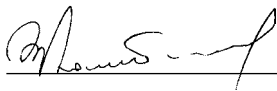


**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ**

УТВЕРЖДАЮ

Первый заместитель министра здравоохранения



В.В. Колбанов

21 июня 2005 г.

Регистрационный № 28-0205

**МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ НАРУШЕНИЙ
ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ**

Инструкция по применению

Учреждения-разработчики: Белорусский государственный медицинский университет, Республиканская клиническая психиатрическая больница

Автор: О.А. Скугаревский

ВВЕДЕНИЕ

Нарушения пищевого поведения (НПП) являются многогранной поведенческой проблемой современной медицины, основывающейся на биопсихосоциальном подходе. Их распространенность достаточно велика, если принимать в расчет особенности «пораженного» контингента, который на 95% состоит из девушек и молодых женщин (средний возраст 13–23 года). Показатели болезненности среди женщин для нервной анорексии (НА) составляют от 0,5 до 3,7%, а для нервной булимии (НБ) — от 1,1 до 4,2%. Заболеваемость НБ составляет в среднем 26,5 случаев в год на 100 тыс. женского населения, а для НА этот показатель примерно вдвое ниже. НА является третьим наиболее часто встречающимся расстройством среди жителей Америки.

Современный взгляд на проблему НПП позволяет считать их одними из самых трудных в диагностическом и лечебном плане расстройств. Длительное время скрываясь за социально приемлемыми масками диетических ограничений, клинически очерченные проявления расстройств в форме НА или НБ попадают в поле зрения прежде всего врача общей практики. Своевременная правильная диагностика расстройств и последующая их корректная терапия должны содействовать уменьшению продолжительности периода болезненных проявлений, степени выраженности сопутствующих соматических осложнений, снижению тяжести психосоциальных последствий (суицид, бесплодие и др.) и увеличению эффективности терапевтических вмешательств. К сожалению, в отечественной клинической практике отсутствует настороженность специалистов (прежде всего соматического профиля) в отношении НПП, что приводит к недостаточной выявляемости указанных расстройств.

Настоящая инструкция ориентирована на изложение современных методов диагностики НПП, основывающихся на современной, широко используемой в мире американской классификации психических и поведенческих расстройств DSM-IV, более полно отражающей особенности расстройств пищевого поведения по сравнению с МКБ-10.

ОБЩИЕ ЗАМЕЧАНИЯ ПО ДИАГНОСТИЧЕСКИМ РУБРИКАМ

Нервная анорексия

***Критерий А.** Неспособность поддержания веса на уровне или выше минимального, соответствующего возрасту и росту.* В соответствии с этим критерием требуется наличие существенного снижения веса у пациента, страдающего НА. Согласно рекомендациям DSM-IV, в качестве критерия «существенного снижения» рекомендуется принимать массу тела менее 85% от ожидаемой. Более жестким следует считать критерий МКБ-10 в отношении недостаточности массы тела для постановки диагноза НА. Он соответствует величине индекса массы тела (ИМТ, вес в кг, деленный на рост в метрах, возведенный в квадрат), равной или менее 17,5 кг/м².

У большинства индивидов накануне заболевания масса тела соответствует нормальным пределам и прогрессивно снижается с началом расстройства вследствие комбинаций жестких диетических ограничений, изнуряющих физических нагрузок, а также «очистительных методов» (самовызывание рвоты, клизмы, прием мочегонных и/или слабительных средств), биодобавок, нацеленных на снижение массы тела. У некоторых больных НА начинается в раннем подростковом возрасте, когда они не столько теряют массу тела, сколько не набирают. При этом на фоне увеличивающегося роста происходит существенное снижение массы тела.

Другим важным аспектом Критерия А является желание пациента иметь низкий вес наряду с осознанными попытками избежать его набора. Обычно больные НА избегают приемов пищи, а если едят, то избегают пищу, которую оценивают как «пополняющую». Зачастую пациенты занимаются изнуряющими физическими упражнениями по двум причинам: в попытке «сжечь» калории и улучшить свое самочувствие.

***Критерий В.** Чрезмерное опасение набора веса или ожирения, несмотря на недостаточную массу тела.* Несмотря на реальный дефицит массы тела, пациенты с НА проявляют глубокое беспокойство по поводу того, что у них будет существенный избыток массы тела, если они перестанут придерживаться жесткого контроля своих пищевых предпочтений или большой физической актив-

ности. Для большинства больных НА страх ожирения не основывается на реальных фактах. Большинство из них никогда ранее не имели избыточного веса и с малой вероятностью имели проблемы с ожирением среди членов своей семьи. В то же время для большинства «жирный» реально не обозначает «имеющий избыточный вес», а означает быть более полным, чем они могут позволить себе (т. е. более полным, чем есть в данный момент). Примечательно и то, что страх ожирения обычно усиливается по мере снижения массы тела.

Критерий С. *Расстройство восприятия веса или формы тела, чрезмерное влияние массы тела на самооценку или отрицание серьезности последствий пониженной массы тела.* Выраженные нарушения в переживании собственной массы тела и его формы при НА реализуются различными путями. Люди, страдающие НА, зачастую воспринимают себя или чаще отдельные части собственного тела как чрезмерно большие. Внимание может быть акцентировано на груди, животе, ягодицах, бедрах. Причем даже тогда, когда происходит потеря веса, эти части тела остаются нежелательно большими. В большинстве случаев такие проявления не являются следствием первичного нарушения процессов восприятия. Пациенты с НА обычно точно воспринимают размеры собственного тела и его частей. Намного чаще проблема состоит в характере суждений, которые больные делают в отношении размеров, которые они воспринимают.

У лиц, страдающих НА, значительная часть самооценки основывается на их весе и форме тела. Если такие люди набирают вес, то они обычно стыдятся этого, чувствуют себя, фрустрированными, смущенными и испуганными, тогда как при снижении веса они ощущают себя «полными совершенства».

При затяжном течении НА побуждение к снижению веса и степень удовлетворенности от недостатка массы тела может становиться менее отчетливым. Такие пациенты продолжают отрицать необходимость серьезного беспокойства по поводу низкой массы тела либо целесообразности медицинского или психиатрического вмешательства. Например, они могут постепенно соглашаться с тем, что, возможно, им и необходимо набрать вес, но у них отсут-

ствуется желание предпринимать последовательные шаги в достижении этой цели.

Критерий D. Аменорея, т. е. отсутствие как минимум 3 менструаций подряд у женщин, достигших полового созревания. Большинство пациенток, страдающих НА, прошли период нормального пубертатного развития и к началу НПП у них установился менструальный цикл. У части больных НА начинается до наступления месячных. Аменорея, возникшая на фоне нарушений пищевого поведения, свидетельствует о нарушении физиологического функционирования (снижении синтеза эстрогенов). Прием половых стероидов (например, оральных контрацептивов) у некоторых пациентов, страдающих НА, может способствовать возобновлению менструаций. Таким образом, те пациентки с НА, у которых месячные присутствуют только на фоне оральных контрацептивов, удовлетворяют этому критерию. В случае развития НА у мужчин нарушения со стороны гипоталамо-гипофизарно-гонадной оси характеризуются уменьшением продукции тестостерона, что приводит к снижению полового влечения и потенции.

Вероятно, в генезе аменореи при НА принимают участие как соматические, так и психологические факторы. Существенное снижение массы тела у любой женщины приведет в итоге к аменорее. В то же время, при НА у существенной доли пациентов аменорея предшествует существенной потере веса.

При постановке диагноза НА целесообразно принимать во внимание один из двух взаимоисключающих типов:

– *ограничительный тип*: на протяжении текущего эпизода НА пациент не вовлекается в регулярные эпизоды переедания или очистительного поведения (самовызывание рвоты, использование слабительных, мочегонных, клизм);

– *тип с эпизодами переедания/очистительного поведения*: на протяжении текущего эпизода НА пациент регулярно использует эпизоды переедания или очистительного поведения (самовызывание рвоты, использование слабительных, мочегонных, клизм).

Такого рода разделение (принятое в DSM-IV) отражает прогресс в изучении НПП за последние несколько десятилетий. Достоверно установлено, что между двумя типами НА существуют отчетливые

различия. Так у пациентов, страдающих НА с эпизодами переедания и/или очистительного поведения, обнаруживаются другие нарушения контроля импульсивности (например, использование психоактивных веществ, суицидальные попытки, самодеструктивное поведение, лабильность аффекта и склонность к воровству). Также у них зачастую заболевание протекает дольше, а его клиническая картина тяжелее. Напротив, пациентам с НА ограничительного типа в большей мере свойственны obsессивные черты в поведении, меньшая выраженность депрессии, меньший уровень психиатрического дистресса и меньшее количество суицидальных попыток, они в большей мере социально неприспособлены и изолированы (по сравнению с НА с эпизодами переедания и/или очистительного поведения). К сожалению, в МКБ-10 отсутствует разделение НА на указанные подтипы.

Нервная булимия

Критерий А. Периодически повторяющиеся эпизоды переедания, характеризующиеся двумя признаками:

1. Употребление на протяжении ограниченного временного интервала (например, за 2 ч) определенно большого количества пищи (по сравнению с количеством пищи, которое большинство людей может съесть за этот промежуток времени при подобных обстоятельствах).

2. Ощущение того, что в течение эпизода прием пищи находится вне волевого контроля (т. е. ощущение неспособности остановить прием пищи или контролировать, какая пища или в каком количестве употребляется).

В процессе диагностики затруднения могут возникать в трактовке объема потребленной пищи как «большого». Многие люди, страдающие НПП, могут считать перееданием эпизоды, которые по объективным характеристикам не являются «большими». Например, зачастую это возникает, когда они съедят «запрещенную» для себя пищу, например, порцию десерта. Употребление такого рода пищи ими оценивается как переедание, и они вызывают у себя рвоту с целью освобождения от съеденной пищи. Несомненно, такого рода проявления относятся к поведенческим нарушениям и они не удовлетворяют приведенному выше критерию переедания,

т. е. не превышает объем пищи, который большинство людей может съесть на десерт. Таким образом, при постановке диагноза НБ на клиницисте лежит ответственность в отношении получения от пациента описания типичного паттерна переедания, чтобы вынести окончательное суждение об объеме потребленной пищи. При формировании такого суждения целесообразно учитывать обстановку, в которой происходил прием пищи. Так потребление необычно большого количества еды на вечеринке после полноценного обеда может не являться чрезмерным. Критерий также определяет, что прием пищи должен происходить в течение «ограниченного временного интервала». Таким образом, продолжительные «перекусы» на протяжении дня также не могут быть оценены в качестве эпизодов переедания. С практической точки зрения в качестве условного критерия «большого» объема съеденной пищи может быть использован ее объем, превышающий 1000 ккал.

На протяжении эпизода переедания пациенты, страдающие НБ, употребляют разнообразную пищу. Возможно, наиболее типичным является потребление десертов или пищи, предназначенной для «перекусов», например, печенье, чипсы, мороженое, торт. Зачастую за время эпизода переедания потребляется большое количество жидкости, что, вероятно, облегчает вызывание рвоты после эпизода.

Критерий В. *Повторяющееся неадекватное компенсаторное поведение с целью предотвратить набор веса, такое как самовызывание рвоты, неуместное использование слабительных и мочегонных средств, клизм или других препаратов, соблюдение постов, альтернирующие периоды голодания, чрезмерные физические нагрузки.* Пациенты, страдающие НБ, вслед за эпизодом переедания предпринимают дезадаптивные попытки «очистения» от съеденной пищи, чтобы противостоять ее «полнящему» влиянию. В клинической выборке наиболее частой стратегией является самовызывание рвоты. Если вначале вызывание рвоты у пациента может иметь некоторые затруднения, то по мере прогрессирования расстройства такое поведение становится более привычным. Со временем больные зачастую вызывают рвоту не только вслед за эпизодом переедания, но практически после любого приема пищи, независимо от его

объема. Многие пациенты с НБ используют различные препараты с целью противостоять полноте вследствие эпизодов переедания. Среди подобных препаратов для вызывания поноса часто используются большие количества продаваемых без рецепта слабительных средств. Хотя чрезмерное использование слабительных средств неизбежно приведет к быстрой потере массы тела (ожидаемый пациентом эффект), это будет достигнуто посредством обезвоживания организма, а не за счет энергетических потерь. Слабительные препараты оказывают свой основной эффект на уровне толстого кишечника, в то время как абсорбция питательных веществ происходит в основном в тонком кишечнике.

Среди иных способов противостоять набору веса больные НБ принимают мочегонные препараты, препараты, влияющие на функцию щитовидной железы, анорексигенные средства, клизмы. Некоторые пациенты с НБ не используют приведенные выше варианты очистительного поведения. Вместо них вслед за эпизодом переедания они переходят на постную еду (например, на протяжении 24 ч после эпизода переедания употребляют некалорийную пищу) либо занимаются чрезмерными физическими упражнениями. Такого рода клинически значимое компенсаторное поведение следует оценивать как удовлетворяющее критериям классификации НБ, если:

- имеет место отсутствие потребления калорий на протяжении 24 ч;

- физические нагрузки являются избыточными, т. е. мешают значимым видам деятельности, наблюдаются в неподходящее время или при неуместных обстоятельствах или продолжаются несмотря на наличие медицинских осложнений.

Критерий С. Эпизоды переедания и компенсаторного поведения встречаются в среднем как минимум дважды в неделю на протяжении 3 мес. Этот временной критерий предназначен для выделения клинически очерченной группы пациентов НБ и исключения тех лиц, у которых симптоматика, подобная НБ, не достигла своего «расцвета». Такого рода состояния целесообразно кодировать в рубрике «Атипичная нервная булимия» (МКБ-10) или EDNOS (DSM-IV).

Критерий D. Самооценка находится под чрезмерным влиянием формы или веса тела. Пациенты, страдающие НБ (подобно боль-

ным НА), находятся под постоянным давлением диетических ограничений и избегания набора веса тела. В ситуации, когда их вес увеличивается, они испытывают выраженный дистресс.

Критерий Е. Расстройство не наблюдается на протяжении эпизода НА. Этот критерий DSM-IV регламентирует постановку диагноза НА, а не НБ при сочетанной клинической картине (например, при недостаточном весе отмечаются эпизоды переедания и рвоты дважды в неделю). Такой подход, в частности, делает акцент на значимости снижения веса и его последствиях.

Вслед за установлением диагноза НБ целесообразно уточнить ее *клинический тип*:

1. Очистительный тип: на протяжении текущего эпизода НБ пациент регулярно прибегает к самовызыванию рвоты или необоснованному использованию слабительных, мочегонных препаратов или клизм.

2. Неочистительный тип: на протяжении текущего эпизода НБ больной использует иные варианты компенсаторного неадаптивного поведения, такие как пост, чрезмерные физические нагрузки, но не вызывает у себя рвоту и не использует регулярно слабительные, мочегонные препараты или клизмы.

Выделение таких типов НБ является оправданным по ряду соображений. Пациенты, страдающие очистительным типом НБ, обычно имеют более низкую массу тела, большую выраженность симптомов депрессии и большую обеспокоенность формой и массой тела по сравнению с больными НБ неочистительного типа. Кроме того, у них чаще отмечаются нарушения обмена электролитов и жидкости в организме, что может представлять реальную угрозу для жизни. Как и в случае НА, такое выделение подтипов не проводится в МКБ-10.

Принимая во внимание затруднения, возникающие при оценке эпизодов переедания, считаем целесообразным привести современную классификацию (табл. 1), основывающуюся на результатах научных исследований, проводимых в мире по изучению проблемы переедания (обжорства). Ключевыми пунктами для ее построения служат:

1. Сохранность контроля количества/качества потребляемой пищи.

2. Количество еды (см. диагностические критерии для НБ).

Таблица 1

Классификация эпизодов переедания

Контроль количества/качества потребляемой пищи	Количество еды	
	«Большое» (см.определение выше)	«Небольшое», но оцениваемое субъектом как избыточное
Утрата контроля	Объективный булимический эпизод	Субъективный булимический эпизод
Нет утраты контроля	Объективное переедание	Субъективное переедание

Следует учитывать, что описанные паттерны переедания не являются взаимоисключающими и у одного и того же человека могут иметь место различные их сочетания.

АТИПИЧНЫЕ ФОРМЫ НАРУШЕНИЙ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ

Расстройство по типу обжорства (Binge-Eating Disorder, BED) по своим клиническим проявлениям имеет сходство с НБ, за исключением регулярности дезадаптивного компенсаторного поведения (например, самовызывания рвоты). В качестве *исследовательских критериев* для этого расстройства в DSM-IV приводятся следующие:

А. Повторяющиеся эпизоды переедания, характеризующиеся: – употреблением определено большого количества пищи (по сравнению с количеством пищи, которое большинство людей может съесть за этот промежуток времени при подобных обстоятельствах) за определенный (например, двухчасовой) промежуток времени; – чувством утраты контроля над приемом пищи (ощущение того, что в течение эпизода прием пищи находится вне волевого контроля (т. е. ощущение неспособности остановить прием пищи или контролировать, какая пища или в каком количестве употребляется)).

При оценке расстройства по типу обжорства затруднения могут быть вызваны оценкой окончания эпизода переедания, т. к. в отличие от эпизода при НБ он не заканчивается рвотой. У лиц, предъявляющих жалобы на наличие эпизодов обжорства, зачастую обнаруживаются эпизоды переедания, которые бывают трудно отличимы от приема пищи здоровыми людьми. Для уточненной оценки следует основываться на нижеследующих критериях.

В. Наличие как минимум 3 из 5 сопряженных поведенческих симптомов (высокая скорость еды, переедание при отсутствии чувства голода, прекращение еды лишь при появлении дискомфортных ощущений, еда в одиночку из-за смущения по поводу объема поглощенной пищи, чувство неудовлетворенности собой, подавленности или вины после эпизода переедания).

С. Выраженный дистресс в связи с эпизодом обжорства. У людей, страдающих расстройством по типу обжорства, при клиническом обследовании выявляется выраженная обеспокоенность по поводу своей проблемы, которую они обычно оценивают как типичное поведенческое нарушение. Это беспокойство обычно связывается пациентами с чувством «утраты контроля» над приемом пищи и последствиями этого поведения для здоровья.

Д. Частые (как минимум два раза в неделю) и повторяющиеся (на протяжении 6 мес. и более) эпизоды обжорства.

Указанный критерий частоты отличает расстройство по типу обжорства от НБ. Во первых, в качестве критерия оценки используется не булимический эпизод, а число дней в неделю, когда отмечались эпизоды обжорства (в частности, из-за затруднений в разграничении эпизодов обжорства). Во-вторых, продолжительность 6 мес. обусловлена необходимостью выделения «чистых» клинических признаков этого достаточно «молодого» в диагностическом плане расстройства, что можно сделать, увеличив критический временной порог.

Е. Во время эпизодов переедания не наблюдается регулярное дезадаптивное компенсаторное поведение (например, очистительные ритуалы, пост, изнуряющие физические нагрузки), эти эпизоды наблюдаются исключительно в структуре НА и НБ.

Другие примеры атипичных форм нарушений пищевого поведения

1. Женщины, имеющие все критерии НА за исключением нарушений менструального цикла.

Пациентки, у которых выявляются все критерии НА за исключением нарушения менструальной функции, составляют небольшую, но клинически важную группу. Среди них часто встречаются женщины с хроническим (на протяжении многих лет) течением НПП,

при котором они поддерживали низкую массу тела. Поскольку малое количество жировой ткани при НА обычно меньше критического порога для нормального функционирования менструальной функции, остается не до конца понятным, почему у некоторых пациенток с НПП сохраняется менструальная функция при низкой массе тела. Возможно, это является проявлением процессов биологической адаптации организма к низкому весу, позволяющему поддерживать менструальную функцию на фоне хронического истощения. Терапевтические подходы к лечению таких больных идентичны таковым при лечении НА.

2. Женщины, имеющие все критерии НА за исключением существенного снижения массы тела; масса тела на момент обследования находится в пределах нормальных значений.

Пациентки могут относиться к подобной подгруппе вследствие значительной потери массы тела на фоне предшествующего ожирения и поддержания этой пониженной массы тела только посредством чрезмерных и стабильных ограничений в калорийности питания. В процессе клинического наблюдения у них выявляется выраженный уровень озабоченности по поводу еды и массы тела, который сопоставим с таковым при НА. Такие больные зачастую относятся к когорте «трудных», поскольку оценивают себя, а также могут оцениваться окружающими как «выздоровевшие» от тяжелой болезни (т. е. ожирения). Такие женщины связывают соматическое благополучие и комфорт в психосоциальных отношениях со снижением веса. Таким образом, они оказываются крайне незаинтересованными в отказе от стереотипа ригидных диетических ограничений и других симптомов, поскольку это защищает их от увеличения массы тела. Чрезвычайно важной для таких пациенток является помощь в переоценке степени психосоциальных и соматических повреждений, наносимых проявлениями НПП. Они нуждаются в аккуратной неформальной поддержке на протяжении лечения, целью которого является разрушение ригидных установок питания.

3. У индивида соблюдаются все критерии НБ за исключением критерия частоты и периодичности (эпизоды переедания и компенсаторного поведения встречаются в среднем как минимум дважды в неделю на протяжении 3 мес.).

Такого рода характер симптоматики может наблюдаться, например, если булимические эпизоды наблюдаются в среднем реже чем 2 раза в неделю, а самовызываемая рвота отмечается за день многократно на фоне многолетнего использования слабительных средств. Здесь можно обсуждать возможное несоответствие сопряженной симптоматики, поскольку у тех больных, которые часто вызывают у себя рвоту, обычно отмечаются достаточно частые булимические эпизоды, удовлетворяющие по своей частоте критериям классификации. Указанная классификационная проблема исходит из тщательных научных исследований проблемы переедания, которые указали трудности в объективизации того, сколько человек съел, прежде чем вызвать у себя рвоту. В частности, несмотря на наличие высокой корреляции между субъективной и объективной оценкой объема пищи, поглощенного пациентом, страдающим НБ, за период булимического эпизода, показано, что больным свойственно переоценивать его объем. На настоящий момент также мало известно о том, как часто наблюдается повторение рвоты у людей, частота эпизодов переедания у которых не достигает требуемого классификацией порога. В то же время клиницистам важно быть осведомленными о том, что метаболические нарушения и серьезный риск для здоровья существенно более тесно связаны с самовызыванием рвоты и злоупотреблением слабительными средствами, чем с эпизодами переедания.

4. Регулярное использование дезадаптивного компенсаторного поведения у индивидов с нормальной массой тела после употребления небольшого количества еды (например, самовызывание рвоты после употребления двух печений).

В подобных случаях отмечается регулярное использование дезадаптивных стилей компенсаторного поведения при невыполнении нескольких критериев диагностики НБ. Самовызывание рвоты после употребления небольшого количества еды может наблюдаться у лиц, испытывающих невыносимый ужас перед едой, что приводит к тому, что они не могут удержать в желудке даже небольшое количество еды. Такие пациенты могут оценивать употребление маленького объема пищи как переедание. Принимая во внимание высокую опосредованность риска для здоровья рвотами и злоупотреблением

слабительными, лица с этой симптоматикой должны получать лечение, соответствующее таковому при НБ. В некоторых случаях у них может отмечаться устойчивость к лечебным стратегиям, поскольку их рвотное поведение является эгосинтонным (т. е. согласуется с самопредставлением, является неотъемлемой частью личности) и не сопровождается дистрессом, свойственным пациентам, страдающим НБ, при повторяющихся эпизодах переедания.

5. Стереотип повторяющегося жевания и выплевывания, но не проглатывания пищи в больших объемах.

Такая симптоматика позволяет более отчетливо обозначить некоторые границы других форм нарушений пищевого поведения. В частности, чтобы классифицировать болезненный эпизод пищевого поведения как относящийся к эпизоду переедания, пища должна быть поглощена на протяжении эпизода. Учитывая эти особенности при НА, следует иметь в виду, что лица, которые регулярно жуют и выплевывают большое количество еды и не используют очистительное поведение, должны оцениваться как имеющие НА ограничительного типа.

Приведенные выше диагностические категории позволяют разграничить основные формы НПП. В то же время клиническая реальность требует ухода от формальной трактовки пунктов классификации, принимая во внимание общность ключевых характеристик для различных диагностических категорий, равно как и разнородность проявлений внутри классификационных подгрупп. Независимо от места в классификации у большинства пациентов, страдающих НПП, отмечается чрезмерное беспокойство по поводу веса и/или формы тела. Как при НА, так и при НБ (и большинстве атипичных форм НПП) отмечается чрезмерное влияние массы тела на самооценку (в DSM-IV такой характер влияния описан в качестве диагностического пункта для НБ, а в МКБ-10 нет прямых указаний на эти взаимовлияния вообще). У большинства пациентов, страдающих НПП, в анамнезе выявляются периоды тяжелых диетических ограничений (диеты) или компенсаторного поведения с целью снизить вес или избежать его набора. Такие проявления остаются относительно стабильными со временем, несмотря на то, что оценка состояния с учетом диагностических критериев мо-

жет изменяться (например, у больного НА ограничительного типа расстройство может соответствовать в анамнезе НА с эпизодами переедания и/или очистительного поведения). Даже существенное снижение массы тела, типичное для НА, также встречается и у пациентов с НБ. Фактически потеря веса у больных НБ сопоставима с таковой при НА с той лишь разницей, что пациенты с НБ начинают снижать вес с первоначально более высокого уровня.

Таким образом, клиническая реальность при постановке диагноза НПП требует учета следующих условий:

- масса тела;
- наличие или отсутствие эпизодов переедания;
- наличие или отсутствие компенсаторного поведения, такого как самовывывание рвоты или злоупотребление слабительными средствами.

МЕТОДЫ ОЦЕНКИ СОСТОЯНИЯ ПАЦИЕНТОВ С НАРУШЕНИЯМИ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ

Методы оценки состояния пациентов с НПП включают:

- клиническое интервью;
- опросники самооценки;
- процедуру самомониторинга;
- лабораторные и инструментальные методы исследований.

В процессе клинического интервью одной из его целей является установление диагноза. Опросники самооценки позволяют в большей мере уточнить и объективизировать информацию, касающуюся симптоматики, связанной с НПП и общей психопатологией. Процедура самомониторинга, осуществляемая пациентом, обеспечивает клинициста важной информацией об особенностях пищевого поведения, полученной в естественных условиях. Используемые в практическом здравоохранении лабораторные и инструментальные методы исследований позволяют объективно оценить характер компенсации/декомпенсации основных функциональных систем организма.

Клиническое интервью опирается на знание врачом клинической картины НПП и их диагностических критериев. Врач должен быть готов к тщательной оценке часто выявляемых у пациентов на-

пушений образа собственного тела, дезадаптивного пищевого поведения и экстремальных методов контроля массы тела.

Масса тела и образ собственного тела. Нарушения образа собственного тела играют значимую роль в структуре психопатологии НПП. Как сенсорные (перцептивные), так и когнитивно-аффективные компоненты нарушений образа собственного тела (искажение образа собственного тела или неудовлетворенность образом тела) находят свое отражение в классификационных схемах НПП.

В процессе интервью клиницист должен получить информацию о массе тела и росте пациентки на момент обследования, а также проанализировать динамические анамнестические данные в отношении массы тела. Особое внимание следует уделять значениям максимальной и минимальной массы тела с того момента, как обследуемая достигла наблюдаемого на момент обследования роста. Также необходимо отметить частоту, с которой наблюдаются существенные колебания массы тела. В процессе интервью целесообразно тактично выяснить сведения о характере взаимосвязи между значимыми жизненными событиями и лабильностью массы тела. У женщин, страдающих нарушениями пищевого поведения, зачастую удастся выявить такого рода взаимосвязи, особенно между стрессовыми событиями в межличностных отношениях и колебаниями массы тела.

Интервьюер также может поинтересоваться динамикой массы тела в детстве и раннем подростковом возрасте. Наличие избыточной массы тела в детстве и/или переживания по поводу насмешек в связи с избыточным весом может быть значимым опытом у таких пациенток. Учитывая, что ретроспективная оценка массы тела не всегда бывает достаточно точной, следует поинтересоваться характером восприятия женщиной своей массы тела в том возрасте, уточнив, чувствовала ли она, будучи ребенком, что имеет избыточный вес, получала ли она негативные комментарии от членов семьи по поводу массы тела или внешности, дразнили ли сверстники по поводу избыточной массы тела.

Далее необходимо выяснить, какой вес пациентка считает для себя идеальным. Это даст возможность представить субъективно приемлемый диапазон массы тела, который, обычно у больных НПП нереалистично занижен.

Нарушения образа собственного тела при НПП принято рассматривать в следующих аспектах:

1. Расстройство восприятия (т. е. искажение образа тела), при котором женщина воспринимает отдельные части тела как неестественно большие.

2. Расстройство когнитивного и аффективного функционирования (т. е. неудовлетворенность образом тела), когда пациентка негативно оценивает свою внешность.

3. Поведенческие нарушения (т. е. «избегание» образа тела), при которых женщина регулярно занимается «перепроверкой» собственного тела и избегает ситуаций, провоцирующих тревогу по поводу тела (например, избегает посещения пляжей, тренажерных залов, ношения обтягивающей одежды и др.).

В процессе интервью клиницист должен оценить наличие и выраженность этих проявлений нарушения образа тела, а также характер их влияний на самооценку пациентки и ее способность к адаптации. Принимая во внимание тесную связь нарушений образа собственного тела с самооценкой, целесообразно учитывать, что они играют предикторную роль в отношении тяжести клинических проявлений и терапевтического ответа, особенно при НА.

Таким образом, наряду с вопросом о характере восприятия и ощущения женщиной ее веса и формы тела, интервьюер должен оценить:

– «смысловую нагрузку» поведения по достижению (поддержанию) ею идеальной массы тела;

– влияние, которое оказывает набор (снижение) веса на ее мысли и чувства в отношении самой себя;

– характер восприятия окружающими ее веса и формы тела;

– степень избегания или ограничения видов активности, связанных с предъявлением собственной внешности (например, плавание, физические упражнения, сексуальная активность и др.).

Деадаптивное пищевое поведение. Учитывая, что эпизоды переедания является основным признаком НБ и встречается при НА, клиницист должен оценить действительно ли у пациента имеют место эпизоды переедания. Для этого нужно руководствоваться критериями, указанными выше, которые характеризуют:

– употребление на протяжении *ограниченного временного интервала* определено *большого количества пищи* (по сравнению с количеством пищи, которое большинство людей может съесть за этот промежуток времени при подобных обстоятельствах);

– утрату контроля за едой в процессе питания.

Многие женщины, страдающие от эпизодов переедания, сообщают о том, что не могут остановить эпизод переедания, если он уже начался или не могут предотвратить переедание, если они испытывают побуждение к нему. Таким образом, если эпизоды переедания имеют место, то целесообразно выяснить информацию об их начале, частоте, тяжести и субъективном характере восприятия пациенткой наличия/отсутствия контроля над едой. Несмотря на то, что самомониторинг (см. ниже) предоставляет наиболее полную информацию в отношении паттерна питания на протяжении дня, включая информацию о еде и калорийности эпизодов переедания, зачастую бывает информативной попытка описания дневного паттерна питания, включая типичные приемы пищи и типичные переедания. Клиницист также может получить информацию о преимущественном времени суток для эпизодов переедания, факторах, предшествующих и следующих за эпизодом переедания, включая специфические события или эмоциональные состояния, которые обычно «запускают» эпизод. Оцениваются также эмоциональные реакции и соматическое состояние вслед за эпизодом переедания.

У женщин, страдающих НПП, также может отмечаться склонность к крайне избирательным диетам, включающим обычно только те продукты, которые они оценивают как «безопасные» или «хорошие», с полным исключением тех продуктов, которые оцениваются как «запрещенные» или «плохие». Для пациенток с эпизодами переедания употребление даже небольшого количества «запрещенной» пищи может инициировать эпизод переедания и/или рвоты. К «запрещенной» пище обычно относят высококалорийные продукты и продукты с высоким содержанием углеводов, хотя часто отмечаются индивидуальные «предпочтения» в отношении избегаемой пищи. Поскольку при лечении предусматривается расширение рациона потребляемых продуктов, в том числе прежде «запрещенных», то в процессе клинического интервью целесообразно уточнить, какая

пища у больного вызывает дистресс, а также какие продукты питания пациент предпочитает, но избегает употреблять.

Методы контроля массы тела. Женщины, страдающие НПП, как правило, имеют продолжительную историю своих диетических ограничений. Обычно их попытки хронического ограничения в потреблении пищи перемежаются с эпизодами переедания и сопровождаются использованием иных экстремальных методов контроля массы тела. Достаточно частой находкой при обследовании являются частые взвешивания (до нескольких раз в день). Врач должен спросить у пациентки о начале, частоте и предпочтительных способах диетических ограничений. Поскольку имеются сведения о начале использования диет девочками уже в третьем классе, следует учитывать возможность продолжительного анамнеза диетических ограничений. Принимая во внимание, что период выраженных диетических ограничений зачастую предшествует манифестации НА и НБ, в процессе обследования целесообразно подробно расспросить о последнем периоде диетических ограничений. В частности, необходимо оценить вероятность наличия взаимосвязи между разного рода стрессовыми событиями и началом диет, а также определить, каким способом женщина ограничивает потребление пищи.

При наличии в структуре НПП пациента «очистительного» поведения необходимо помнить о том, что больные нередко одновременно используют несколько дезадаптивных методов контроля массы тела (например, у нашей пациентки одновременное использование мочегонных, слабительных препаратов и самовызывание рвоты регулярно наблюдались на протяжении 5 мес.). В процессе клинического интервью женщины с НПП могут быть относительно открыты для обсуждения их выраженных диетических ограничений, но в меньшей степени готовы делиться информацией в отношении очистительного поведения. Поэтому врач должен уточнить у пациентки, вызывает ли она у себя рвоту, а также принимает ли слабительные, мочегонные препараты, использует ли клизмы, средства, подавляющие аппетит или другие препараты, жесткие посты или изнуряющие физические нагрузки. В частности, в случае использования физических упражнений необходимо прояснить

их мотивацию: являются ли они непосредственным способом контроля массы тела или его формы.

Психиатрический анамнез. Не является редкостью для больных, страдающих НБ, наличие НА в анамнезе. Женщины, страдающие НПП, могут также иметь другие психические расстройства, включая аффективные, тревожные, расстройства личности, и зависимости от психоактивных веществ. Врач должен учитывать возможность наличия коморбидных расстройств, а также быть способным установить очередность возникновения психических расстройств по отношению к НПП, т. е. возникли ли они до или после начала НПП. Это принципиальное замечание влияет на дальнейшую терапевтическую стратегию. Например, назначение антидепрессантов может быть показанным при лечении НА и НБ при наличии сопутствующего депрессивного расстройства. Сопутствующие расстройства личности, злоупотребление алкоголем или другими психоактивными веществами требуют достаточно длительного и интенсивного курса лечения.

В процессе клинического интервью следует получить информацию в отношении семейного анамнеза, образования и профессионального статуса пациента, а также оценить мотивацию к лечению. В отношении соматического анамнеза следует проанализировать характер становления менструальной функции, принимая во внимание, что ее нарушения отмечаются не только при НА, но и при НБ. Недоброкачественный характер течения НПП требует всестороннего обследования и регулярного наблюдения пациентов врачом-терапевтом на протяжении всего периода лечения. Следует обращать особое внимание на жалобы пациентов на тошноту, головокружение, слабость, вялость, усталость, сердечные и желудочно-кишечные симптомы.

Информация, предоставляемая больными НПП в целом может иметь малую надежность. Это подтверждается клиническими наблюдениями, которые показывают наличие отрицания болезни, что более свойственно пациентам с НА по сравнению с НБ. В то же время мотивация осознанного искажения информации у больных с различными НПП, по-видимому, различна. Вероятно, пациенты, страдающие НА, склонны исказить предоставляемую ими инфор-

мацию с целью самозащиты, а при НБ — в связи с ощущением стыда в связи со слабой способностью к самоконтролю.

Устойчивые терапевтические отношения, характеризующиеся искренностью, принятием, честностью и теплотой, являются предпосылкой к получению точной информации от больного. При работе с пациентами, страдающими НПП, врач должен строить свое общение с ними, осознавая и эмпатически поддерживая амбивалентность, наблюдаемую у пациентов с начала лечения. Подобные больные часто испытывают тревогу по поводу своего выздоровления. При этом лица, страдающие НА, обычно опасаются самого потребления пищи и связанного с ним набора веса, а страдающие НБ испытывают страх по поводу потенциального увеличения массы тела и изменения его формы. В качестве альтернативных способов сбора информации у пациентов с НПП с целью «обойти» имеющееся у них отрицание болезни можно рекомендовать следующие: сбор информации в отношении клинического состояния от посторонних информантов, задавание вопросов в гипотетической форме, обратных вопросов, вопросов к третьей персоне, а также предоставление пациентам возможности сделать выбор между двумя альтернативами.

Опросники самооценки при НПП могут широко использоваться как для оценки сопряженной с пищевым поведением симптоматики, так и других аспектов симптоматики. Они могут удовлетворять как минимум трем целям:

1. Опросники самооценки могут быть скрининговыми инструментами для оценки наличия и/или выраженности симптоматики, сопряженной с паттерном питания и других проявлений НПП.

2. Опросники самооценки, идентифицируя и проясняя различные стороны болезненного поведения, могут таким образом направлять терапевтический процесс, участвуя в определении его целей.

3. Эти опросники могут повторно использоваться для оценки динамики состояния в процессе лечения, учитывая легкость их заполнения и дешевизну процедуры.

Нарушения образа собственного тела в контексте НПП определяются как минимум тремя основными компонентами: искажением, неудовлетворенностью образом собственного тела и его избегани-

ем. Несмотря на то, что между этими компонентами имеется высокая корреляционная связь, их следует анализировать изолированно с учетом различного удельного веса составляющих его компонентов у конкретного пациента. Помощь в этом могут оказать опросники самооценки с тем, чтобы конкретизировать цели дальнейшего лечения. Пациентам с более выраженным компонентом искажения в восприятии размеров отдельных частей собственного тела большую помощь может оказать лечение, направленное на коррекцию искаженной оценки размеров тела и его массы. При отчетливой неудовлетворенности образом тела большую пользу может оказать коррекция искаженных и негативных мыслей наряду с работой по принятию собственного тела. И, наконец, поведенческие методики с экспозицией ситуаций, вызывающих тревогу по поводу своей внешности, показаны больным с выраженным компонентом избегающего поведения.

Методики для оценки искажений в восприятии размеров тела построены на принципе сопоставления субъективной оценки респондентом размеров и формы отдельных частей тела или всего тела целиком у представляемых изображений (на фото- и видеоносителях) с объективными их размерами. В частности, методика «Силуэты» представляет собой тест, в которой респонденту показываются изображения тел различной формы и размеров и предлагается выбрать из них то, которое соответствует реальной и идеальной форме тела обследуемого. Оценке подвергается степень различий оцениваемых параметров с вычислением соответствующих показателей.

Методики для оценки компонента неудовлетворенности образом собственного тела позволяют выявить степень субъективной удовлетворенности/неудовлетворенности индивидом отдельными частями собственного тела, в том числе теми, которые вызывают беспокойство у пациентов с НПП (например, живот, бедра, ягодицы). Для оценки компонента удовлетворенности/неудовлетворенности образом собственного тела нами предложена Шкала оценки уровня удовлетворенности собственным телом (ШУСТ), построенная по указанному выше принципу.

Шкала оценки уровня удовлетворенности собственным телом

Инструкция. Оцените, пожалуйста, в баллах (от «0» до «6») степень Вашей удовлетворенности отдельными частями собственного тела, исходя из следующих критериев:

ПОЛНОСТЬЮ удовлетворена	0	1	2	3	4	5	6	ПОЛНОСТЬЮ не удовлетворена
----------------------------	---	---	---	---	---	---	---	-------------------------------

Поставьте знак «✓» в соответствующей ячейке:

Части тела	Баллы						
	0	1	2	3	4	5	6
Лицо							
Глаза							
Нос							
Уши							
Зубы							
Челюсть							
Шея							
Грудная клетка							
Грудь							
Спина							
Живот							
Руки (плечо и предплечье)							
Кисть							
Ягодицы							
Таз							
Бедро							
Колени							
Нога (бедро и голень)							
Ступня							
Кожа							
Волосы							
Рост							

В качестве критерия оценки используется балл, характеризующий степень удовлетворенности/неудовлетворенности отдельными сегментами тела, а также суммарный балл для оценки анализируе-

мой переменной в отношении частей тела («голова», «туловище», «конечности»).

Методики для оценки степени избегания конфронтации с собственным телом включают вопросы, касающиеся избегания ситуаций, провоцирующих тревогу по поводу собственной внешности. Такие поведенческие особенности являются достаточно типичными для пациентов с НПП и определяют характер социальной и психологической дисфункции.

Деадаптивные пищевые предпочтения, поведение и мысли с ними связанные. В соответствии с описанными выше целями широкое применение в мире находит Опросник пищевых предпочтений-26 (ОПП-26, Eating Attitudes Test-26, EAT-26). Первоначально методика была разработана для оценки предпочтений и поведенческих характеристик пациентов с НА. Впоследствии была показана его способность разграничивать не только выборку больных НА от здоровых, но и пациентов, страдающих НБ, от здоровых лиц. ОПП-26 проявил себя в качестве надежного инструмента для оценки степени выраженности проблем, типичных для пациентов с НПП: стремления к похуданию, опасения набора веса и ограничительных тенденций в стиле питания.

Показано, что опросник ОПП-26 может быть использован: 1) в качестве скринингового инструмента в отношении девиаций пищевого поведения в целом в популяции, а также в специфических подгруппах (например, у подростков, страдающих диабетом 1-го типа, студентов по классу хореографии); 2) как первая часть двухэтапного диагностического поиска; при этом вторая часть включает клиническое интервью у респондентов, имеющих высокий балл по ОПП-26; 3) в качестве критерия межгруппового сравнения (в том числе для сопоставления кросс-культуральных различий, оценки выраженности симптоматики в процессе лечения и др.).

Нами была проведена психометрическая адаптация методики в белорусской популяции, позволившая констатировать, что ОПП-26 является надежным и валидным инструментом, пригодным к использованию в отечественных условиях. Чувствительность опросника ОПП-26 при пороговом значении шкалы (cut-off), равном 20 баллам, составила 71,7% при его специфичности 95,4%. Эта вели-

чина порогового балла позволяет выявить значительную долю женщин, страдающих НПП (в том числе и в субклинических формах) и нуждающихся в дальнейшем наблюдении и клинической оценке при минимальном количестве ложноположительных результатов теста.

Опросник пищевых предпочтений-26

Инструкция. Пожалуйста, выберите наиболее подходящий для Вас ответ на каждый из последующих вопросов и отметьте знаком «✓» в данном бланке.

		Все-гда	Обы-чно	Ча-сто	Ино-гда	Ред-ко	Ни-когда
1.	Я испытываю ужас при мысли об избыточном весе						
2.	Я избегаю приема пищи, когда голодна						
3.	Я считаю, что испытываю озабоченность по поводу еды						
4.	У меня были эпизоды переедания, когда я чувствовала, что могу не остановиться						
5.	Я разрезаю свою еду на маленькие кусочки						
6.	Я знаю о количестве калорий в пище, которую я ем						
7.	Я особенно избегаю пищи с большим содержанием углеводов (например, хлеб, рис, картофель и т. д.)						
8.	Чувствую, что другие хотели бы, чтобы я ела больше						
9.	У меня бывает рвота после того, как поем						
10.	Я испытываю чрезмерную вину после еды						
11.	Меня преследуют мысли о похудании						
12.	Я думаю о сгорании калорий при выполнении физических упражнений						
13.	Другие люди думают о том, что я слишком худая						

		Все-гда	Обы-чно	Ча-сто	Ино-гда	Ред-ко	Ни-когда
14.	Я озадачена мыслями о жировых отложениях на моем теле						
15.	Прием пищи у меня занимает больше времени, чем у других						
16.	Я избегаю еду, содержащую сахар						
17.	Я употребляю диетические продукты						
18.	Я испытываю ощущение того, что еда контролирует мою жизнь						
19.	Я проявляю самоконтроль в отношении еды						
20.	У меня есть ощущение того, что другие заставляют меня принимать пищу						
21.	Я уделяю слишком много времени еде и мыслям о ней						
22.	Я испытываю дискомфорт после употребления сладостей						
23.	Я использую диеты						
24.	Я предпочитаю, чтобы мой желудок был пуст						
25.	Я испытываю удовольствие от того, что пробую новые дорогие продукты						
26.	Я испытываю побуждение вызвать у себя рвоту после еды						

В качестве критерия оценки используется суммарный балл по шкале, который вычисляется с учетом положительных ответов на вопросы.

Вопросы 1–24 и вопрос 26 оцениваются следующим образом: «Всегда» — 3 балла, «Обычно» — 2 балла, «Часто» — 1 балл, «Иногда», «Редко», «Никогда» — 0 баллов. Вопрос 25: «Всегда», «Обычно», «Часто» — 0 баллов, «Иногда» — 1 балл, «Редко» — 2 балла, «Никогда» — 3 балла.

Процедура самомониторинга

Самомониторинг представляет собой динамическое самонаблюдение и оценку поведения самим пациентом. Это позволяет получить уточненную информацию в отношении пищевого поведения у

женщин, страдающих НПП. Указанная информация представляет собой дневник самонаблюдений. Самонаблюдение позволяет оценить частоту и время приемов пищи и «перекусов» у пациента, частоту и время эпизодов переедания, использование компенсаторных методов контроля массы тела, качественный состав, количество и пищевую ценность потребленной пищи. По желанию клинициста содержание вопросов может быть расширено (особенно в отношении функциональных аспектов питания), с включением вопросов, касающихся, например, эмоционального состояния, связанного с приемом пищи.

Процедура самонаблюдения является важным элементом лечебного процесса. Например, установление того факта, что записанные в дневнике события могут вызывать дистресс у больного, может пролить свет на взаимосвязь между этими событиями и эпизодами переедания. В то же время отмеченные в процессе самонаблюдения у пациента ощущения голода или сытости могут помочь ему стать более осознанным и чувствительным к этим ощущениям и их связи с питанием (или избеганием питания). Самонаблюдение может также использоваться для оценки эффективности лечения и прогноза.

Форма для самонаблюдений должна быть создана самим врачом с учетом поставленных целей. Перед ее заполнением необходимо проинструктировать пациента о необходимости ежедневного заполнения формы самомониторинга. При необходимости детальной характеристики приемов пищи можно заполнять бланк самоотчета для каждого приема пищи, а не за весь день целиком. Желаемая продолжительность заполнения составляет около 2 недель. Важно также проинструктировать больного, чтобы он отмечал в форме всю потребленную пищу, а заполнял форму непосредственно после очередного приема пищи. Это повышает точность самоотчета по сравнению с его ретроспективным заполнением в конце дня. Нецелесообразно просить пациента при заполнении формы самонаблюдения измерять размер или взвешивать потребленную пищу либо подсчитывать ее калорийность, поскольку это может увеличить его озабоченность по поводу пищи и негативно повлиять на точность заполнения дневника самонаблюдения.

В целом форма для самомониторинга должна включать следующие пункты:

- день недели и дата;
- время приема пищи, вид и количество потребленной пищи и жидкости;
- место приема пищи;
- оценка эпизода приема пищи как «полноценный прием пищи», «перекус» или «переедание»;
- использование пациентом экстремальных методов контроля массы тела (рвота, мочегонные, слабительные, средства, подавляющие аппетит).

В качестве дополнительной колонки «Комментарии» можно просить больного отмечать дополнительную информацию, например, события или чувства, сопряженные с приемом пищи.

В клинической практике ряд женщин, страдающих НПП, могут не хотеть заполнять формы для самомониторинга. При этом некоторые заполняют их только в «хорошие дни», другие ссылаются, что «забыли» их дома, третьи не заполняют вообще. Для преодоления этого клиницист должен содействовать установлению доверительных отношений с пациенткой. При этом необходимо предоставить ей истинную информацию в отношении целесообразности заполнения формы самонаблюдения, предоставить точные инструкции в отношении ее заполнения, а также объяснить взаимосвязь между информацией, полученной в процессе самомониторинга, и лечебными рекомендациями. Есть основания предполагать, что больной может испытывать стыд или замешательство в процессе заполнения формы самонаблюдения, связанный с особенностями пищевого поведения. Врач должен быть готов к работе с такими переживаниями пациента и убедить его в том, что не будет делать каких-либо оценок личности пациента на основании особенностей его пищевого поведения.

Лабораторные и инструментальные методы исследований

Для объективизации и последующего динамического наблюдения за состоянием пациентов следует выполнить следующие лабораторные и инструментальные методы исследований (табл. 2).

Таблица 2

**Лабораторные исследования для пациентов,
страдающих нарушениями пищевого поведения**

Контингент пациентов	Исследования
Все пациенты с нарушениями пищевого поведения	<p><i>Соматическое обследование</i> (выраженность кахексии, ортостатические реакции, лануго, акроцианоз, рост, вес, ИМТ, отеки, увеличение и болезненность слюнных желез, выпадение волос, ломкость ногтей, желтушность, царапины на тыльной стороне кистей (признак Рассела), болезненность живота и др.) при первичном осмотре и регулярно в процессе терапии (частота обследования определяется тяжестью соматического состояния пациентов и наличием соматических осложнений).</p> <p><i>Основные анализы:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> – общий анализ крови, общий анализ мочи с микроскопией осадка; – биохимический анализ крови: электролиты сыворотки крови (калий, натрий, хлор), глюкоза, общий белок сыворотки крови и белковые фракции, АлАТ, АсАТ, билирубин, мочевины, креатинин; – функция щитовидной железы
Истощенные и соматически тяжелые пациенты	<ul style="list-style-type: none"> – Биохимический анализ крови: электролиты сыворотки крови (кальций, магний, фосфаты, бикарбонат), креатининфосфокиназа, миоглобин, липидный профиль; – кислотно-основное состояние; – ЭКГ
Пациенты с пониженной массой тела на протяжении более 6 мес.	<ul style="list-style-type: none"> – Исследование выраженности остеопении и остеопороза; – сывороточные уровни эстрадиола (у женщин), тестостерона (у мужчин)

Контингент пациентов	Исследования
По дополнительным показаниям	<ul style="list-style-type: none"> – Уровень амилазы сыворотки крови (возможный индикатор персистирующей или повторяющейся рвоты, при возможном панкреатите); – уровень лютеинизирующего (ЛГ) и фолликуло-стимулирующего (ФСГ) гормонов и пролактина в сыворотке крови (при продолжающейся аменорее на фоне нормальной массы тела); – методы нейровизуализации (МРТ, КТ) для оценки степени увеличения желудочков мозга, коррелирующей со степенью кахексии; – исследование кала на наличие крови; – другие лабораторные и инструментальные методы исследований, консультации других смежных специалистов

В качестве объективного критерия для оценки риска медицинских осложнений при НА необходимо использовать ИМТ, который рассчитывается по формуле: $ИМТ = \text{масса тела (кг)} / \text{рост (м)}^2$ (см. табл. 3).

Таблица 3

Рекомендуемые критерии оценки величины ИМТ при нарушениях пищевого поведения (нервная анорексия)

ИМТ	Градация и ее оценка
20–25	Здоровые границы массы тела
17,5–20	Недостаточная масса тела. Дис- или аменорея. Нарушение овуляции
15–17,5	Один из диагностических критериев НА. Аменорея. Катаболические процессы во всех органах и системах
13,5–15	Тяжелая НА. Соматические последствия со стороны всех органов и систем. Снижение уровня метаболизма до 50%
12–13,5	Крайне тяжелая НА. Стационарное лечение. Недостаточность функции внутренних органов (сердце, мышцы, костный мозг)
<12	Угрожающая жизни НА

В то же время формально руководствоваться величиной ИМТ при оценке медицинского риска недопустимо, особенно в следующих ситуациях:

- меньшая надежность при быстрых изменениях веса;
- меньшая надежность при крайних значениях роста;
- большой уровень риска для каждого значения ИМТ для мужчин (высокий рост);
- меньшая надежность в детском возрасте (возрастные изменения);
- меньшая надежность при наличии булимической симптоматики;
- меньшая надежность при ограничениях в приеме жидкости;
- меньшая надежность при сопутствующих соматических проблемах.

В процессе своего развития НПП могут приводить к тяжелым соматическим осложнениям, зачастую представляющим собой угрожающие жизни состояния (табл. 4, 5) и требующим экстренной медицинской помощи.

Таблица 4

Соматические осложнения при нервной анорексии

Система	Симптомы	Клинические признаки	Результаты лабораторных тестов
1	2	3	4
Весь организм	Слабость, усталость	Недостаточное питание	Пониженная масса тела/ИМТ
Центральная нервная система	Апатия, плохая способность к концентрации	Когнитивные нарушения; подавленное настроение, раздражительность	КТ: увеличение желудочков мозга; МРТ: уменьшение серого и белого вещества
Сердечно-сосудистая система	Сердцебиение, слабость, головокружение, одышка, боль в груди, похолодание конечностей	Нерегулярный, слабый, медленный пульс, существенные ортостатические изменения кровяного давления, периферическая вазоконстрикция с акроцианозом	ЭКГ: брадикардия, аритмии, удлинение интервала Q-T (опасный признак)

Продолжение таблицы 4

1	2	3	4
Костная система	Боли в костях при нагрузках	Очаговая болезненность, малый рост/остановка роста скелета	Рентгенологическое исследование или сканирование: трещины в костной ткани; оценка плотности костной ткани при остеопении или остеопорозе
Мышечная система	Слабость, мышечные боли	Мышечное переутомление	Нарушения в ферментах мышечной ткани при тяжелом недоедании
Репродуктивная система	Остановка психосексуального развития, снижение либидо	Прекращение менструаций или первичная аменорея, остановка сексуального развития или регрессия вторичных половых признаков, проблемы фертильности, высокая частота осложнений во время беременности и неонатальном периоде	Гипоэстрогения, препубертатные паттерны секреции ФСГ и ЛГ; УЗИ тазовых органов: недостаточное развитие фолликулов
Эндокринная система, метаболизм	Слабость, пониженная толерантность к холоду, повышенный диурез, рвота	Гипотермия	Повышенные уровни кортизола, реверсивного Т ₃ ; дегидратация, электролитные нарушения; гипофосфатемия (особенно при кормлении); гипогликемия (реже), белковая недостаточность, нарушение кислотно-основного равновесия

Окончание таблицы 4

1	2	3	4
Кровь	Слабость, пониженная толерантность к холоду	Кровоподтеки/нарушения свертываемости крови	Анемия, нейтропения с относительным лимфоцитозом, тромбоцитопения, замедленная СОЭ, реже — нарушения факторов свертывания
Пищеварительная система	Рвота, боли в животе, газообразование, запоры	Растяжение брюшной стенки пищевей, нарушения аускультативных феноменов	Замедленное опорожнение желудка, возможны нарушения функции печени
Мочеполовая система		Отеки	Повышенный уровень азота мочевины, низкая скорость клубочковой фильтрации, гиповолемическая нефропатия
Кожа	Изменения волос	Пушковый волос (лануго)	

Таблица 5

Соматические осложнения при нервной булимии

Система организма	Симптомы	Клинические признаки	Результаты лабораторных тестов
1	2	3	4
Метаболизм	Слабость, раздражительность	Слабый тургор кожи	Дегидратация (плотность, осмолярность мочи); сывороточные электролиты: гипокалиемия, гипохлоремический алкалоз (у лиц, вызывающих рвоту), гипомагниемия и гипофосфатемия (у лиц, использующих слабительные)

1	2	3	4
Желудочно-кишечная	Боли в животе и ощущение дискомфорта у лиц, вызывающих рвоту; периодическая непроизвольная рвота; запоры; нарушения моторики кишечника и газообразования у лиц, использующих слабительные	Периодически рвота с прожилками крови; у лиц, вызывающих рвоту — гастриты, эзофагиты, гастроэзофагеальные эрозии, нарушения подвижности пищевода; могут чаще быть обнаружены панкреатиты; у лиц, постоянно использующих слабительные, — нарушения подвижности толстого кишечника, его меланоз	
Репродуктивная	Проблемы бесплодия	Скудные менструации, нерегулярный менструальный цикл	Возможна гипозестрогения
Орофарингеальная	Разрушение зубов, боли в глотке, безболезненное припухание щек и шеи	Кариес с эрозиями зубной эмали, особенно лингвальной поверхности резцов; эритема глотки; увеличение слюнных желез	Рентгенологическое подтверждение эрозий зубной эмали; повышение сывороточной амилазы, связанной с доброкачественной гиперплазией околоушной слюнной железы
Сердечно-сосудистая и мышечная (у лиц, принимающих рвотные средства)	Слабость, сердцебиение	Сердечные нарушения, мышечная слабость	Кардиомиопатия и периферическая миопатия