

УДК 616.89-008.44-053.2-07/-08

### НЕРВНАЯ АНОРЕКСИЯ И НЕРВНАЯ БУЛИМИЯ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ: ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ

В. П. Медведев, Т. Д. Лоскучерявая  
ГБОУ ВПО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И. И. Мечникова»  
Минздрава России, Санкт-Петербург, Россия

### ANOREXIA NERVOSA AND BULIMIA NERVOSA IN CHILDREN AND ADOLESCENTS: DIAGNOSTIC AND TREATMENT

V. P. Medvedev, T. D. Loskucheryavaya  
North-Western State Medical University named after I. I. Mechnikov, St. Petersburg, Russia

© В. П. Медведев, Т. Д. Лоскучерявая, 2013 г.

В лекции представлены современные сведения об актуальных для подростков нарушениях пищевого поведения — нервной анорексии и нервной булимии, что поможет врачу первого контакта своевременно заподозрить эти заболевания и активно участвовать в лечении и диспансерном наблюдении больных.

**Ключевые слова:** нервная анорексия, нервная булимия, дети, подростки, диагностика, лечение.

The modern data on anorexia nervosa and bulimia nervosa diagnostics and treatment in adolescents are presented in the lecture. It will help to family doctors and pediatricians to diagnose and cure these diseases timely.

**Keywords:** anorexia nervosa, bulimia nervosa, children, adolescents, diagnostic, treatment.

**Введение.** Далеко не все врачи первичного звена знакомы с проявлениями у детей и подростков достаточно распространенных нарушений пищевого поведения (НПП), не всегда они умеют общаться с этими больными и нередко пытаются лечить их самостоятельно. Зачастую первыми с такими больными встречаются гинекологи, эндокринологи, гастроэнтерологи, диетологи, психиатры. Вопрос о том, к компетенции каких специалистов относятся эти больные, до сих пор не вполне определен. Иногда педиатры и семейные врачи забывают направить этих больных на консультацию к психиатрам или к медицинским психологам.

Распространенное обобщенное название психогенной анорексии и булимии — «нарушения питания» — резко ограничивает проблему и отвлекает от главного в ней — **нарушений пищевого поведения**; именно последний термин ставит во главу угла личностные, психические и социальные, а не только соматические аспекты нарушений, в то время как собственно *нарушения питания* носят вторичный характер, несмотря на их немалую важность, особенно в далеко зашедших и запущенных случаях заболевания.

Разделение компетенции между специалистами, координацию соматических, психологических, психических и социальных аспектов помощи, предупреждение осложнений этого серьезного заболевания следует возложить на педиатров

и семейных врачей, осуществляющих наблюдение за детьми и подростками с НПП. Они же должны участвовать в разработке схем лечения и в определении критериев госпитализации и выписки, в решении экспертных вопросов. Наконец, врачи первичного звена медицинской помощи на местном, региональном и государственном уровне включены в систему профилактики и опеки пациентов и их семей.

По-видимому, первым **нервную анорексию** описал еще в 1689 г. английский врач и священник Richard Morton, назвав ее «нервная чахотка». В 1868 г. William Gull, также английский врач, дал этому заболеванию название «нервная анорексия». В России А. А. Кисель в 1894 г. описал случай нервной анорексии у 11-летней девочки.

**Bulimia nervosa** привлекла к себе внимание много позже, с 70-х гг. XX в., когда были опубликованы сообщения о больных, у которых периоды переизбытка чередовались с отказом от приема пищи. Дж. Рассел (1979) описал заболевание как «вариант, предшествующий нервной анорексии», утверждая, что переизбыток и произвольно вызываемая рвота нередки среди студенток университетов США и что это нарушение более характерно для женщин. Дж. Расселу принадлежит и термин *bulimia nervosa*.

Современное понятие *bulimia nervosa* включает не просто практику переизбытка и очищения, но и наличие у больных определенных психологиче-

ских черт: склонность к аддикции (зависимости) и ряд других особенностей личности. В основе заболевания лежит настойчивое стремление девушки стать стройной. Для многих это способ нейтрализовать избыток стресса, характеризующего современную жизнь.

Нарушения пищевого поведения более характерны для тех стран, где облик человека значим для успеха в повседневной жизни. Распространение этих нарушений вызвано и формированием нового идеала облика женщины.

Значителен вклад американского психолога Hilde Bruch (1904–1984), которая опубликовала в 1973 г. книгу «Нарушения питания: ожирение, нервная анорексия и роль личности». В 1978 г. в книге «Золотая клетка. Загадка анорексии» Н. Bruch описала 70 случаев заболевания. За рубежом эту книгу до сих пор считают лучшей для непрофессионалов и для родителей, дети которых больны анорексией.

Основоположник отечественной подростковой психиатрии А. Е. Личко в книге «Подростковая психиатрия» (1979) также уделил значительное внимание этой проблеме.

В 90-х гг. XX в. большой вклад в изучение НПП у подростков внесла психиатр М. В. Коркина. Ее монографии «Дисморфомания в подростковом и юношеском возрасте» (1984) и «Нервная анорексия» (1986) актуальны до сих пор.

И педиатр, и семейный врач должны четко представлять себе роль и место дисморфофобии и дисморфомании в формировании НПП. М. В. Коркина дала следующее определение: «Дисморфофобия — навязчивый страх невротического характера (протекающий на непсихотическом уровне с отсутствием грубых изменений психической деятельности), связанный с якобы имеющимся тем или иным физическим недостатком».

**Дисморфомания** — болезненная (чаще в виде сверхценной идеи или бреда) убежденность в наличии какого-либо воображаемого или чрезвычайно переоцениваемого физического недостатка, наиболее часто касающаяся видимых частей тела (форма или величина носа, ушей, зубов, рук, ног, туловища и т. д.). Она может лежать в основе нервной анорексии пубертатного и юношеского возраста.

Больные с дисморфоманией нуждаются в самом серьезном внимании не только психиатров, но и многих других специалистов (педиатры, диетологи, хирурги, дерматологи, эндокринологи, терапевты). Опасность дисморфомании обусловлена непредсказуемостью поведения подростка, склонного в ряде случаев к суицидным действиям.

Эпидемиологические данные свидетельствуют о неуклонном росте числа детей и подростков с нарушениями пищевого поведения начиная с середины XX в. Более 90% лиц с НПП — женщины, и 3/4 из них заболели в подростковом возрасте.

Нервной анорексией страдает 1% девушек-подростков, а булимия встречается примерно у 5% молодых женщин.

По данным агентства CNN (2011), более 60% учителей начальных и средних школ в США признали, что нарушения пищевого поведения представляют проблему для учащихся их школ. В последние 30 лет распространенность ожирения среди детей и подростков значительно возросла, одновременно появились нездоровые тенденции к соблюдению модных диет, направленных на снижение массы тела. Начало этих нарушений отмечают в более раннем возрасте. Растет количество случаев нарушения питания в странах, которые ранее не сталкивались с этой проблемой. Так, в США 0,5% подростков страдают нервной анорексией и от 1 до 5% — нервной булимией. Эти заболевания распространены преимущественно среди девушек, и лишь в 5–10% всех случаев НПП встречаются у мальчиков и юношей.

Многие подростки имеют не все критерии нарушений пищевого поведения, сформулированные в диагностическом и статистическом руководстве по психическим заболеваниям — Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders the Fourth Edition, text revised (DSM-IV-TR), но у них развиваются физические и психологические последствия расстройств питания.

Своевременно не выявленные и не устраненные НПП препятствуют реализации индивидуальной генетически детерминированной программы развития человека. Компенсированные нарушения развития могут сохраняться во взрослой жизни и под влиянием неблагоприятных условий декомпенсироваться.

Среди факторов риска НПП выделяют генетические, биологические, личностные, культурные и семейные.

1. *Генетические факторы.* Стремление похудеть наиболее характерно для больных нервной анорексией, у них выявлены генетические локусы на хромосоме 1 для смешанного показателя и на хромосоме 13 для стремления к худобе. Изучают связи генов, регулирующих специфические нейрхимические факторы пищевого поведения. Один из них — ген HTR2A серотонинового рецептора 5-HT<sub>2A</sub>. Ген мозгового нейротрофического фактора (МНТФ) также определяет предрасположенность к нервной анорексии, участвуя в регуляции пищевого поведения на уровне гипоталамуса, в том числе и в регуляции содержания серотонина. В англоязычной литературе этот фактор носит название brain derived neurotrophic factor (BDNF).

Генетическая уязвимость может определять предрасположенность к конкретному типу личности, к аффективному или тревожному расстройству и реализоваться в условиях неправильно построенной диеты или после эмоционального стресса.

2. *Биологические факторы* — избыточная масса тела или ожирение и раннее наступление менархе. Причиной заболевания может быть нарушение функции нейромедиаторов, регулирующих пищевое поведение (серотонин, дофамин, норадреналин), больных с расстройствами пищевого поведения. Жировые клетки вырабатывают гормон лептин, который несет в гипоталамус информацию, снижающую аппетит.

3. *Семейные факторы* — НПП чаще возникают у детей и подростков, родственники которых больны нервной анорексией, нервной булимией или ожирением.

4. *Личностные факторы*. К ним относят перфекционистски-обсессивный тип личности, особенно характерный для ограничительного типа нервной анорексии. Перфекционизм — яркий отличительный признак больных нервной анорексией. По-видимому, перфекционизм входит в совокупность фенотипических признаков, связанных с генетической предрасположенностью к нервной анорексии.

Психологи понимают *перфекционизм* как уверенность в том, что во всем можно и нужно достичь наилучшего результата. Перфекционизм может быть очень разрушительным, так как заставляет откладывать решение выполняемых задач или ведет к самоуничтожению. Низкая самооценка, чувство собственной неполноценности, неуверенность, тревожно-мнительные или истерические черты характера, неудовлетворенность своей внешностью — эти особенности личности свидетельствуют о риске нервной анорексии.

5. *Факторы культуры*. К ним относят проживание в индустриально развитой стране, восприятие худобы как главного критерия красоты женщины.

6. *Стрессовые события* — смерть близкого родственника, друга, сексуальное или физическое насилие.

7. *Возрастной фактор* — подростковый возраст, когда завершают учебу в среднем учебном заведении (школа, лицей или техникум). Некоторые подростки не уверены в своем будущем и находят утешение в еде, что позволяет испытать чувство достижения поставленной цели. При нервной анорексии таким достижением становится снижение массы тела. Нервная анорексия возникает у подростков на фоне перестройки регуляции эндокринной системы.

Недавно (2013 г.) группой неврологов ряда университетов Германии под руководством профессора В. Suchan было установлено, что у женщин, больных нервной анорексией, ослаблены связи между областями мозга, отвечающими за визуальную обработку образа своего тела (веретенообразная и экстрастриарная зоны), в результате чего больные воспринимают себя чрезмерно тучными.

**Патогенез нарушений при нервной анорексии** (эндокринные нарушения). Булимическая форма нервной анорексии может быть обусловлена преморбидными особенностями функции гипоталамо-гипофизарной системы.

Врач независимо от специальности должен определить характер эндокринных расстройств. У девушек они сопровождаются *нарушением менструального цикла* на фоне кахексии, *тотальным гипертрихозом* при достаточно длительном сохранении психических и физических сил. Аменорея — постоянный спутник нервной анорексии — обусловлена резким снижением секреции гонадотропинов, в частности частоты и амплитуды их секреции, индуцированной *гонадотропин-рилизинг гормоном* (ГнРГ). Нарушение ритма и ослабление секреции ведет к ановуляции, олиго-, а затем и аменорее.

*Гипоталамическая аменорея* возникает вследствие нарушения функции гипоталамического пульсового генератора. К этому через ГнРГ могут вести стресс, интенсивные занятия спортом, снижение массы тела. Истощение, разгар болезни и ее ремиссия, восстановительный период сопровождаются увеличением базальной секреции фолликулостимулирующего, а также лютеинизирующего гормонов и реакции на ГнРГ.

Таким образом, нарушение функции оси гипоталамус—гипофиз—яичник определяется центральным торможением секреции гипоталамического гонадотропин-рилизинг гормона и ее регрессией до препубертатного состояния. Это снижает функцию гипофиза, тормозит фолликулогенез и синтез эстрогенов и гестагенов в яичниках. Снижение уровня эстрогенов сопровождается гипоплазией матки и яичников, молочных желез, торможением пролиферации в эндометрии и прекращением менструаций.

**Гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковая система (гиперсекреция кортизола)**. У больных нервной анорексией содержание кортизола в плазме на протяжении суток повышено, однако суточный ритм сохранен. Нарушения в системе адренотропный гормон (АКТГ)—надпочечники сводятся к следующим. Растет количество и длительность эпизодов секреции кортизола в течение суток. В период рецидива содержание кортизола в плазме выше, чем в фазе восстановления. Содержание свободного кортизола в моче при нервной анорексии в 3 раза выше, чем у здоровых (225 и 65 мкг/сут соответственно). Повышенное содержание кортизола в плазме обусловлено замедлением его метаболизма и повышением его секреции надпочечниками.

Содержание андрогенов надпочечников (дегидроэпиандростерон) снижено, а отношение дегидроэпиандростерон/кортизол резко снижено, что отражает сдвиг стероидогенеза в надпочечниках

в направлении, характерном для препубертата. Уменьшено количество клеточных глюкокортикоидных рецепторов. Этим объясняют отсутствие таких клинических проявлений гиперкортизолемии, как полнокровие лица, ожирение туловища, багровые стрии, отложение жира над ключицами, на шее и на затылке.

Таким образом, при нервной анорексии секреция кортизола надпочечниками повышена, а секреция андрогенов снижена.

**Гипоталамо-гипофизарно-тиреоидная система (синдром низкого уровня  $T_3$ ).** Уровень трийодтиронина ( $T_3$ ) и тироксина ( $T_4$ ) у женщин с нервной анорексией ниже, чем у здоровых, причем уровень  $T_3$  значительно выше, чем  $T_4$ .

**Метаболические гормоны.** Углеводный обмен: уровни глюкозы и инсулина натощак находятся на нижней границе нормы. При отказе от пищи возникает хроническая гипогликемия вплоть до гипогликемической комы. Уровень глюкогона нормален. Снижена реакция инсулина на прием пищи либо нарушена реакция контринсулярных гормонов на гипогликемию. Содержание вазопрессина в спинномозговой жидкости больных выше, чем в плазме крови.

**Метаболические нарушения при нервной анорексии.** Истощение вызывает вторичные метаболические изменения (дистрофия миокарда, изменения почечного клиренса, атрофия секреторных клеток желудочно-кишечного тракта). На фоне голодания развиваются хроническая гипогликемия и гипокалиемия, тест на толерантность к глюкозе нормален.

При снижении массы тела на 20–30% выявляется изменение эндокринного статуса, а на 40–50% — и нарушение электролитного обмена.

**Компенсаторная роль эндокринных изменений.** У больных нервной анорексией длительно сохраняются работоспособность, физическая активность, больные утверждают, что хорошо себя чувствуют, возможно, поэтому они успешно учатся. Гиперкортизолемиа возвращает половое развитие девочек в препубертатный период, но повышает их адаптацию к сложившимся условиям, не дает выраженной гипотензии или глубокой гипогликемии.

Дефицит  $T_3$  также имеет защитный характер, снижая скорость метаболизма. Содержание соматотропина в ответ на голод повышается. Как анаболический гормон он способствует сохранению белков. Дефицит железа тоже можно рассматривать как путь к предотвращению зачатия в неблагоприятных условиях.

У больных нервной анорексией снижена секреция гонадотропных гормонов (лютеинизирующего, фолликулостимулирующего), стероидных гормонов (эстрадиол, прогестерон), в то время как показатели пролактина нормальны. Уровень леп-

тина в сыворотке крови снижен. Особенности динамики менструальной функции больных нервной анорексией свидетельствуют о необходимости их амбулаторного лечения и наблюдения гинекологом-эндокринологом уже после купирования психических расстройств вплоть до восстановления репродуктивного здоровья (Самочатова Н. В., Осипова А. А., 2009).

При снижении содержания половых гормонов неизбежно развитие остеопороза. Это обусловлено гипоэстрогенией, потерей массы тела и относительным избытком глюкокортикоидов. Если заболевание развилось в юном возрасте, когда костная масса не достигла максимума, остеопороз развивается раньше и прогрессирует быстрее.

**Препубертатная нервная анорексия.** М. В. Коркина и соавт. (1986) выделили форму *препубертатной нервной анорексии*, возникающей у девочек в 9–11 лет. Ее рассматривают как «бегство в болезнь» от трудной ситуации в семье. Такое поведение объясняют тем, что нарушения функции органа, дающие пациенту какую-либо выгоду, могут приобретать черты «условной желательности или приятности» (И. П. Павлов) и условно-рефлекторно закрепляться. Это особенно свойственно детям с их недостаточно дифференцированной и незрелой психикой. Клиника заболевания в этих случаях значительно отличается от классической, и ее нередко трактуют как проявление истерических форм реагирования. Характерны меньший полиморфизм клинической картины, более благоприятные течение и прогноз. При этой форме анорексии наряду со специальным лечением весьма важно своевременно начать работу с семьей для изменения микросреды больного.

Эти данные были опубликованы М. В. Коркиной и соавт. еще в 1986 г., но, к сожалению, они сейчас мало известны врачам первичного звена.

**Роль врача первого контакта в диагностике и оценке НПП.** Семейный врач, как и педиатр, имеет уникальную возможность рано распознавать НПП и предотвращать их развитие на ранних стадиях болезни, но далеко не всегда использует эту возможность. Первичная и вторичная профилактика должна включать скрининг нарушений пищевого поведения, измерение роста и массы тела.

Выявление ранних симптомов НПП позволяет предотвращать физические и психические последствия заболевания. Целесообразно задавать подросткам вопросы об их удовлетворенности видом своего тела. Следует регулярно измерять рост и массу тела и вносить результаты в медицинские документы. Также важно вычислять индекс массы тела (ИМТ) по известной формуле Кетле:  $ИМТ = \frac{масса\ тела\ (кг)}{(рост, м)^2}$ .

Информативность ИМТ проверена на больших выборках взрослых людей в общей популяции. Изучение ИМТ для оценки состояния жировой



ткани у детей показало, что коэффициент корреляции ИМТ и жировой массы тела, оцененной различными методами, варьирует от 0,69 до 0,90 в зависимости от метода, а также пола и возраста (Deurenberg P. et al., 1991; Dietz W. H., Robinson T. N., 1998). ИМТ дает согласованные оценки жировой массы в пределах возрастных групп и является значимой характеристикой при распознавании ожирения у детей. Пороговые значения ИМТ для диагностики избыточной массы тела и ожирения у подростков соответствуют нормативам, установленным ВОЗ для взрослых людей (Bellizzi M. C., Dietz W. H., 1999).

В то же время для распознавания ожирения у подростков, занимающихся спортом, ИМТ малоинформативен, так как нормальные показатели могут быть обусловлены высоким объемом мышечной массы. Здесь следует использовать другие методы измерения содержания жира в организме.

Как и у взрослых, нормальными для подростков можно считать величины ИМТ в пределах 18,5–24,9. Значения ниже 17,5 следует рассматривать как истощение, а выше 30 — как ожирение (Рекомендации ВОЗ).

Нервная анорексия характеризуется триадой: вторичная аменорея, упорные запоры, снижение массы тела — первые два факта девочки обычно не скрывают. Будет правильно, если врач воспримет ситуацию очень серьезно и не поддастся ложному чувству безопасности в тех случаях, когда подросток отрицает анорексию.

*Калиперометрия* использует измерение толщины кожи и подкожной жировой клетчатки. Результаты расчетов в значительной степени зависят от технического состояния инструмента.

*Инфракрасные анализаторы* используются для двухкомпонентной оценки состава тела с 1984 г. Приборы портативны и достаточно точны.

Трехкомпонентные методы (биоэлектрический импедансный анализ) помимо жировой массы позволяют определить содержание воды и сухой тощей массы тела.

*Биоэлектрический импедансный анализ (BIA)* — метод, при котором слабый электрический сигнал пропускают через тело обследуемого, а процентное содержание жира в организме вычисляют на основе измерения электрического сопротивления сигнала. Методика точна, если содержание воды в организме соответствует норме, а измерения проводят не ранее чем через 3 ч после приема пищи или физической тренировки. Приборы относительно недороги, портативны и используются наиболее часто. Есть приборы, применяемые даже на бытовом уровне, например встроенные в напольные весы.

Применение трехкомпонентной модели у пациентов со сниженной массой белка, остеопенией или остеопорозом дает неадекватные результаты,

поэтому непригодно для оценки массы тела у больных нервной анорексией.

*Двойная рентгеновская абсорбциометрия — DEXA, dual energy x-ray absorptiometry*, использует слабые рентгеновские лучи для измерения минеральной плотности костной ткани. Метод безопасен и дает точные результаты.

**Симптоматика при расстройствах пищевого поведения.** Осмотр детей и подростков с нервной анорексией позволяет обнаружить впалые щеки, измененную кожу, лануго (пушок на коже), тусклые, истонченные волосы на голове; атрофию молочных желез, отеки на нижних конечностях, конечности холодные, акроцианотичные. Характерна гипотермия. Со стороны сердечно-сосудистой системы выявляют синусовую брадикардию, артериальную гипотензию, выраженные ортостатические реакции пульса и артериального давления, нередко — пролапс митрального клапана различной степени. Гинеколог может констатировать атрофический постпубертатный вагинит, психолог — некоторую эмоциональную уплощенность.

С клинических позиций важно разделять пищевое поведение больных на **ограничительное** и **булимическое**. Для первого характерно упорное отвращение к пище, приобретающее в дальнейшем форму фиксированного патологического рефлекса, для второго — гиперфагия.

Следует учитывать три взаимосвязанных аспекта патогенеза этого синдрома: психогенные факторы, нарушения питания и нейроэндокринно-метаболические нарушения.

**Для нервной булимии** характерны различные изменения кожи, ее дериватов и слизистых оболочек: сухость, симптом Рассела (мозоли над суставами кистей при длительно произвольно вызываемой рвоте), потеря блеска волос, паротит, эрозии слизистой полости рта, различные нарушения ритма сердца.

**Начальная оценка состояния здоровья у детей и подростков с подозрением на НПП** должна включать следующие этапы:

- верификация диагноза;
- определение соматического статуса;
- оценка тяжести состояния;
- оценка состояния системы пищеварения;
- оценка состояния репродуктивной системы;
- оценка состояния эндокринной системы;
- первичная психологическая оценка.

Все эти действия может выполнить подготовленный врач первичного звена, используя критерии Международной классификации болезней 10-го пересмотра (МКБ-10) или критерии Руководства по диагностике и статистике психических заболеваний (DSM-IV-TR).

**Нарушения пищевого поведения в МКБ-10.** В Международной классификации болезней 10-го пересмотра имеются разделы F50–F59 — пове-

**денческие синдромы, связанные с физиологическими нарушениями и соматическими факторами.**

**Рубрика F50** — расстройства приема пищи — содержит два важных и определенных синдрома: *нервную анорексию и нервную булимию.*

**F50.0 Нервная анорексия** представляет собой расстройство, характеризующееся преднамеренным снижением веса, вызываемым и/или поддерживаемым самим пациентом. Чаще всего возникает у девушек-подростков и молодых женщин, но реже могут заболеть и мальчики-подростки, юноши, а также дети в препубертатном возрасте и женщины старшего возраста вплоть до менопаузы. Нервная анорексия представляет собой независимый синдром: клинические признаки его легко распознаются, так что диагностика надежна и имеет высокий уровень согласованности между клиницистами.

Нередко больные диссимулируют свое состояние. В этом случае возникают определенные трудности в диагностике нервной анорексии и в лечебно-реабилитационной тактике.

**Диагностические критерии.** Для достоверного диагноза требуется наличие всех следующих признаков:

а) масса тела не менее чем на 15% ниже должной или ИМТ равен 17,5 и менее. В препубертатном возрасте может обнаруживаться дефицит массы тела в период роста;

б) потерю массы тела вызывает сама пациентка (пациент), избегая пищи, которая «полнит», а также путем рвоты, приемом слабительных средств, чрезмерными физическими упражнениями, применением аноректиков и/или диуретиков;

в) искажение образа своего тела принимает специфическую психопатологическую форму, при которой страх ожирения становится навязчивой и/или сверхценной идеей и для больного допустима только низкая масса тела;

г) общее эндокринное расстройство, включающее ось гипоталамус—гипофиз—гонады и проявляющееся у женщин аменореей, а у мужчин — потерей полового влечения и потенции; могут быть повышены уровни гормона роста и кортизола, изменен периферический метаболизм тиреоидных гормонов и аномальна секреция инсулина.

Гормональная терапия, направленная на восстановление менструального цикла, временно прекращает аменорею, которая снова возникает при отмене гормональных препаратов. Истинное прекращение аменореи возможно только при восстановлении массы тела, так называемого весового порога менструации;

д) при начале нервной анорексии в препубертатном периоде развитие вторичных половых признаков задерживается или не наступает (прекращается рост, у девочек не развиваются молочные

железы, имеет место первичная аменорея, гениталии у мальчиков остаются ювенильными); при выздоровлении пубертатный период часто завершается нормально, но поздно наступает менархе.

**Дифференциальный диагноз.** Нервная анорексия может сочетаться с депрессивной или обсессивной симптоматикой, а также с признаками личностного расстройства, что затрудняет дифференциальную диагностику и требует использования нескольких диагностических кодов. У молодых пациентов среди соматических причин снижения массы тела необходимо исключать хронические истощающие заболевания, опухоли мозга и кишечные расстройства (болезнь Крона или синдром мальабсорбции).

Нервная анорексия может сопутствовать психическим заболеваниям, в частности шизофрении.

**F50.1 Атипичная нервная анорексия.** Этот термин используют в случаях, когда отсутствует один или более из ключевых признаков нервной анорексии (аменорея или значительная потеря массы тела), но в остальном клиническая картина достаточно типична. С такими случаями врач обычно встречается в психиатрических кабинетах или в службе первичного медицинского звена. Термин подходит и для случаев, когда имеются все ключевые симптомы, но в легкой форме. Не следует применять этот термин для характеристики расстройств питания, напоминающих нервную анорексию, но обусловленных соматическими заболеваниями.

**F50.2 Нервная булимия** — синдром, характеризующийся повторными приступами переедания и чрезмерной озабоченностью массой своего тела, что приводит к принятию больным радикальных мер для устранения влияния съеденной пищи. Этот диагноз должен ограничиваться формой расстройства, связанной с нервной анорексией, и иметь с ней общие психопатологические признаки. Распределение по возрасту и полу такое же, как при нервной анорексии, но симптоматика проявляется несколько позже. Нервную булимию можно рассматривать как продолжение нервной анорексии, хотя возможна и обратная последовательность. У врача сначала возникает впечатление об улучшении состояния больной с нервной анорексией вследствие набора массы тела и возобновления менструаций, но затем он выявляет симптомы нервной булимии. При повторяющейся рвоте возможны нарушение электролитного баланса, тетания, эпилептоидные приступы, аритмии сердца, мышечная слабость и дальнейшая значительная потеря массы тела.

**Для достоверного диагноза требуется наличие всех следующих признаков:**

а) постоянная озабоченность едой и непреодолимая тяга к пище; больной периодически не может удержаться от переедания;

б) больные пытаются предотвратить ожирение, вызывая рвоту, принимая слабительные, аноректики, диуретики, тиреоидные препараты, практикуя периоды голодания;

в) психопатологическая картина включает болезненный страх ожирения, и больные устанавливают для себя критический предел массы тела намного ниже преморбидной.

**Дифференциальный диагноз.** Нервную анорексию следует дифференцировать со следующими заболеваниями:

а) поражения тонкой кишки, приводящие к рецидивирующей рвоте (отсутствуют характерные психопатологические признаки);

б) более общие аномалии личности (расстройство приема пищи может сочетаться с алкогольной зависимостью и мелкими правонарушениями);

в) депрессивные расстройства (при булимии часто возникают симптомы депрессии).

**F50.3 Атипичная нервная булимия.** Этот термин используют, когда отсутствует один или более ключевых признаков нервной булимии (F50.2), но в остальном клиническая картина достаточно типична. Чаще всего это относится к лицам с нормальной или избыточной массой тела, но с типичными периодами переедания, сопровождающимися вызыванием рвоты или приемом слабительных средств. Встречаются неполные синдромы с симптомами депрессии, но если диагностировано депрессивное расстройство, следует устанавливать два кода.

**F50.4 Переедание, связанное с другими психологическими расстройствами.** Здесь следует кодировать переедание, которое приводит к тучности и является реакцией на дистресс. «Реактивная тучность» может следовать за утратой близких, несчастными случаями, хирургическими операциями и эмоциональным дистрессом, особенно у лиц, предрасположенных к полноте.

**F50.5 Рвота, связанная с другими психологическими расстройствами.** Повторяющаяся рвота встречается также при диссоциативных расстройствах (F44), ипохондрическом расстройстве (F45.2), где она является одним из соматических симптомов; при беременности, когда тошнота и рвота могут быть вызваны эмоциональными факторами.

МКБ-10 содержит также рубрики **F50.8** — другие расстройства приема пищи и **F50.9** — расстройство приема пищи неуточненное.

**Привычка к перееданию** нередко обусловлена **патогенным воспитанием**:

— прикладывание младенца к груди при любом его беспокойстве,

— использование пищи в качестве поощрения или наказания,

— чрезмерное внимание питанию в семье, вплоть до культа еды;

— требование родителей подавлять эмоции и чувства, в результате чего ребенок воспринимает процесс еды как психологическую защиту.

Вредные пищевые привычки закрепляются и четко выявляются к 12–13 годам.

**Критерии диагностики булимии** — *чрезмерное потребление пищи в сочетании с депрессивным настроением и сниженной самооценкой*. Более 80% больных вызывают рвоту, употребляют слабительные или диуретики. Чтобы предупредить увеличение массы тела, они голодают и до невозможности занимаются физическими упражнениями.

Примерно у 40% больных анорексией имеются и эпизоды булимии. В клинике выделяют три основных типа нарушений пищевого поведения:

— **ограничительная анорексия** — преобладает ограничение приема пищи и похудание;

— **сочетание анорексии с булимией** — чередуются периоды соблюдения строгой диеты и периоды переедания, больные интенсивно занимаются физическими упражнениями, принимают слабительные или диуретики;

— **булимия**. При ней основную особенность поведения составляет переедание в сочетании с мерами по предотвращению ожирения.

Если симптоматика не соответствует указанным критериям, диагноз оформляют как «*неспецифическое НПП*». Эта группа больных самая большая.

**Соматические последствия (осложнения).** Результатом нервной анорексии могут быть разнообразные осложнения со стороны любых органов и систем, нарушения роста и бесплодие:

— *задержка физического и полового развития*;

— *поражения сердечно-сосудистой системы* — аритмии сердца (чаще брадикардия), иногда ведущие к внезапной сердечной смерти из-за снижения содержания калия и магния, а также других электролитов в крови и в миокарде;

— *поражения кожи и ее дериватов*: сухая и бледная кожа, лануго (пушковые волосы на лице и спине); пастозность и отеки вследствие гипопроteinемии; поражение ногтей;

— *поражения пищеварительной системы*: хронический запор, синдром раздраженной толстой кишки, тошнота, спастические боли в желудке, синдром Мэллори—Вейсса;

— *поражения эндокринной системы*, в том числе гипопункция щитовидной железы и нарушение метаболизма, вторичная аменорея и неспособность к зачатию;

— *психические нарушения* — низкая самооценка, злоупотребление психоактивными веществами, расстройства настроения и личности: неспособность сосредоточиться, депрессия; обсессивно-компульсивные нарушения; суицидные действия;



— *поражение костей*: нарушения минеральной плотности костей (остеопения и остеопороз) и патологические переломы длинных трубчатых костей, позвоночника.

Как полагает М. В. Коркина, нервная анорексия может быть самостоятельным пограничным нервно-психическим расстройством пубертатного возраста или ранним проявлением шизофрении, начавшейся в подростковом возрасте, или особой формой психического расстройства — эндореактивной пубертатной анорексией (А. Е. Личко). Для нервной анорексии как самостоятельного заболевания характерны типичные преморбидные черты личности: преобладание истерических или психастенических особенностей (Коркина М. В. и соавт., 1995).

**Дифференциальная диагностика.** Типичная для нервной анорексии диагностическая триада — снижение массы тела, вторичная аменорея и запоры — встречается и при ряде других заболеваний. Это ахалазия кардии, язвенный колит, болезнь Крона; органические поражения гипоталамо-гипофизарной системы (болезнь Симмондса, болезнь Шихена, вызванные деструкцией передней доли гипофиза); депрессия.

Для *депрессии* наряду с отказом от приема пищи характерны снижение настроения, самооценки, суицидные мысли, моторная и когнитивная заторможенность. Дифференциальный диагноз часто требует длительного наблюдения и диагностики *ex juvantibus*.

*Болезнь Шихена* возникает у девушек в позднем пубертате, сопровождается кахексией, астенией и проходит после первых родов.

*Болезнь Симмондса* (синонимы: гипофизарная кахексия, пангипопитуитаризм) начинается в среднем возрасте, сопровождается психоэндокринным синдромом, галлюцинаторно-параноидными психозами и кахексией. Снижение массы тела при органических поражениях мозга, как правило, не сопровождается снижением аппетита.

Анорексия у *истерических личностей* носит преходящий характер.

**Симптомы нервной анорексии.** Признаки неадекватного поступления пищи:

а) *соматические* (аменорея, холодные конечности, запоры, сухая кожа, алопеция, головные боли, дрожь, заторможенность, анорексия, ортостатические расстройства, потеря мышечной массы);

б) *невротические* (снижение способности сосредоточиться, трудность принятия решений, раздражительность, депрессия, нарушение социальных связей);

в) *изменение лабораторных показателей* (гипогликемия, повышение активности печеночных ферментов, лейкопения, снижение вольтажа зубцов ЭКГ, удлинение интервала QT, неспецифические изменения зубца T);

г) *признаки, позволяющие отвергнуть органические заболевания* (отсутствие изменений глазного дна и полей зрения, размеров органов, лимфаденопатии, атрофии молочных желез).

**Симптомы булимии:**

а) *соматические* (увеличение и колебания массы тела, заторможенность, увеличение слюнных желез);

б) *невротические* (чувство вины, депрессия, тревожность);

в) *последствия вызывания рвоты или признаки зависимости от слабительных* (физикальные признаки, перечисленные ранее, потеря массы тела, электролитные расстройства — гипокалиемический, гипохлоремический метаболический алкалоз, эрозии зубной эмали, гиповолемия, симптом Рассела).

**Лечение больных нервной анорексией.** Лечение больных нервной анорексией определяется стадией болезни; обстоятельствами, способствовавшими ее формированию у конкретного пациента, и реальным психическим и соматическим состоянием. Соответственно и организация лечения может быть различной — от амбулаторного, проводимого педиатром или семейным врачом, до экстренной госпитализации в реанимационное отделение стационара, где проводят экстренное лечение, направленное на спасение жизни. Врач, имеющий дело с больной, должен определить, где и когда кончатся пределы его компетенции, и вовремя привлечь необходимого специалиста.

Ключевые элементы лечения нервной анорексии: улучшение соматического состояния, поведенческая, когнитивная и семейная психотерапия. Чрезвычайно важны алиментарная реабилитация и меры, направленные на восстановление массы тела. Фармакотерапия дополняет другие виды лечения.

**Ранняя фаза заболевания, легкое течение.** Определение «неспецифические расстройства пищевого поведения» можно отнести к случаям, когда у больной только формируются пищевые привычки, типичные для анорексии, но сохранен менструальный цикл и масса тела нормальна.

Для начального расстройства пищевого поведения характерны:

— умеренная неудовлетворенность внешним видом;

— масса тела не ниже 90% от возрастной нормы;

— отсутствие признаков резкой потери массы тела;

— выраженное желание похудеть и применение для этого небезопасных методов.

В начале лечения надо определить оптимальную для больной массу тела и объяснить ей, почему достичь этого важно для здоровья. Если она ориентирована на слишком низкие величины



массы тела, необходимо диспансерное наблюдение. Ограничивая желание похудеть, врач смягчает течение заболевания. К диетологу направляются, если больная сама об этом просит, если она вегетарианка или же ее рацион питания, по мнению врача, необычен или не представляется нормальным.

**Задачи диетолога** в коррекции НПП у подростков:

- оценить оптимальность диеты и достаточность поступления нутриентов;
- разъяснить больной и ее семье жизненно важные потребности организма подростка, объяснить, чем опасен избранный больной стиль питания;
- разработать план сбалансированного питания;
- научить, как разнообразить рацион;
- устранять трофологические нарушения в ходе лечения;
- неустанно поддерживать у больной мотивацию к лечению.

Ежемесячные осмотры позволяют оценить динамику массы тела, сохранение или устранение патологических пищевых привычек, степень соматического и полового развития и отношение больной к своей проблеме. Важно также определить, осознает ли она наличие и необходимость лечения. Если девушка вернулась к нормальному питанию и масса тела восстанавливается, лечение можно продолжать амбулаторно.

Больную и ее родителей надо предупредить о таких опасных проявлениях болезни, как чувство вины во время еды, отказ от приема пищи, алиментарная дистрофия. Наблюдение за больными предупреждает прогрессирование заболевания и переход его в следующие стадии, поэтому следует начинать лечение при первых же тревожных признаках.

### **Развернутая, умеренно тяжелая стадия.**

Для данной стадии характерны следующие признаки:

- извращенное представление о теле, не изменяющееся при похудании («Я — толстая»);
- стремление к массе тела, составляющей 85% и менее от средней для данного возраста и роста, отказ от нормализации массы тела;
- чрезмерная потеря массы тела и отрицание наличия этой проблемы;
- патологическое пищевое поведение — больная получает менее 1000 ккал/сут, злоупотребляет слабительными, вызывает рвоту, тренируется до изнеможения.

Дополнительные факторы — конфликты в семье, нежелание больной выполнять рекомендации врача. Если у девушки-подростка нарушено правильное представление о ее фигуре, она будет считать себя толстой даже при выраженном ис-

худании. Не следует с ней спорить, надо выяснить, какого веса ей хотелось бы достичь, и найти компромисс между желанием похудеть и массой тела, при которой появляются проблемы со здоровьем.

Иногда можно использовать рациональные аргументы — показать больной графики роста и массы тела, сослаться на профессиональные статьи, однако обычно это малоэффективно, особенно при далеко зашедшем заболевании. Не следует осуждать пациентку, эффективнее предложить ей совместные действия, направленные на коррекцию НПП. Родители девушки должны представлять всю серьезность диагноза. Если один из родителей отказывается от лечения, это может свести на нет все усилия врача. Больные в этой стадии помимо компетентного педиатра или семейного врача нуждаются в консультации диетолога (нутрициолога), психиатра, психолога и гинеколога.

В программах *алиментарной реабилитации* обычно предусматривают эмоциональную поддержку, а также различные методики поведенческой психотерапии. Приоритеты: достижение целевой массы тела, оптимальные формы поведения и информативная обратная связь.

*Лечебное питание* больных нервной анорексией составляет важную часть их лечения. Прибавки массы тела можно достичь, обеспечивая вначале относительно низкое поступление калорий и затем постепенно его повышая. Есть несколько схем наращивания питания, соблюдение которых гарантирует отсутствие осложнений в виде отеков, нарушений минерального обмена, нарушений функции органов пищеварения.

Для восстановления трофологического статуса следует проследить весь режим дня подростка, чтобы обеспечить оптимум калорий и не допустить их избыточного расхода. План действий разрабатывают вместе с больной и ее родителями, учитывая исходную массу тела, согласовав минимальную желательную массу тела и предполагаемую скорость ее восстановления. При амбулаторном лечении надо стараться устранить тревогу и внутренний конфликт. Для реализации плана подростку почти всегда требуется руководитель, лучше, если им станет один из родителей, но допустим и кто-либо другой из референтной группы.

Больным следует принимать пищу 3–4 раза в день. Они обычно не завтракают и очень мало едят в обед. Больные нервной анорексией плохо едят и за ужином, тогда как больные с булимией начинают объедаться после учебных занятий, вечером, после чего вызывают рвоту или принимают слабительное. Оптимальные калорийность и объем пищи за завтраком достаточно эффективны, это должны контролировать и педиатр, и нутрициолог. Родителям больных рекомендуют покупать полноценные продукты и разнообразить питание.

При повторных посещениях врача больная и ее родители получают дальнейшую информацию о заболевании в соответствии с индивидуальными особенностями ситуации.

**Показания к госпитализации больных с расстройствами пищевого поведения:**

- декомпенсация заболевания;
- температура тела ниже 36 °С;
- пульс реже 45 уд./мин или разница в пульсе при ортостатической пробе превышает 30 уд./мин;
- нарушения психического статуса, а также признаки алиментарной дистрофии;
- быстрое (более 10% за 2 месяца) или значительное (более 15%) снижение массы тела, не восстанавливаемое в амбулаторных условиях;
- невозможность разорвать порочный круг болезни при амбулаторном лечении;
- неэффективность психотерапии в амбулаторных условиях.

**Заместительная терапия половыми гормонами.** Поскольку причиной аменореи часто служит гипозэстрогения, при очень низкой массе тела можно провести лечение половыми гормонами, они окажут мощное анаболическое действие, ускоряя не только линейный рост, но и созревание костей скелета.

**Семейная психотерапия** (метод Модсли) весьма эффективна у детей и подростков. Вмешательство, предусматривающее участие родителей в процессе лечения подростков, оказалось эффективным, особенно у больных с длительностью заболевания менее трех лет. При обследовании через пять лет эффект семейной психотерапии оказался устойчивым (LeGrange D., 2005). Контролируемые исследования эффективности семейной психотерапии при нервной анорексии у подростков в клинике Модсли в Лондоне (Великобритания) и в Стэнфорде (США) показали достоверно лучшие результаты у тех, кого лечили с помощью семейной психотерапии, по сравнению с индивидуальным лечением.

**Фармакотерапия** используется ограниченно. Н1-гистаминоблокатор *ципрогептадин* (ciproheptadine, перитол) действует как антидепрессант и способствует прибавке массы тела при ограниченном типе нервной анорексии. Нейролептик *хлорпромазин* (chlorpromazine, аминазин) снижает выраженность обсессивного, компульсивного или возбужденного поведения и способствует прибавке массы тела. В еще большей степени этим действием обладает атипичный нейролептик *оланзапин* (olanzapine, зипрекса). Атипичные нейролептики эффективно снижают высокий уровень тревоги и способствуют увеличению массы тела. Антидепрессант *флуоксетин* (fluoxetine), селективный ингибитор обратного захвата серотонина, применяют для снижения вероятности рецидивов нарушения пищевого поведения у пациентов

с уже восстановленной массой тела. Препарат может предотвратить рецидив у пациентов, достигших не менее 85% нормальной массы тела.

**Консультации специалистов и отношение к ним.**

Вне больших городов педиатр не всегда может направить больную на консультацию к специалисту. Нередко педиатры и врачи общей практики успешно справляются с лечением больных нервной анорексией. Все же не следует пренебрегать консультацией врача, который имеет опыт лечения НПП, в том числе и в больнице.

**Прогноз.** Прогноз при нервной анорексии сомнителен. Чем раньше выявлена болезнь и начато лечение, ориентированное не только на подростка, но и на его семью и ближайших друзей (референтная группа), тем прогноз благоприятнее. Прогноз неблагоприятен при длительном течении заболевания, напряженном психологическом климате в семье, низкой самооценке и наличии рвоты (эти два фактора более характерны для булимии). Степень снижения массы тела непосредственно не влияет на прогноз. Роль лечащего врача остается решающей, так как заболевание *нужно рано распознать и своевременно лечить*. Задача врача настроить больную на длительное, не менее 2 лет, лечение.

Высок риск остеопороза. Нарушения питания препятствуют накоплению оптимальной пиковой костной массы.

**Исход** заболевания в большинстве случаев неблагоприятен. Впрочем, в последние годы появились и обнадеживающие публикации. Шведские исследователи А. Нjern и соавт. (2006) изучили данные о здоровье (с учетом социоэкономических данных) национальной когорты женщин в Швеции, родившихся в 1968–1977 гг., включая 748 больных нервной анорексией в стационарах. Через 9–14 лет после госпитализации у 8,7% больных сохранялись психические проблемы, требовавшие повторной госпитализации, а 21% нуждались в социальной помощи. Смертность больных составила 1,2%. Необходимость длительного лечения в стационаре и психическая коморбидность были предикторами постоянных психиатрических проблем и финансовой зависимости от социальных служб. Исходы у изученной когорты подростков с нервной анорексией значительно лучше, чем в прежних исследованиях.

**Акушерско-гинекологические аспекты.** Если молодые женщины, страдающие НПП, спрашивают совета по поводу беременности, им нужно сказать, что, если они нормализуют свои активность и пищевые привычки, масса тела восстановится сама. Опасение набрать избыточную массу тела может быть очень велико, поэтому рекомендуется постепенно восстанавливать ее. Рекомендуют три нормальных приема пищи и не менее одного легкого, чтобы минимизировать вероят-

ность развития булимии. Если у больной восстановился менструальный цикл, но беременность не наступает, ей советуют еще несколько увеличить массу тела.

**Заместительная терапия половыми гормонами.** Поскольку причиной аменореи часто служит гипозэстрогения, при очень низкой массе тела можно провести заместительную терапию половыми гормонами. Риск развития остеопении при недостаточном содержании эстрогенов будет наибольшим у спортсменок с аменореей. Для определения функции гипоталамо-гипофизарной системы и половых желез используют провокационный прогестероновый тест. У больной с НПП в анамнезе этот тест дает мало дополнительной информации и может быть стрессом, так как вызывает кровотечение, поэтому его используют редко. Заместительная гормональная терапия также может сопровождаться задержкой жидкости, принимаемой больными за ожирение; может вызывать тошноту, затрудняющую нормальный прием пищи.

В связи с тем что НПП у девушек-подростков встречаются довольно часто и приводят к различным гинекологическим нарушениям, их клинические проявления должны быть хорошо известны подростковым гинекологам клиник, дружественных молодежи. Сейчас уже ясно, что в большинстве случаев это не только психиатрическая проблема. «Открытое и доброжелательное общение с пациенткой с акцентом на здоровье, а не на болезнь, тем более душевную, позволяет провести эффективное лечение, для чего нужно привлекать гинеколога, диетолога и психиатра» (Kreipe R., Mou S. M., 2000).

**Заключение: задачи общества и государства в профилактике НПП подростков.** В связи с большим социальным значением рассматриваемой проблемы задачи здравоохранения очевидны: с одной стороны, это усиление внимания всех врачей первого контакта даже к малейшим проявлениям, подозрительным на нервную анорексию в ее чистой или связанной с нервной булимией форме; а с другой — разработка и внедрение в практику новых, более эффективных методов лечения.

В предупреждении развития этих заболеваний очень многое зависит от политики общества и государства. В течение десятилетий средства массовой информации, в первую очередь телевидение и гламурные журналы, пропагандировали в качестве идеала женщины образ хрупкой, изящной и стройной до худобы девочки-девушки-женщины. До абсурда была доведена мода на такой образец женщин среди моделей, которым в первую очередь были склонны подражать многие девушки-подростки в США, европейских странах и в России.

Выраженный протест против пропаганды истощения как «идеала красоты» стал формироваться в Европе уже в XXI в. Так, в 2005 г. израильский фотограф Ади Баркан выступил с инициативой запретить съемки моделей, больных нервной анорексией, что, по его мнению, привело к распространению этого заболевания в Израиле. В 2008 г. нижняя палата французского парламента одобрила закон о запрете любых видов пропаганды нездоровой худобы, включая изображения истощенных моделей и рекламу строгих диет. Соответствующие ограничения накладываются на печатные средства массовой информации, телевидение и интернет-сайты. Поводом к введению запретов на изображения излишне худощавых моделей в ряде стран стала смерть бразильской манекенщицы, скончавшейся от анорексии в 2006 г.

Другой путь профилактики — разъяснение родителям опасности ограничения потребления пищи их детьми, что, кстати, чаще встречается в семьях, где утрачены традиции семейного питания, а с другой стороны — где воспитательные меры, предпринимаемые матерями, чрезмерно директивны.

Наконец, третий путь — создание в мегаполисах центров по оказанию помощи детям и подросткам с НПП. Помощь больным в таких центрах должна оказываться бесплатно.

Затраты на реализацию всех этих идей с лихвой оправдаются улучшением качества соматического, психического и репродуктивного здоровья девушек-подростков, а значит, и улучшением здоровья и численности последующих поколений.

## Литература

1. Коркина М. В. Дисморфомания в подростковом и юношеском возрасте. — М.: Медицина, 1984. — 250 с.
2. Коркина М. В., Цивилько М. А., Марилов В. В. Нервная анорексия. — М.: Медицина, 1986. — 176 с.
3. Личко А. Е. Подростковая психиатрия (Руководство для врачей). — Л.: Медицина, 1979. — 336 с.
4. Лоскучерявая Т. Д., Медведев В. П., Чернова Л. А. Нарушения пищевого поведения у подростков: Учебное пособие. — Изд. дом СПбМАПО, 2010. — 58 с.
5. Самочатова Н. В., Осипова А. А. Аменорея у больных нервной анорексией // Пробл. репродукции. — 2009. — № 1. — С. 46–51.



6. *Bulik C. M., Sullivan P. F., Tozzi F., Furberg H., Lichtenstein P., Pedersen N. L.* Prevalence, Heritability and Prospective Risk Factors for Anorexia Nervosa // *Archives of General Psychiatry*. — 2006. — Vol. 63. — P. 305–312.

7. *Dietz W. H., Robinson T. N.* Use of the body mass index (BMI) as a measure of overweight in children and adolescents // *J. Pediatr*. — 1998. — Vol. 132 (2). — P. 191–193.

8. *Pratt B. M., Woolfenden S. R.* Interventions for preventing eating disorders in children and adolescents (Review). *The Cochrane Library*. — 2008. — Issue 4. — P. 33.

9. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, the Fourth Edition, text revision (DSM-IV-TR)*. American Psychiatric Pub. — 2000. — P. 943.

10. *Kawai K., Yamashita S., Yamanaka T., Gondo M., Morita C. et al.* The longitudinal BMI pattern and body composition of patients with anorexia nervosa who require urgent hospitalization: A case control study // *Biopsychosoc. Med*. — 2011. — Vol. 5. — P. 14.

11. *Treasure J., Claudino A. M., Zucker N.* Eating disorders // *Lancet*. — 2010. — Vol. 375 (9714). — P. 583–93.

12. *Suchan B., Bauser D. S., Busch M., Schulte D., Grönemeyer D., Herpertz S., Vocks S.* Reduced connectivity between the left fusiform body area and the extrastriate body area in anorexia nervosa is associated with body image distortion // *Behavioural Brain Research*. — 2013. — Vol. 241. — P. 80–85.

**Автор:**

**Медведев Владислав Поликарпович** — д. м. н., профессор кафедры педиатрии и детской кардиологии ГБОУ ВПО «Северо-Западный государственный медицинский университет имени И. И. Мечникова» Минздрава России

Адрес для контактов: [vladislav.medvedev@gmail.com](mailto:vladislav.medvedev@gmail.com)