p < 0,01$ ) ниже по сравнению с больными, имеющими нормальные параметры МТ. Нормальный тип пищевого поведения у больных I группы не наблюдался.

Данные о степени выраженности НПП у обследованных пациентов приведены в табл. 5.



Частота встречаемости нарушений аппетита у обследованных больных

Примечания: \* –  $p < 0,01$ .

Таблица 3

#### Распределение типов НПП у больных аффективными расстройствами в зависимости от возраста

Тип НПП	ЭКСНПП	ЭМЦНПП	ОГРНПП	НОРМПП
Возраст (лет)	44±8,5*	31±9,3	36±7,0	38±10,2

Примечания: НПП – нарушение пищевого поведения; ЭКСНПП – экстернальный тип НПП; ЭМЦНПП – эмоциогенный тип НПП; ОГРНПП – ограничительный тип НПП; НОРМПП – нормальный тип пищевого поведения, \* –  $p < 0,0005$

Таблица 4

#### Распределение типов НПП у обследованных больных

Тип НПП	Величина МТ	
	I группа n=24	II группа n=22
Экстернальный	8 (33,5%)**	2 (9%)
Эмоциогенный	12 (50%)*, **	2(9%)
Ограничительный	4(16,5%)	10 (46,5%)*, **
Нормальное ПП	-	8 (36,5%)

Примечания: НПП – нарушения пищевого поведения, \* –  $p < 0,01$  – внутривнутригрупповые различия, \*\* –  $p < 0,01$  – межгрупповые различия.

Таблица 5

#### Средние значения степени выраженности типов НПП у больных с аффективными расстройствами

Группы	Средние значения степени выраженности ЭКС, ЭМЦ и ОГР		
	ЭКС*	ЭМЦ**	ОГР***
I группа (n=24)	3,0±0,85	2,1±1,1	2,4±0,8
II группа (n=22)	2,4±1,1	1,7±0,9	2,5±1,6

Примечания: Нормальные значения типов НПП: ЭКС\* – экстернальный тип ПП – до 2,7; ЭМЦ\*\* – эмоциогенный тип ПП – до 1,8; ОГР\*\*\* – ограничительный тип ПП – до 2,4.

Из данных табл. 5 видно, что средние значения величин ЭКС и ЭМЦ НПП превышают верхнюю границу нормы у больных с повышенной МТ. Незначительное превышение верхней границы нормы ОГР НПП выявлено у больных с нормальными значениями МТ. При сравнении межгрупповых показателей значимых различий не обнаружено.

При изучении клинических характеристик НПП у пациентов выявлено, что экстернальный тип НПП имел ряд отличительных признаков. Особенности в эмоционально-волевой сфере определялись устойчивой зависимостью аппетита и пищевого поведения от внешних гастрономических стимулов: продуктовые прилавки, витрины магазинов, кафе, кондитерские, места быстрого питания, пищевая реклама, продукты в холодильнике, накрытый стол, люди, принимающие пищу. Больные испытывали непреодолимое влечение к визуально доступным любимым продуктам и неудержимое стремление купить и употребить данный продукт или блюдо. Отличительные признаки в поведенческой сфере включали реализацию патологического влечения к пище путем регулярных или частых приемов пищи в местах общепита, закусочных, кафе быстрого питания, «перекусов» на ходу, на улице и дома, едой «за компанию» при отсутствии чувства голода с потреблением высококалорийных продуктов. Характер питания у больных с экстернальным НПП можно рассматривать как импульсивно-компульсивный. Фон настроения большинства пациентов (70%) мало зависел от реализации пищевых стимулов и соответствовал состоянию основного заболевания. Незначительное снижение настроения отмечали 30% больных при вынужденном воздержании от приема пищи.

Особенностью эмоциогенного типа НПП у обследованных пациентов являлась тесная связь аппетита с состоянием аффективной сферы. Повышение аппетита и переедание наблюдалось у больных на фоне ярко выраженных переживаний негативного спектра, которые сопровождалась чувствами раздражения, разочарования, обиды, тоски, волнения, тревоги, страха и пр. Большинство обследованных отмечали, что потребление пищи в эти периоды происходило спонтанно в процессе эмоционально окрашенной ментальной переработки значимых психотравмирующих событий, содержащей множество навязчивых мыслей, суждений, фиксации на психотравме. По выражению самих пациентов, они буквально «заедали» психотравмирующие переживания. Больные воспринимали и рассматривали пищу как дополнительный положительный психофизиологический фактор поддержки, защиты, снижающий психоэмоциональное напряжение, как средство повышения психического комфорта. В группе больных с эмоциогенным типом НПП фон настроения отличался выраженной лабильностью с перепадами в течение дня от нормального к сниженному и

наоборот. Его колебания часто зависели от внешних негативных психотравмирующих воздействий.

Отличительными особенностями типологии пищевого поведения пациентов с нормальными значениями МТ являлись: небольшой процент числа пациентов (35%) с нормальными параметрами трех типов пищевого поведения, а также наибольшая частота встречаемости случаев ограничительного типа НПП (46,5%) по сравнению с больными, имеющими повышенную МТ (16,5%).

Ограничительный тип НПП у обследованных нами пациентов с аффективными расстройствами II группы имел ряд клинико-динамических особенностей и характеризовался индивидуальной периодичностью и значительной активностью идеаторной сферы. Большинство больных имело устойчивые мысли о правильном питании, полезных видах пищи, необходимости поддержания постоянной строгой диеты, режима питания, фиксацию на выборе низкокалорийных продуктов и блюд, принятие решения о выполнении диетических ограничений. Их пищевое поведение определялось волевыми усилиями, включающими строгое соблюдение диеты и режима приема пищи, регулярные разгрузочные дни, полный отказ от «вредных», высококалорийных продуктов, самоконтроль и ведение пищевого дневника. В периоды диетического рациона питания пациенты были несколько напряжены, собраны, сосредоточены и фиксированы на теме приема пищи. Фон настроения у большинства пациентов был снижен и соответствовал их основному заболеванию. У 6 пациентов отмечались периоды колебания настроения в сторону гипертимности на фоне успехов в соблюдении диеты. У больных с ограничительным типом НПП выявлялись 2 типа течения НПП: двухфазный и однофазный. Двухфазный тип был зарегистрирован в 33% случаев. У таких пациентов фаза диетического воздержания сменялась периодом (фазой) бесконтрольного переедания, доходившего до степени обжорства (2% случаев). Больные были неразборчивы в еде, потребляли много сладкой и жирной пищи, часто переедали на ночь. Фазы переедания у большинства пациентов наблюдались регулярно, но с различными промежутками времени. В этих случаях у многих больных прослеживалась прямая зависимость между степенью диетического ограничения и скоростью наступления фазы бесконтрольного переедания. Чем более жестко соблюдалась фаза воздержания в диете накануне, тем быстрее наступала фаза переедания. Указанные колебания пищевого поведения пациентов сопровождалась негативными мыслями о себе, своем неправильном пищевом поведении, чувством вины, обиды, разочарования, колебаниями эмоционального фона, усугублением депрессивной симптоматики.

Однофазное течение ограничительного типа НПП наблюдалось у большинства больных с аффективными расстройствами (67%). У пациентов отме-

## Средние значения уровней холестерина и глюкозы у обследованных больных с разными типами НПП

Показатели	Типы НПП					
	ЭКС		ЭМЦ		ОРГ	
	I группа	II группа	I группа	II группа	I группа	II группа
Общий холестерин (ммоль/л)	5,6±1,4	6,0±0,7	5,6±1,2	5,5±0,8	5,8±1,1	5,3±1,9
Глюкоза (ммоль/л)	5,1±0,5	4,8±1,05	5,4±0,7	4,7±1,3	5,5±0,7	5,0±0,6

Примечания: НПП – нарушения пищевого поведения; ЭКС – экстернальный тип; ЭМЦ – эмоциогенный тип; ОРГ – ограничительный тип;  $p \leq 0,005$ .

чались регулярное соблюдение режима питания и низкокалорийной диеты, разумное самоограничение и самоконтроль. Наблюдавшиеся периоды расширения диеты с включением в меню высококалорийных блюд у данных пациентов были короткими по времени и стертными по степени выраженности. Эпизоды перекармливания отмечались очень редко.

Результаты биохимических исследований у обследованных пациентов приведены в табл. 6.

Исходя из данных, представленных в табл. 6, видно, что у пациентов, имеющих экстернальный и эмоциогенный типы НПП как с повышенной, так и с нормальной МТ, средние значения уровня холестерина находились на верхней границе нормы. Уровень глюкозы располагался в среднем диапазоне нормативных значений. У больных, имеющих ограничительный тип НПП и повышенную МТ, уровень холестерина и глюкозы также были в пределах нормативных значений. Однако средние значения исследуемых показателей у больных с ограничительным НПП были выше, чем у лиц с нормальными параметрами пищевого поведения, но не достигали статистической значимости.

У пациентов без отклонений ПП с повышенной МТ средние значения уровней холестерина и глюкозы находились на верхней границе нормы (5,7±1,05 ммоль/л и 5,5±0,9 ммоль/л соответственно), а в 30% случаях – незначительно превышали референсные показатели.

У больных с нормальными параметрами типов ПП и нормальной МТ (ИМТ<25) уровни всех исследуемых биохимических показателей оказались в срединном диапазоне нормальных значений (4,7±0,6 ммоль/л и 4,8±0,15 ммоль/л соответственно). Особенностью пациентов с нормальным диапазоном МТ и нормальными параметрами ПП являлось самое низкое по сравнению с пациентами с НПП содер-

жание в крови холестерина и глюкозы. Можно предположить, что отсутствие повышенных уровней метаболических показателей у обследованных больных связано с малочисленностью выборки и критериями исключения (отсутствие больных с коморбидной сомато-эндокринной патологией).

### Заключение

На основании проведенного исследования можно сделать вывод о том, что для больных аффективными расстройствами с повышенной и нормальной МТ характерны различные типы НПП, среди которых у больных с повышенной МТ (ИМТ>25) преобладает эмоциогенный тип НПП, а у больных с нормальной МТ (ИМТ<25) – ограничительный тип НПП. Кроме того, средний возраст у пациентов с экстернальным типом НПП значимо ( $p < 0,0005$ ) превышает показатели в группах с другими типами НПП. Биохимическое исследование позволило (учитывая немногочисленность выборки) сделать предварительный вывод о том, что липидный и углеводный обмен у больных с аффективными расстройствами без сопутствующей соматической патологии не имеет существенных отклонений от нормативных значений.

В связи с этим, целесообразным является комплексный подход к лечению больных с аффективными расстройствами и НПП с обязательным присоединением терапии НПП, что должно включать помимо диетических и медикаментозных методов также психотерапевтические коррекционные мероприятия. Указанный подход поможет не только повысить эффективность лечения основного заболевания, но и создаст условия по формированию адекватного гармоничного отношения пациентов к пище, регулированию их процесса питания и диетического рациона, что будет способствовать нормализации обмена веществ и массы тела.

### ЛИТЕРАТУРА

- Белкин А.И. Патология диэнцефально-гипофизарной области и эндокринный психосиндром. Глубокие структуры головного мозга и проблемы психиатрии. М., 1966. С. 49–53.
- Брюхин А.Е., Онегина Е.Ю. аффективные нарушения у пациентов с нервной анорексией и нервной булимией // Журнал неврол. и психиат. им С.С.Корсакова. 2011. Т. 111. № 1. С. 21–26.
- Василенко Л.М., Горобец Л.Н., Буланов В.С., Литвинов А.В., Иванова Г.П., Царенко М.А., Поляковская Т.П. Нарушение пище-
- вого поведения у психически больных в процессе терапии антипсихотиками второго поколения // Журнал неврол. и психиат. им С.С.Корсакова. 2015. Т. 115. № 7. С. 60–67.
- Вахмистров А.Б., Вознесенская Т.Г., Посохов С.И. Клинико-психологический анализ нарушений пищевого поведения при ожирении // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С.Корсакова. 2001. № 12. С. 19–24.
- Вознесенская Т.Г., Сафонова В.А., Платонова Н.М. Комор-

- бидные синдромы при ожирении и методы их коррекции // Журн. неврол. и психиатр. им С.С.Корсакова. 2000. № 12. С. 48–52.
6. Вознесенская Т.Г., Вахмистров А.В. Клинико-психологический анализ нарушений пищевого поведения при ожирении // Невропат и психиатр. 2001. Т. 12. С. 19–24.
  7. Горобец Л.Н. Нейроэндокринные дисфункции и нейролептическая терапия. М.: ИД «МЕДПРАКТИКА-М», 2007. 312 с.
  8. Григорьева Е.А., Хохлов Л.К. Психопатологические аспекты пищевого поведения и проблема коморбидности (клинические экскурсы, раздумья). Ярославль: Аверс плюс, 2015. 232 с.
  9. Григорьева Е.А., Горобец Л.Н., Хохлов Л.К., Кибитов А.О. Континуум пищевого поведения: различия в общности // Психическое здоровье. 2016. № 9 (124). С. 26–37.
  10. Жислин С.Г. К вопросу о роли эндокринного фактора в клинике шизофрении и психозов позднего возраста // Проблемы психиатрии. 1962. № 2. С. 3–19.
  11. Исаченкова О.А. Пищевое поведение как важный фактор развития ожирения и коморбидных с ним заболеваний // Ожирение и метаболизм. 2015. Т. 12. № 4. С. 14–17.
  12. Мазо Г.Э., Шманева Т.М., Соколян Н.А. Факторы риска фармакогенной прибавки веса у пациентов с депрессивными расстройствами // Психические расстройства в общей медицине. 2013. № 1. С. 15–21.
  13. Незнанов Н.Г., Мазо Г.Э., Горобец Л.Н. Нейроэндокринная система. Гл. 3.3 // Депрессия и риск развития соматических заболеваний. Руководство для врачей. М.: СИМК, 2018. С. 54–83.
  14. Незнанов Н.Г., Мазо Г.Э., Кибитов А.О. и соавт. Депрессия и риск развития соматических заболеваний. Руководство для врачей. М.: СИМК, 2018. 248 с.
  15. Ромацкий В.В., Семин И.Р. Феноменология и классификация нарушений пищевого поведения (аналитический обзор литературы, часть 1) // Бюллетень сибирской медицины. 2006. № 3. С. 61–69.
  16. Смудевич А.Б. Психосоматическая медицина // Психические расстройства в общей медицине. 2007. № 1. С. 1–10.
  17. Browne S. Association of depression with medical illness: does cortisol play a role? // Biol. Psychiatry. 2004. Vol. 55. P. 1–9.
  18. Calugi S., Dalle-Grave R., Marchesini G. Night eating syndrome in class 2-3 obesity, metabolic and psychopathological features // Int. J. Obes. 2009. Vol. 33. P. 899–904.
  19. Douglas J., Nasrallah H.A. Low high-density lipoprotein and psychopathology: A review // Ann. Clin. Psychiatry. 2019. Vol. 31. P. 209–213.
  20. Dunican K.C. et al. State of the art review: longterm pharmacotherapy for overweight and obesity // Am. J. Lifestyle Med. 2007. Vol. 1. N 5. P. 367–388.
  21. Ferrari F. The neurobiology of depression: an integrated overview from Biological Theories to Clinical Evidence // Mol. Neurobiol. 2017. Vol. 54. P. 4847–4865.
  22. Foley D.L., Morley K.L. et al. Major depression and the metabolic syndrome – twin research a human // Genetic. 2010. Vol. 13. N 4. P. 347–358.
  23. Jager J. et al. Eating disorders // Focus. 2005. Vol. 3. P. 503–510.
  24. Jantaratnotai N., Mosikanon K., Lee Y., McIntyre R.S. The interface of depression and obesity // Obes. Res. Clin. Pract. 2017. 11. P. 1–10.
  25. Javaras K.N. et al. Co-occurrence of binge eating disorders // J. Clin. Psychiatry. 2008. Vol. 69. P. 266–273.
  26. Markowitz S. et al. Understanding the relation between obesity and depression: causal mechanisms and implications for treatment // Clin. Psychol. 2008. Vol. 15. N 1. P. 1–20.
  27. Nolan L.J., Geliebster A. Night eating is associated with emotional and external eating in students // Eat. Behav. 2012. Vol. 13. P. 202–206.
  28. Patel J.K., Bulkeley P.F., Woolson L. et al. Metabolic profiles of second-generation antipsychotics: findings from CAEE studies // Schizophr. Res. 2009. Vol. 111. P. 9–16.
  29. Roberts R.E. et al. Prospective associated between obesity and depression: evidence from Alameda County Study // Int. J. Obes. 2003. Vol. 27. P. 514–521.
  30. Rubin R., Duman T.G., Scott L.W. The neuroendocrinology of affective disorders // The Hormones, Brain and Behavior. N.Y.: Acscemia Press, 2001. P. 467–514.
  31. Rush A.J., Zimmerman M., Wisniewski S. et al. Comorbid psychiatric disorders in depressed patients // J. Affect. Disorders. 2005. Vol. 87. N 1. P. 43–55.
  32. Schulz S., Laessle R. Association of negative affect and eating behavior in obese women without binge eating disorders // Eat. Weight Disord. 2010. Vol. 15. P. 287–293.
  33. Serreffi A., Mandelli L. Antidepressants and body weight: a comprehensive review and meta-analysis // J. Clin. Psychiatry. 2010. Vol. 71. P. 1259–1272.
  34. Sestan-Desa M., Horvard T.V. Metabolism and Mental Illness // Trends Mol. Med. 2016. Vol. 22. P. 774–783.
  35. Smyth J.M. et al. Daily and momentary mood and stress are associated with binge eating and vomiting in bulimia nervosa patients // J. Consult. Clin. Psychol. 2007. Vol. 75. N 4. P. 629–638.
  36. Swinbourne J.M. et al. The comorbidity of eating disorders and anxiety disorders: a review // J. Eat. Disord. Ass. 2007. Vol. 15. N 44. P. 253–274.
  37. Toups M.S., Myers A.K., Wisniewsky S.R. et al. Relationship between obesity and depression: characteristics and treatment outcome with antidepressant medication // Psychosomatic Med. 2013. Vol. 75. P. 863–872.
  38. Wurtman J., Wurtman R. The Trajectory from Mood to Obesity // Curr. Obes. Rep. 2018. Vol. 7. P. 1–5.

## ВАРИАНТЫ НАРУШЕНИЙ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С АФФЕКТИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ: АНТРОПОМЕТРИЧЕСКИЕ И БИОХИМИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПРОБЛЕМЫ

**Л.М. Василенко, Л.Н. Горобец, В.С. Буланов, А.В. Литвинов**

**Цель** – изучение клинических особенностей нарушений пищевого поведения (НПП) и их взаимосвязь с антропометрическими и метаболическими параметрами у больных с аффективными расстройствами.

**Материалы и методы.** У 46 больных (14 муж. и 32 жен.) с расстройствами аффективного спектра исследовались параметры пищевого поведения, антропометрические (масса тела, индекс массы тела, окружность талии) и биохимические (общий холестерин, глюкоза) показатели. Исследование проводилось с использованием клинико-психопатологического, биохимического и клинико-статистического методов.

**Результаты.** Для больных с аффективными расстройствами с повышенной и нормальной МТ характерны различные типы НПП, среди которых для больных с повышенной МТ (ИМТ>25) преобладает эмоциогенный тип НПП, а для больных с нормальной МТ (ИМТ<25) –

ограничительный тип НПП. Кроме того, средний возраст у пациентов с экстернальным типом НПП значимо ( $p<0,0005$ ) превышал показатели в группах с другими типами НПП. Биохимическое исследование позволило (учитывая немногочисленность выборки) сделать предварительный вывод о том, что липидный и углеводный обмен у больных с аффективными расстройствами без сопутствующей соматической патологии не имел существенных отклонений от нормативных значений.

**Выводы.** Целесообразным является комплексный подход к лечению больных с аффективными расстройствами и НПП и обязательное включение в процесс терапии НПП, которое должно включать помимо диетических и медикаментозных методов – психотерапевтические коррекционные мероприятия.

**Ключевые слова:** нарушения пищевого поведения, аффективные расстройства, масса тела, ожирение, общий холестерин, глюкоза.

## TYPES OF EATING DISORDERS IN PATIENTS WITH AFFECTIVE DISORDERS: ANTHROPOMETRIC AND BIOCHEMICAL ASPECTS OF THE PROBLEM

L.M. Vasilenko, L.N. Gorobets, V.S. Bulanov, A.V. Litvinov

**The aim of the study** was to study the clinical features of eating disorders and their relationship with anthropometric and metabolic parameters in patients with affective disorders.

**Materials and methods.** In 46 patients (14 men and 32 women) with affective spectrum disorders the parameters were studied eating behavior, anthropometric (body weight, body mass index, waist circumference) and biochemical (total cholesterol, glucose) indicators. The study was carried out using clinical-psychopathological, biochemical and clinical-statistical methods.

**Results.** Patients with affective disorders with elevated and normal BM are characterized by various types of ED, among which, for patients with increased body weight (BMI>25), the emotiogenic type of ED prevails, and for patients with normal body weight (BMI<25), the restrictive type of

ED. In addition, the average age in patients with the external type of ED was significantly ( $p<0.0005$ ) higher than in the groups with other types of ED. The biochemical study allowed (given the small size of the sample) to draw a preliminary conclusion that lipid and carbohydrate metabolism in patients with affective disorders without concomitant somatic pathology did not have significant deviations from the standard values.

**Conclusions.** A comprehensive approach to the treatment of patients with affective disorders and ED and the mandatory inclusion of ED in the treatment process, which should include, in addition to dietary and medication methods, psychotherapeutic corrective measures is advisable.

**Key words:** eating disorders, affective disorders, body mass, obesity, total cholesterol, glucose.

---

**Василенко Любовь Михайловна** – кандидат медицинских наук, старший научный сотрудник отделения психонейроэндокринологии МНИИП – филиала ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П.Сербского» Минздрава России; e-mail: vvvasilenko@inbox.ru

**Горобец Людмила Николаевна** – доктор медицинских наук, профессор, руководитель отделения психонейроэндокринологии МНИИП – филиала ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П.Сербского» Минздрава России; e-mail: gorobetsln@mail.ru

**Буланов Вадим Сергеевич** – кандидат медицинских наук, старший научный сотрудник отделения психонейроэндокринологии МНИИП – филиала ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П.Сербского» Минздрава России; e-mail: bvadim612@gmail.com

**Литвинов Александр Викторович** – кандидат медицинских наук, старший научный сотрудник отделения психонейроэндокринологии МНИИП – филиала ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П.Сербского» Минздрава России; e-mail: vccontact@gmail.com