

ции болезни приводит к нарушениям в репродуктивной системе у девочек.

6. Уровень 17-ОН-прогестерона для оценки

степени компенсации болезни должен рассматриваться в совокупности с клиническими данными.

Литература

1. Kliegman RM, Behrman RE, Jenson HB, Stanton BF, eds. Nelson textbook of pediatrics. 18th. Philadelphia: Aunders Elsevier, 2007: 2360 p.

2. Cutler GB, Laue L. Congenital adrenal hyperplasia due to 21-hydroxylase deficiency. The New England Journal of Medicine. 1990; 323 (26): 1806–1813.

3. Hughes IA, Houk C, Ahmed SF, et al. Consensus statement on management of intersex disorders. Archives of Disease in Childhood. 2006; 91: 554–563.

4. Willkins L, Levis RA, Klein R, et al. Treatment of congenital adrenal hyperplasia with cortisone. J. Clin. Endocrinol. Metab. 1951; 1: 1–25.

5. Sciannamblo M, Russo G, Cuccato D, et al. Reduced bone mineral density and increased bone metabolism rate in young adult patient with 21-hydroxylase deficiency. J. Clin. Endocrinol. Metab. 2006; 91 (11): 4453–4458.

6. Cornean RE, Hindmarsh PC, Brook CGD. Obesity in 21-hydroxylase deficient patients. Arch. Dis. Child. 1998; 78 (3): 261–263.

7. Eugster EA, DiMeglio LA, Wright JC, et al. Height outcome in congenital adrenal hyperplasia caused by 21-hydroxylase deficiency: a meta-analysis. J. Pediatr. 2001; 138 (1): 26–32.

8. Nike M.M.L. Stikkelbroeck, Bep A.E. van't Hof-Grootenboer, Ad R.M.M. Hermus, et al. Growth inhibition by glucocorticoid treatments in salt wasting 21-hydroxylase deficiency: in early infancy and (pre)puberty. J. Clin. Endocrinol. Metab. 2003; 88 (8): 3525–3530.

9. Muthusamy K, Elamin MB, Smushkin G, et al. Clinical review: adult height in patients with congenital adrenal hyperplasia: a systematic review and metaanalysis. J. Clin. Endocrinol. Metab. 2010; 95 (9): 4161–4172.

© Коллектив авторов, 2014

Е.А. Пырьева¹, Т.Н. Сорвачева¹, Л.Ю. Волкова¹, И.Е. Колтунов², Е.Е. Петряйкина²,
Е.А. Усачева³, Т.П. Хышиктueva³, Е.А. Гордеева³

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ВЕДЕНИЮ ПАЦИЕНТОВ С НЕРВНОЙ АНОРЕКСИЕЙ В УСЛОВИЯХ СТАЦИОНАРА

¹ГБОУ ДПО «Российская медицинская академия последипломного образования» МЗ РФ, ²ГБУЗ «Морозовская детская городская клиническая больница» Департамента здравоохранения г. Москвы, ³ГБУЗ «Научно-практический центр психического здоровья детей и подростков» Департамента здравоохранения г. Москвы, РФ

Pyreva E.A.¹, Sorvacheva T.N.¹, Volkova L.Ju.¹, Koltunov I.E.², Petryaykina E.E.²,
Usacheva E.L.³, Hyshiktueva T.P.³, Gordeeva E.A.³

MODERN APPROACHES TO THE MANAGEMENT OF PATIENTS WITH ANOREXIA NERVOSA IN HOSPITAL

¹Russian Medical Academy of Postgraduate Education, ²Morozov Children Hospital of Moscow Health Department, «Mental Health Center of Children and Adolescents», Moscow Health Department, ³State budget institution of health «Scientific and practical center of mental health of children and adolescents» Department of Health, Moscow, Russia

Нервная анорексия (НА) входит в число заболеваний, трудно поддающихся лечению, с частыми рецидивами и высокими показателями летальности (5–6%). Значительная часть родителей не оценивает адекватно состояние ребенка, необходимость психиатрического наблюдения, что осложняет течение заболевания и ухудшает прогноз. В зарубежной литературе представлены различные протоколы лечения НА, при этом в отечественных публикациях систематизиро-

Контактная информация:

Пырьева Екатерина Анатольевна – к.м.н., доц.
каф. питания детей и подростков
ГБОУ ДПО РМАПО МЗ РФ
Адрес: Россия, 119049, г. Москва,
4-й Добрынинский пер., 1/9
Тел.: (495) 959-86-96, E-mail: EPyrieva@mail.ru
Статья поступила 5.11.14,
принята к печати 28.01.15.

Contact Information:

Pyreva Catherine Anatolyevna – Ph.D, prof. of
Nutritional of children and adolescents Department,
Russian Medical Academy of Postgraduate Education
Address: Russia, 119049, Moscow,
the 4th Dobryninsky per., 1/9
Tel.: (495) 959-86-96, E-mail: EPyrieva@mail.ru
Received on Nov. 5, 2014,
submitted for publication on Jan. 28, 2015.

ванных вариантов нет. На основании данных зарубежных работ и результатов собственного опыта по лечению НА (в течение 5 лет под наблюдением находятся 84 пациента с диагнозом НА в возрасте от 9 до 17 лет) нами был разработан примерный алгоритм ведения детей с НА в условиях стационара, что, несомненно, представит интерес для специалистов, занимающихся этой проблемой и в конечном итоге будет способствовать повышению эффективности лечения.

Ключевые слова: нервная анорексия, диета, «синдром возобновленного кормления», дети и подростки.

Anorexia nervosa (AN) is one of the diseases are difficult to treat, with frequent relapses and high mortality rates (5–6%). Most parents do not adequately evaluate the child's condition, the need for psychiatric observation, thereby complicate the course of the disease and worsen the prognosis. Foreign literature presents different treatment protocols for AN, while Russian publications give no systematized options. Based on foreign researches and results of our own experience in AN treatment (over 5 years we observe 84 patients with AN, aged 9 to 17 years), we developed an exemplary algorithm of clinical treatment for children with AN. It will be interesting for specialists dealing with this problem, and ultimately will enhance the treatment effectiveness.

Keywords: anorexia nervosa, diet, «refeeding syndrome», children and adolescents.

В соответствии с МКБ 10 (F50.0) под нервной анорексией (НА) понимают расстройство пищевого поведения, характеризующееся преднамеренным снижением массы тела (МТ), вызываемым и/или поддерживаемым самим пациентом.

НА относится к проблемам цивилизованного, экономически развитого общества и распространена в определенном культурном слое населения. Как свидетельствует статистика, частота НА в популяции составляет 1,2% у женщин и 0,29% у мужчин. Подавляющее число больных (90%) составляют девочки и молодые женщины от 12 до 24 лет [1–4]. Зарубежные специалисты обращают внимание на рост в последние годы числа случаев НА среди подростков, особенно мужского пола [5–7]. Многие исследователи считают статистику по НА недооцененной, обращая внимание на учет преимущественно далеко зашедших случаев заболевания. Согласно нашим данным, за последние 5 лет количество пациентов с диагнозом НА, госпитализируемых в специализированное отделение ГБУЗ «Научно-практический центр психического здоровья детей и подростков ДЗМ», возросло почти в 10 раз. Ряд пациентов попадает в поле зрения специалистов при госпитализации в многопрофильные стационары по поводу гастроэнтерологических проблем, острой бронхолегочной патологии. К сожалению, только 30% родителей воспринимают адекватно диагноз ребенка и соглашаются с необходимостью последующего психиатрического наблюдения.

До настоящего времени НА отличает высокая частота рецидивов (в 30% случаев) и уровня летальности (5–6%, по отдельным данным до 10–15%) [8–13]. Основными причинами смертельных исходов служат нарушения сердечной деятельности (на фоне дистрофических изменений в миокарде), суицид в периоды глубокой депрессии и реже – тяжелый инфекционный процесс. Все это мотивирует исследователей на поиск более оптимальных подходов к терапии НА, способных улучшить прогноз заболевания, что, безусловно, относится к междисциплинар-

ным задачам. Лечение НА всегда носит комплексный характер с участием специалистов различного профиля (психиатров, психологов, диетологов и др.) [1–4, 7, 8].

К настоящему времени в зарубежной практике разработаны и опубликованы в печати различные протоколы ведения пациентов с НА, в т.ч. педиатрического профиля; при этом отечественные исследования остаются весьма немногочисленными. В связи с этим мы надеемся, что проведенная систематизация имеющихся данных с учетом собственного опыта наблюдения за больными с НА как в специализированном психиатрическом стационаре, так и в многопрофильной больнице представит интерес для специалистов, занимающихся этой проблемой, и послужит мотивацией для обмена мнениями и дискуссии. В представленной статье акцент сделан на общетерапевтические подходы и не затрагивает психиатрические и психотерапевтические аспекты наблюдения, что требует отдельного анализа.

Первоочередной задачей при поступлении больного с НА в стационар служит грамотный сбор данных анамнеза (со слов пациента, родителей или опекунов). Выясняются следующие вопросы: длительность изменений пищевого поведения и их характер; динамика антропометрических показателей с момента заболевания (веса, роста); особенности менструального цикла (возраст менархе, дата последней менструации и МТ на тот период); применение специальных методов снижения веса (рвот, клизм, усиленных физических нагрузок и др.), а также лекарственных средства (слабительных, мочегонных); наличие эпизодов булимии; употребление алкоголя, табакокурение; сопутствующая патология. Подробно оценивается рацион на момент поступления: пищевые привычки, в т.ч. пищевые пристрастия в семье; перечень употребляемых продуктов и их переносимость; режим питания, разовое и суточное количество пищи; питьевой режим. На основе полученных данных ори-

Оценка дефицита МТ

Степень	Дефицит МТ, %
I степень	10–19
II степень	20–29
III степень	30 и более
ДМТ=(РМТ-ФМТ): РМТ · 100%	

ентировочно оценивают поступление основных пищевых веществ и энергетическую ценность рациона, что необходимо для разработки диетологического сопровождения.

Диетотерапия играет важную роль в лечении НА. Грамотная организация питания позволяет снизить частоту соматических и метаболических расстройств, позитивно влияет на исход заболевания. На современном этапе возможности диетотерапии существенно расширились за счет организации нутритивной поддержки с использованием широкого ассортимента специализированных продуктов. Однако доступность таких продуктов в совокупности со стремлением врача быстро достичь положительных результатов при отсутствии индивидуального подхода к расчету питания может приводить к серьезным осложнениям и ухудшать прогноз.

Анализ нутритивного статуса предусматривает оценку атропометрических показателей, уровня физического развития пациента в соответствии с рекомендациями ВОЗ (2007): рост и фактическая МТ (ФМТ), индекс МТ (ИМТ), определяется рекомендуемая МТ (РМТ) и дефицит МТ (ДМТ) (табл. 1).

Клиническое обследование включает оценку психического и соматического статуса. В соматическом статусе пациента следует обратить внимание на изменения кожи и слизистых оболочек, подкожной клетчатки, наличие периферических отеков, признаки микронутриентной недостаточности, состояние мышечной системы и органов пищеварения (наличие диспептических явлений, характер стула и др.), особенности сердечной деятельности (пульс, сердечные тоны, артериальное давление – АД, ортостатические головокружения и обмороки), диурез.

При поступлении в стационар пациенту с НА в обязательном порядке следует назначать лабораторные исследования: клинические анализы крови (с определением абсолютного количества лимфоцитов) и мочи; биохимический анализ крови (общий белок, белковые фракции, по возможности короткоживущие белки – трансферрин, преальбумин; креатинин, мочевины, мочевая кислота, билирубин, холестерин, триглицериды, электролиты – кальций, калий, натрий, магний, фосфор, железо; глюкоза; АСТ, АЛТ, ЩФ, ГГТ, амилаза, КФК, белки острой фазы воспаления – С-реактивный белок), а также исключаются ВИЧ, гепатиты С и В. Первоочередные инструментальные обследования: электрокардиография; по показаниям – холтеровское мониторирование. В плановом порядке – ЭХОКГ, ЭГДС, УЗИ органов брюшной полости, почек и малого таза; импедансометрия; денситометрия; МРТ головного мозга.

Окончательный диагноз следует формулировать после анализа полученных данных с обязательным указанием степени белково-энергетической недостаточности по МКБ 10 (недостаточность питания [E40-E46]). В соответствии с

этим вырабатывается тактика терапевтических мероприятий и динамического контроля за их эффективностью.

Лечение пациентов с НА должно быть поэтапным. Начальный, «неспецифический» этап (7–14 дней) направлен на коррекцию жизненно-важных функций (в первую очередь кардиальных), ликвидацию метаболических и водно-электролитных нарушений и формирование толерантности к пище. Второй этап – «специфический» (как правило, речь идет о 2–3 неделях) направлен на устранение дефицита МТ, оптимизацию метаболизма и лечение основного психического заболевания, вызвавшего нарушения питания. Третий этап – амбулаторный, реабилитационный (год и более).

В стационаре ребенок с нарушением пищевого поведения требует особого режима. Его следует поместить в отдельную палату и обеспечить круглосуточное наблюдение (индивидуальный медсестринский пост). При значительном снижении нутритивного статуса или нестабильности кардиальных функций необходим постельный режим.

По результатам осмотра и анализа имеющихся анамнестических данных и медицинских документов (с указанием сопутствующей патологии и результатов обследований в других стационарах) вырабатывается тактика ведения больного в первые 7–14 дней пребывания.

В течение указанного срока пациент ежедневно осматривается психиатром, педиатром. Показана консультация кардиолога и диетолога. В листе наблюдения обязательно фиксируются объем съеденной пищи и выпитой жидкости, МТ, АД, частота сердечных сокращений (ЧСС), температура, диурез, характер стула, наличие рвоты, особенности поведения и физической активности. Лечащим врачом отмечается лекарственная терапия, особенности электролитного баланса. Тяжелая недостаточность питания, лабильность сердечных функций, указания на «рвотное» поведение и злоупотребление слабительными являются показанием для ежедневного контроля уровня глюкозы и электролитов. При нестабильном состоянии пациента (неконтролируемое пищевое поведение; прогрессирующая потеря МТ и/или отрицательная динамика в клинико-лабораторных показателях) решается вопрос о целесообразности перевода в отделение интенсивной терапии.

Диетологической программе должна предшествовать коррекция метаболических и водно-

электролитных нарушений – дегидратации, гипонатриемии, гипокалиемии (особенно тяжелой у больных, провоцирующих у себя рвоту и/или использующих слабительные средства), гипомагниемии, гипокальциемии [1–5, 14, 15]. Требуется назначение тиамин орально и/или парентерально, учитывая резкое увеличение потребности в нем на фоне активизации углеводного обмена в период возобновления питания. В результате недостатка тиамин, играющего важную роль в метаболизме пирувата и α -кетоглутаровой кислоты – участников межучасточного метаболизма углеводов, увеличивается накопление молочной и пировиноградной кислот, усугубляются ацидоз и гипоксия тканей. Дефицит тиамин угнетает синтез стероидов, увеличивает потери аминокислот с мочой и выделение креатинина, снижает образование ацетилхолина и, как следствие, секрецию и перистальтику желудочно-кишечного тракта, нарушает ритм сердца. Подросткам и взрослым назначается 25 мг тиамин в сутки на 20–40 дней.

Пациенту с НА требуется постепенная и длительная адаптация к питанию, предусматривающая поэтапное увеличение энергетической ценности рациона. На начальном этапе подросткам 15–18 лет требуется 40 ккал/кг, а детям 11–14 лет – 45 ккал/кг МТ. При тяжелой нутритивной недостаточности и/или выраженных электролитных нарушениях (снижении уровня калия, фосфатов или магния в сыворотке крови) питание начинается с 50% от приведенной выше энергетической ценности (ЭЦ) при уровне белка не менее 0,6 г/кг в сутки в течение как минимум 2 дней. Некоторые исследователи указывают на целесообразность применения в этих случаях рациона с еще более низкой ЭЦ – 10 ккал/кг. С целью профилактики «refeeding» (синдрома возобновленного кормления) общее количество углеводов не должно превышать 50% от общего количества калорий [7]. В дальнейшем при компенсации электролитных нарушений и кардиальных функций, отсутствии диспептических нарушений со стороны желудочно-кишечного тракта (отрыжка, рвота, диарея, метеоризм, абдоминальная боль и др.) объем питания расширяется.

Для формирования правильного пищевого поведения следует отдавать предпочтение использованию натуральных продуктов, рекомендовать индивидуальный стол, вариант щадящей диеты.

Наряду с этим больным может быть назначена нутритивная поддержка с использованием специализированных смесей для энтерального питания. Объем смеси рассчитывается в зависимости от особенностей пищевого поведения и степени белково-энергетической недостаточности. При невозможности обеспечения нутритивной поддержки методом сиппинга (дробного приема смеси через рот) назначается зондовое питание, в т.ч. как дополнение к стандартным приемам пищи [14, 15–17]. С учетом состояния и нутритивного статуса могут быть рекомендованы различные схемы зондового питания: про-

лонгированное введение энтеральной смеси (от 6–8 до 20 ч в сутки) ежедневно или несколько раз в неделю, в т.ч. в режиме ночной алиментации. Следует помнить, что на фоне зондового питания возрастает риск метаболических расстройств, а также проблем с реабилитацией пищевого поведения.

В начальный период для нутритивной поддержки рекомендуются изокалорийные стандартные питательные смеси с невысокой осмолярностью. Гиперкалорийные, высокоосмолярные продукты (типа «энергия») могут провоцировать метаболические расстройства, абдоминальную дисфункцию, что усиливает негативную реакцию пациента на лечение [2–4, 14, 15]. При этом смеси типа энергия могут использоваться на последующих этапах лечения для достижения и поддержания оптимальной МТ. Элементные и полуэлементные смеси не нашли широкого применения в нутритивной поддержке пациентов с НА, однако противопоказаний к их использованию при выраженном нарушении пищеварительных функций нет.

В случае отказа пациента принимать пищу, включая энтеральное лечебное питание, назначается парентеральное питание. Парентеральное питание считается менее предпочтительным как менее физиологичное и более метаболически нагружающее. К негативным сторонам парентерального питания при НА относят и высокий риск инфекционных осложнений у изначально иммунокомпрометированных больных.

Неадекватный диетологический подход в раннем периоде сопряжен со значительными изменениями обменных процессов, которые в ряде случаев способны ухудшить состояние больного. Пик развития побочных эффектов приходится на первые 1–2 недели лечения. Наиболее тяжелым осложнением является синдром возобновленного кормления – «refeeding» синдром (РФС), характерный для пациентов со значительным дефицитом МТ и электролитными нарушениями [18, 19]. Точный механизм развития РФС до настоящего времени не установлен. Клиническая картина включает в себя гипофосфатемию, гипомагниемию, гипокальциемию, гипергидратацию, на фоне которых возникают нарушения кардиальных функций (аритмия, сердечная недостаточность); дыхания; неврологические расстройства (судорожный синдром). В отдельных случаях возможен летальный исход.

Профилактикой РФС служит адекватная диетологическая программа, предусматривающая в тяжелых случаях возобновление питания с минимальным количеством пищевых веществ под контролем электролитного баланса (содержание в сыворотке крови фосфора, магния, калия, кальция), уровня гликемии, состояния сердечно-сосудистой и дыхательной систем. При угрозе развития РФС указанные параметры оцениваются ежедневно первые 2 недели. Иногда требуется ночной или даже круглосуточный мониторинг электролитов и сердечной деятельности.

На 7–14-й день проводится повторный

Клинико-лабораторный мониторинг пациентов с НА

Контролируемые параметры	Кратность обследования в первые 7–14 дней	Кратность обследования на втором этапе наблюдения
Осмотр психиатра	Ежедневно	Ежедневно
Осмотр педиатра	Ежедневно	2 раза в неделю
Осмотр диетолога	2 раза в неделю	1 раз в неделю
Осмотр кардиолога	1 раз в неделю	По показаниям
Осмотр медицинского психолога	Однократно	Занятия с психокорректором
Термометрия	Ежедневно	Ежедневно
Характер и частота стула	Ежедневно	Ежедневно
Диурез	Ежедневно	По показаниям
МТ	3 раза в неделю	2 раза в неделю
АД	Ежедневно	Ежедневно
ЧСС	Ежедневно	Ежедневно
ЭКГ	2 раза в неделю (по показаниям ежедневно)	1 раз в 2–3 недели
ЭГДС	Однократно	По показаниям
Клинический анализ крови	1 раз в неделю	1 раз в неделю
Биохимический анализ крови	2 раза в неделю (электролиты ежедневно по показаниям)	1 раз в 2–3 недели
Глюкоза крови	2 раза в неделю (по показаниям ежедневно)	1 раз в месяц
Гормональный профиль	По показаниям	По показаниям
Клинический анализ мочи	1 раз в неделю	1 раз в неделю
УЗИ органов брюшной полости, почек и малого таза	Однократно	По показаниям
Импедансометрия	При поступлении	Перед выпиской
Денситометрия		Однократно
МРТ головного мозга	По показаниям	Однократно

Таблица 3

комиссионный осмотр пациента и составляется программа дальнейшего наблюдения.

Примерный вариант клинико-лабораторного мониторинга представлен в табл. 1.

На втором этапе расчет ЭЦ рациона проводится с учетом величин основного обмена и конверсионных коэффициентов (табл. 2 и 3).

По мере формирования адекватной толерантности к пище, объема усвоения, индивидуальных особенностей пациента для нутритивной поддержки может быть рекомендован широкий ассортимент лечебных продуктов для энтерального питания (табл. 4).

Рекомендуемая потребность в жидкости для детей с МТ больше 20 кг рассчитывается по формуле: 1500 мл + 20 мл на каждый кг МТ свыше 20 кг. Дополнительная коррекция по водному обеспечению проводится при наличии потерь (рвота, одышка и др.). Потребность в жидкости для подростков 15–18 лет также может быть рассчитана по формуле: 50 мл/кг фактической МТ (ФМТ).

Дополнительно к нутритивно-метаболической терапии могут быть назначены комплексы витаминов, микроэлементов, пищеварительных ферментов, про- и пребиотиков.

На всех этапах медикаментозная терапия основного заболевания назначается и контролируется врачом-психиатром. При наличии соматических проблем проводится соответствующая медикаментозная коррекция.

Критериями эффективности проводимой

Расчет ЭЦ по основному обмену детей 10–18 лет (ВОЗ, 1989)

Пол	Энергетическая ценность, ккал/сут
Девочки	$(12,2 \cdot \text{вес}) + 746$
Мальчики	$(17,5 \cdot \text{вес}) + 651$

Таблица 4

Конверсионные коэффициенты

Ситуационные факторы		Коэффициенты
Фактор активности (ФА)	Постельный режим/кома	1,0
	Палатный режим	1,2
	Общий режим	1,3–1,5
Фактор заболевания (ФЗ)	Состояние после операции	+0–10%
	Лихорадка	+12%
	Стресс	+10–30%
Дефицит МТ (ДМТ), %	10–20	1,1
	20–30	1,2
	>30	1,3

терапии служат положительная динамика клинико-лабораторных показателей и МТ, стабилизация аффективного фона и пищевого поведения [19, 20].

Оптимальной прибавкой МТ для пациентов, получающих стационарное лечение, считается 0,5–1,0 кг в неделю [2, 3]. Однако на ранних

этапах лечения в первые 1–2 недели возможно некоторое снижение веса, что связано с увеличением интенсивности обменных процессов и повышением термогенеза на фоне восстановления питания [21].

На основании вышеперечисленных подходов нами был разработан примерный алгоритм наблюдения за детьми с НА, госпитализируемых как в специализированный психиатрический стационар, так и в многопрофильную больницу. В настоящее время они внедрены в практику ГБУЗ «Научно-практический центр психического здоровья детей и подростков» Департамента здравоохранения г. Москвы и ГБУЗ «Морозовская детская городская клиническая больница» Департамента здравоохранения г. Москвы.

В период с 2009 по 2014 гг. под нашим наблюдением находились 84 пациента с диагнозом НА в возрасте от 9 до 17 лет, 92% из которых составляли девочки. Длительность заболевания составила 6 мес у 31% больных, от 6 до 12 мес – у 42,8% и более года – у 26,2%. При поступлении тяжелую белково-энергетическую недостаточность имели 67% детей, среднетяжелую – 16,5%, легкую – 9,5%, нормотрофию – 7% (изначально имели избыточную МТ или ожирение). Все пациенты получали комплексное психиатрическое, психотерапевтическое, педиатрическое и диетологическое сопровождение в соответствии с разработанным протоколом. Диетотерапия основывалась на щадящем варианте диеты, 87% детей нуждались в нутритивной поддержке с использованием смесей для энтерального питания, объем которых определялся состоянием фактического питания и выраженностью изменений нутритивного статуса. В одном случае потребовалась организация зондового питания, в 2 случаях – сочетанного парентерально-энтерального. Использование системного подхода позволило избежать метаболических расстройств, в т.ч. РФС и в 85% случаев достичь положительного результата. В настоящее время проводится катамнестическое наблюдение, целью которого наряду с оценкой психического психологического статуса и нутритивного статуса является изучение соматического здоровья, состояния репродуктивных функций и костной системы. Материалы исследования находятся в обработке и будут представлены позднее.

Лечение НА не заканчивается пребыванием в стационаре, а требует последующей длительной реабилитации, многие аспекты которой до

настоящего времени являются предметом дискуссии [22–26]. В любом случае активное наблюдение за больными с НА должно проводиться не менее 12 мес, а в ряде случаев психотерапевтическое лечение пролонгируется на многие годы.

Обязательно наблюдение у психиатра, важно соблюдение разработанных диетологом рекомендаций. При наличии у ребенка сопутствующей патологии необходимо наблюдение профильными специалистами (кардиологом, эндокринологом, гинекологом и др.).

Диета больного с НА должна содержать достаточное количество продуктов – источников полноценного белка, незаменимых жирных кислот, кальция, магния, железа и сопровождаться приемом поливитамино-минеральных комплексов. ЭЦ рациона в этот период увеличивается до 70–100 ккал/кг МТ в сутки. Рекомендуется продолжить прием специализированных энтеральных смесей в течение не менее 4–6 месяцев (по показаниям и дольше) в объеме 200–400 мл в сутки. Целесообразность включения дополнительного количества цинка в рацион неоднозначна, как и не подтверждена эффективность обогащения питания полиненасыщенными жирными кислотами [27–29].

В отношении достижения необходимых значений ИМТ среди специалистов нет единого мнения. Допускают, что следует ориентироваться не на оптимальные для данного возраста показатели, а на реальные, обеспечивающие безопасность здоровья пациентов, которые во многих случаях ниже.

В реабилитационный период особое значение имеет психологическое и психотерапевтическое сопровождение. У детей и подростков показали свою эффективность методы семейной психотерапии, реабилитация в условиях амбулаторной группы больных [27–29].

В заключение следует отметить, что, несмотря на определенный прогресс в лечении НА, ряд вопросов, безусловно, требует дополнительного изучения, в т.ч. с позиции улучшения долгосрочного прогноза для психического и соматического здоровья пациента. Следует отметить важность широкого обсуждения проблемы НА в отечественной медицинской печати для разработки национальных рекомендаций по ведению пациентов с НА, что поможет специалистам повысить эффективность лечения (в т.ч. в концепции часто вызывающих затруднение диетологических подходов) и снизить риск возможных осложнений.

Литература

1. Uher R, Rutter M. Classification of feeding and eating disorders: review of evidence and proposals for ICD-11. *World Psychiatry*. 2012; 11: 80–92.
2. Yager J, Devlin MJ, Halmi KA, et al. Guideline Watch (August 2012): Practice Guideline for the Treatment of Patients With Eating Disorders. 3rd Ed. *Am. J. Psychiatry*. 2012; 163 (Suppl.): 1–54.

3. National Institute for Clinical Excellence: Eating Disorders: Core Interventions in the Treatment and Management of Anorexia Nervosa, Bulimia Nervosa and Related Eating Disorders: Clinical Guideline 9. London, National Institute for Clinical Excellence, 2004. <http://www.nice.org.uk/pdf/cg009niceguidance.pdf>
4. Working Group of the Clinical Practice Guideline

for Eating Disorders: Clinical Practice Guideline for Eating Disorders (Clinical Practice Guideline in the NHS: CAHTA; No. 2006/05-01). Madrid, Quality Plan for the National Health System of the Ministry of Health and Consumer Affairs, Catalan Agency for Health Technology Assessment and Research, February 1, 2009 <http://www.psychiatry.org/about-apa-psychiatry/governance>

5. *Domine F, Berchtold A, Akre C, Michaud P, Suris J.* Disordered Eating Behaviors: What About Boys? *J. of Adolescent Health.* 2009; 44: 111–117.

6. *Reyes-Rodriguez ML, Sala M, Von Holle A, Unikel C, Bulik CM, Cfmara-Fuentes L, Sufrez-Torres A.* A Description of Disordered Eating Behaviors in Latino Males. *J. of Am. Coll. Health.* 2011; 59 (4): 266–272.

7. Junior MARSIPAN: Management of Really Sick Patients under 18 with Anorexia Nervosa Report from the Junior MARSIPAN group College Report CR168 January 2012 <http://www.rcpsych.ac.uk>

8. *Коркина М.В., Цивилько М.А., Марилов В.В.* Нервная анорексия. М.: Медицина, 1986: 176.

9. *Gowers SG, Clark AF, Roberts C, et al.* A randomized controlled multicenter trial of treatments for adolescent anorexia nervosa including assessment of costeffectiveness and patient acceptability – the TOUCAN trial. *Health Technol. Assess.* 2010; 14 (15): 1–98.

10. *Espindola CR, Blay SL.* Anorexia nervosa treatment from the patient perspective: a metasynthesis of qualitative studies. *Ann. Clin. Psychiatry.* 2009; 21 (1): 38–48.

11. *Bulik CM, Berkman ND, Brownley KA, Sedway JA, Lohr KN.* Anorexia nervosa treatment: a systematic review of randomized controlled trials. *Int. J. Eat Disord.* 2007; 40 (4): 310–320.

12. *Johnson C.* The need for complex ideas in anorexia nervosa: why biology, environment, and psyche all matter, why therapists make mistakes, and why clinical benchmarks are needed for managing weight correction. *Int. J. Eat. Disord.* 2012; 45: 155–178.

13. *Gowers SG, Clark A, Roberts C, Griffiths A, Edwards V, Bryan C, Smethurst N, Byford S, Barrett B.* Clinical effectiveness of treatments for anorexia nervosa in adolescents: randomized controlled trial. *Br. J. Psychiatry.* 2007; 191: 427–435.

14. *Schebendach JE, Mayer LE, Devlin MJ, Attia E, Contento IR, Wolf RI, Walsh BT.* Food choice and diet variety in weightrestored patients with anorexia nervosa. *J. Am. Diet. Assoc.* 2011; 111: 731–736.

15. *Сергеев В.Н., Михайлов В.И., Тарасова Л.В., Одунец А.Г., Щербова З.Р.* Цель нутритивной поддержки больных нервной анорексией. *Вестник неврологии, психиатрии и нейрохирургии.* 2013; 7: 25–41.

16. *Yamashita KS, Yamanaka T, Gondo M, et al.* The longitudinal BMI pattern and body composition of patients with anorexia nervosa who require urgent hospitalization: A case control study. *BioPsychoSocial Medicine.* 2011; 5: 14. doi:10.1186/1751-0759-5-14

17. *Rigaud DJ, Brayer V, Roblot A, Brindisi MC, Verges B.* Efficacy of tube-feeding in binge-eating/vomiting patients: a 2-month randomized trial with 1-year follow-up. *JPEN J. Parenter. Enteral. Nutr.* 2011; 35 (3): 356–364.

18. *Boateng AA, Sriram K, Meguid MM, et al.* Refeeding syndrome: Treatment considerations based on collective analysis of literature case reports. *Review article. Nutrition.* 2010; 26: 156–167.

19. *Garber AK, Michihata N, Hetnal K, Shafer MA, Moschki AB.* A prospective examination of weight gain in hospitalized adolescents with anorexia nervosa on a recommended refeeding protocol. *J. Adolesc. Health.* 2012; 50 (1): 24–29.

20. *Noordenbos G.* When Have Eating Disordered Patients Recovered and What Do the DSM-IV Criteria Tell About Recovery? *J. Eating Disorders.* 2011; 19 (3): 234–245.

21. *Wymelbeke VV, Brondel L, Brun JM, Rigaud D.* Factors associated with the increase in resting energy expenditure during refeeding in malnourished anorexia nervosa patients. *Am. J. Clin. Nutr.* 2004; 80 (6): 1469–1477.

22. *Gardner J, Wilkinson P.* Is family therapy the most effective treatment for anorexia nervosa? *Psychiatr. Danub.* 2011; 23 (Suppl. 1): 175–177.

23. *Godart N, Berthoz S, Curt F, Perdereau F, Rein Z, Wallier J, Horreard AS, Kaganski I, Lucet R, Atger F, Corcos M, Fermanian J, Falissard B, Flament M, Eisler I, Jemmet P.* A randomized controlled trial of adjunctive family therapy and treatment as usual following inpatient treatment for anorexia nervosa adolescents. *PLoS One.* 2012; 7 (1): 1–9.

24. *Lock J, Le Grange D, Agras WS, Moye A, Bryson SW, Jo B.* Randomized clinical trial comparing family-based treatment with adolescent-focused individual therapy for adolescents with anorexia nervosa. *Arch. Gen. Psychiatry.* 2010; 67 (10): 1025–1032.

25. *Roger K. McFillin, Stacey C. Cahn, Virginia Salzer Burks, Martha Peaslee Levine, Richard L. Levine.* Social Information-Processing and Coping in Adolescent Females Diagnosed With an Eating Disorder: Toward a Greater Understanding of Control. *J. Eating Disorders.* 2012; 20 (1): 42–59.

26. *Godart N, Berthoz S, Curt F, Perdereau F, Rein Z, Wallier J, Horreard A, Kaganski I, Lucet R, Atger F, Corcos M, Fermanian A.* A Randomized Controlled Trial of Adjunctive Family Therapy and Treatment as Usual Following Inpatient Treatment for Anorexia Nervosa Adolescents. *Psychol. Res. and Beh. Management.* 2010; 3: 91–108.

27. *Setnick J.* Micronutrient deficiencies and supplementation in anorexia and bulimia nervosa: a review of literature. *Nutr. Clin. Pract.* 2010; 25: 137–142.

28. *Birmingham CL, Gritzner S.* How does zinc supplementation benefit anorexia nervosa? *Eat. Weight Disord.* 2006; 11: e109–e111.

29. *Lucas M, Asselin G, Merette C, et al.* Ethyl-eicosapentaenoic acid for the treatment of psychological distress and depressive symptoms in middle-aged women: a double-blind, placebo-controlled, randomized clinical trial. *Am. J. of Clin. Nutr.* 2009; 89 (2): 641–651.