



УДК 616.89-008.441.42

DOI: 10.18413/2313-8955-2019-5-1-0-8

Л.И. Захарова

**Нервная анорексия: распространенность, критерии диагностики и психосоматические соотношения (обзор)**

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Курский государственный медицинский университет»  
ул. Карла Маркса, д. 3, г. Курск, 305004, Российская Федерация  
*Автор для переписки: Л.И. Захарова (zaharova1@r46.ru)*

**Аннотация**

**Актуальность:** Проблема нервной анорексии в последние годы приобретает все большую актуальность в связи с ростом числа случаев заболевания среди детей и подростков, а также недостаточной эффективностью лечебных мероприятий.

**Цель исследования:** На основе литературных данных изучить современное состояние проблемы нервной анорексии, ее распространенности, описание диагностических критериев, представление физиологических и психологических ее последствий, а также подходов к лечению. **Материалы и методы:** Изучены литературные данные по поисковому слову «нервная анорексия» за период 2012-2018 гг. в компьютерных базах данных PubMed, Medical-Science, Elibrary, Web of Science, Scopus. **Результаты:** Распространенность НА в популяции составляет 1,2% среди женщин и 0,29% среди мужчин. Клиническая картина включает психические, эндокринные нарушения и расстройства пищеварения. Синдром НА встречается при различных формах психических заболеваний. Лечение пациентов с НА включает в себя несколько этапов. Неспецифический, или экстренный, этап направлен на ликвидацию тяжелых последствий недостаточности питания и проводится только в условиях стационара. Этап специфического лечения наступает после нормализации жизненно важных функций, при адекватной переносимости питания, прибавке в весе. Далее следует реабилитационный этап. При НА наблюдается высокая смертность: 30-40% больных погибают через 10 и более лет от начала заболевания. Чем дольше протекает заболевание, тем выше риск смерти для больного. Основные причины смерти при НА составляют пневмония, отек легкого, интеркуррентные инфекции. Высокая летальность наблюдается также в результате суицида. Прогноз лечения при НА зависит от своевременной диагностики данного заболевания и обусловленных им осложнений, принятия адекватных лечебно-тактических решений и мотивирования больного к проведению терапии и выздоровлению. **Заключение:** НА – это серьезное, трудно поддающееся лечению заболевание, требующее участия многих специалистов в подборе комплексной терапии.

**Ключевые слова:** нервная анорексия; кахексия; аменорея; дисморфофобия.

**Информация для цитирования:** Захарова Л.И. Нервная анорексия: распространенность, критерии диагностики и психосоматические соотношения (обзор) // Научные результаты биомедицинских исследований. 2019. Т. 5, № 1. С. 108-121 [Zakharova LI. Anorexia nervosa: prevalence, diagnostic criteria and psychosomatic relations (review). Research Results in Biomedicine. 2019;5(1):108-121 (In Russian)]. DOI: 10.18413/2313-8955-2019-5-1-0-8

Liliya I. Zakharova

**Anorexia nervosa: prevalence, diagnostic criteria  
and psychosomatic relations (review)**

Kursk State Medical University,  
3 Karl Marks St., Kursk, 305004, Russia  
Corresponding author: Liliya I. Zakharova (zaharova1@r46.ru)

**Abstract**

**Background:** The problem of anorexia nervosa has become more and more important in recent years due to the increasing incidence of the disease among children and adolescents as well as lack of efficacy of therapeutic measures. **The aim of the study:** To study modern literature data on the problem of anorexia nervosa, its prevalence, diagnostic criteria, physiological and psychological consequences and treatment methods. **Materials and methods:** The study is based on all available literature data for 2012-2018 contained in the databases of PubMed, Medical-Science, Elibrary, Web of Science, Scopus. **Results:** The prevalence of anorexia nervosa in the population is 1.2% among women and 0.29% among men. The clinical picture includes mental, endocrine and digestive disorders. Anorexia nervosa syndrome occurs in various forms of mental illness. Treatment of patients with anorexia nervosa includes several stages. Firstly, the nonspecific or emergency stage is aimed at eliminating the severe consequences of malnutrition and is carried out only in a hospital. After the normalization of vital functions when the food is absorbed normally and the weight increases, the stage of specific treatment can be started. The next stage of treatment is rehabilitation. Anorexia nervosa is accompanied by high mortality of patients. Approximately 30-40% of them die after 10 years after the onset of the disease. Mortality increases with the duration of the disease. The causes of death in anorexia nervosa include pneumonia, pulmonary edema, and intercurrent infections. High mortality also occurs as a result of suicide. The prognosis of treatment for anorexia nervosa depends on the timely diagnosis of this disease and its complications, on the correctness of the therapeutic tactics of decisions and the patient's desire to conduct therapy and recovery. **Conclusion:** Anorexia nervosa is a serious and difficult to treat disease which requires the involvement of many specialists in the selection of a complex therapy.

**Keywords:** anorexia nervosa; cachexia; amenorrhea; dysmorphophobia

**Актуальность.** Проблема нервной анорексии в последние годы приобретает все большую актуальность в связи с ростом числа случаев заболевания среди детей и подростков, а также недостаточной эффективностью лечебных мероприятий, что определяет высокую частоту осложнений и рецидивов заболевания [1, 2].

Anorexia nervosa, (от греч.: *an* – отрицат. частица + *orexis* – аппетит) – синдром невротического регистра, характерный в большей мере для у девочек-подростков и девушек, проявляющийся воздержанием от пищи, отсутствием аппетита, что сопровождается снижением веса, развитием амено-

реи, сменой привычек, состоянием гиперактивности [3].

**Целью обзора** было на основе литературных данных изучить современное состояние проблемы нервной анорексии (НА), ее распространенности, описание диагностических критериев, представление физиологических и психологических ее последствий, а также подходов к лечению.

**Материал и методы.** Изучены литературные данные по поисковому слову «нервная анорексия» за период 2012–2018 гг. в компьютерных базах данных PubMed, Medical-Science, Elibrary, Web of Science, Scopus.

### Результаты исследования и обсуждение.

В историческом аспекте, первое научное описание данной патологии принадлежит Ричарду Мортону (1637-1698) – под названием «нервная чахотка» [цит. по 4]. В 1684 году к нему на приём пришла пациентка в состоянии истощения и аменореи, всё остальное было в порядке. Удивительной была способность пациентки совершать длительные прогулки, много читать и конспектировать прочитанное, не смотря на крайнюю степень истощения. Мортон определил, что заболевание относится к психическим и заключается в «умственной страсти». Для стимуляции аппетита девушке давали «горькие пилюли», заставляли ее пить «противоистерическую воду», содержащую касторку и нашатырный спирт. После незначительного улучшения состояния больная отказалась от продолжения лечения, и предложила «предоставить всё природе». Мортон согласился, о чем впоследствии пожалел: состояние пациентки резко ухудшилось, снова возобновились обмороки, и через три месяца девушка скончалась. В последующем он лечил молодого человека с более эффективным результатом.

Начало изучения этого заболевания тесно связано с исследованиями W. Gull (1868) и Ch. Lasague (1873), которые почти в одно время и независимо один от другого опубликовали статьи о нервной анорексии [цит. по 4]. W. Gull предложил термин «нервная анорексия» (*anorexia nervosa*). Заболевание быстро распространялось. В 60-е годы прошлого века широко была известна Lesley Hornby – британская супермодель, певица и актриса, выступающая под именем Твигги, что в переводе с английского означает «тоненькая, хрупкая» (от англ.: *twig* – «тростинка»). При росте 169 см Лесли весила 40 кг. Была лицом модного Лондона 1960-х и иконой субкультуры *модов*. Миллионы девушек по всему миру, стремясь походить на модель, худели до измождения («синдром Твигги»).

Описывается [6] история юной англичанки, которой очень хотелось быть похожей на куклу Барби, для чего она отказалась от привычной пищи и начала есть бумагу –

есть-то хотелось. Поэтому в ряде случаев добровольный отказ от приема пищи называют «синдромом Барби».

Нервная анорексия, несмотря на название, в МКБ-10 не относится к рубрике F4 – Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства, а включена в рубрику F50 «Поведенческие синдромы, связанные с физиологическими и физическими факторами» (МКБ-10).

По литературным данным [4, 7] в странах Европы у лиц женского пола в возрасте 15-20 лет НА выявлялась в 16 случаях на 100 тыс., или у 0,016%. Частота НА в странах Европы остается стабильной на протяжении продолжительного времени [8, 9]. В последние годы [10] отмечается рост заболеваемости НА. Распространенность НА в популяции составляет 1,2% среди женщин и 0,29% среди мужчин [11]. При этом НА у лиц мужского пола встречается в 5 раз реже, чем у женского [12]. По мнению [13], несмотря на то, что 90% пациентов с расстройством пищевого поведения составляют женщины, распространенность диагностированных расстройств пищевого поведения у мужчин будет увеличиваться.

Скрининговое обследование студентов медицинского института [14] выявило у 28% обследованных девушек в возрасте 17-25 лет дефицит массы, у 65% ИМТ соответствовал нормальному значению, а у 7% выявлена избыточная масса тела. Также, среди общего количества обследованных лиц выявлено 22% с явной склонностью к анорексии, хотя показатель ИМТ у данной категории не выходил за рамки нормального значения. У лиц с дефицитом массы выявлена лабильность пищевого поведения, в сочетании с наиболее частым применением искусственных методов снижения массы тела.

Подавляющее большинство (90%) больных составляют лица женского пола в возрасте от 12 до 24 лет. Летальность при НА достаточно высока и составляет 5-6% и обусловлена нарушениями сердечной деятельности и суицидом. По другим данным, летальность может достигать 15% [15].

Причины возникновения НА окончательно не установлены. Считается [10, 16], что основными причинами ее развития яв-

ляются: биологические (наследственная предрасположенность), психологические (негативное влияние семьи и внутренние конфликты) и социальные (влияние общества) факторы. Кроме того, немаловажную роль играют погрешности в семейном воспитании: деспотичная мать и находящийся в подчинении отец, не уделяющий должного внимания ребенку. В таком случае отказ от пищи выступает как протест против власти матери. При этом наиболее выраженное снижение индекса массы тела наблюдается у девушек в модельном бизнесе: девушки стремительно понижают свой вес с целью участия в показах мод и часто не могут остановиться – организм продолжает терять вес, что приводит к летальному исходу.

Болезненная уверенность в собственной «излишней полноте», которая чаще всего носит характер сверхценной или бредовой идеи, со временем наталкивает больных на мысли о необходимости «коррекции» имеющегося «недостатка», являющегося на самом деле мнимым или сильно преувеличенным. Большинство больных пытаются бороться с лишним весом тайно (прежде всего от членов семьи): принимают пищу в одиночестве, а если это не возможно, прибегают к различным хитростям [5, 17, 18]. Кроме того, для больных с НА характерно стремление перекормить других членов семьи, особенно младших братьев или сестер, при постоянно ограничении в пище себя самих. Многие больные не останавливаются только на ограничениях в еде, они также активно занимаются различными физическими упражнениями [19], чаще всего по самостоятельно придуманной ими самими системе. Помимо этого, частым является нерациональный прием слабительных средств в огромных количествах (при длительном голодании прием слабительных объясняется также проблемой запоров, являющихся следствием атонии кишечника).

Неправильное пищевое поведение у больных НА в зачатку обусловлено наличием или отсутствием в клинической картине явлений булимии. При НА без булимии патологическое пищевое поведение проявляется в виде строгой диеты с использованием интенсивных физических нагрузок

и, нередко, злоупотреблением слабительными препаратами. При НА с булимией оно выражается в приступах перееданий с последующей рвотой [20].

Существует два подтипа НА [21]: очистительный и ограничительный.

**Очистительный тип** (компульсивное переедание/очищение кишечника): пациенты используют компульсивное переедание или очистительное поведение в качестве средства потери веса. Он отличается от нервной булимии весом пациентов. Пациенты с очистительным типом анорексии не поддерживают здоровый или нормальный вес, но имеют значительную недостаточность веса. Пациенты с нервной булимией, с другой стороны, могут иметь некоторый избыточный вес.

**Ограничительный тип**: пациенты ограничивают себя в еде, голодают, принимают диетические лекарства или используют физические тренировки в качестве средства потери веса. Они могут прибегать к чрезмерным физическим нагрузкам для сброса веса или предотвращения его повторного набора, а некоторые едят только для поддержания жизни.

В отечественной психиатрии [15] течение анорексии подразделяют на три стадии: дисморфоманическую, аноректическую, кахектическую.

**Дисморфоманическая** стадия заключается в преобладании мыслей о собственной неполноценности из-за кажущейся полноты, что сопровождается подавленным настроением, тревогой. Пациентки склонны длительно рассматривать себя в зеркале. В этот период появляются первые попытки ограничить себя в пище. Продумываются стандарты для своей фигуры с последующим стремлением достичь результата.

**Аноректическая** стадия следует за периодом стойкого голодания, во время которого теряется 20–30 % от общего веса. Для этой стадии проявляется эйфорией от «похудания» с еще большим ужесточением диеты для более быстрого достижения эффекта. Пациенты пытаются убедить всех вокруг и самих себя в отсутствии аппетита и продолжают еще больше изнурять себя физическими упражнениями. Однако имеющая

ся дисморфофобия препятствует формированию реальной оценки своего веса и состояния. На данной стадии у пациентов появляются сухость кожи, зябкость, аллопеция, постепенно расстраивается как менструальный цикл у женщин, так и сперматогенез у мужчин, снижается половое влечение.

С наступлением *кахектической* стадии (примерно через 1,5–2 года) начинается необратимая дистрофия внутренних органов, которая наступает. Снижение веса происходит до 50% от первоначального. Для больных НА характерно повышение сыровоточных концентраций холестерина и каротина, а также развитие лейкопении и анемии. Длительный отказ от пищи может также привести к брадикардии и снижению АД, нарушению работы желудочно-кишечным тракта, кахексии. На эмали внутренней поверхности зубов как следствие многократной рвоты могут появиться эрозии. Выраженная потеря веса и недостаток питательных веществ влекут за собой изменение эндокринного статуса: нарушение деятельности щитовидной железы, неправильный метаболизм половых гормонов, что проявляется состоянием гипоестрогении и, как следствие, развитием аменореи и остеопороза, [15]. По мимо этого, длительное течение нервной анорексии приводит калиево-натриевому дисбалансу, что в свою очередь чревато развитием нарушений сердечного ритма, в том числе угрожающих жизни. Поэтому данная стадия зачастую является необратимой.

Нервная анорексия приводит ко множеству негативных последствий. Со стороны сердечно-сосудистой системы: головокружение, обмороки, ощущение холода, брадикардия, сердечная аритмия; со стороны желудочно-кишечного тракта: боли в желудке, запор, тошнота, диспепсия; со стороны кожных покровов: выпадение волос, сухость и бледность кожи, нарушение структуры ногтей; а также заболевания эндокринной системы, замедление обмена веществ, аменорея и бесплодие, снижение массы мозга [15].

По степени тяжести [22] НА классифицируется по индексу массы тела:

1. **Легкая:** Индекс массы тела равен 17-17,99;
2. **Умеренная:** Индекс массы тела составляет 16-16,99;
3. **Тяжелая:** Индекс массы тела варьирует 15-15,99;
4. **Крайняя:** Индекс массы тела менее 15.

Нервная анорексия не является самостоятельным заболеванием. Синдром НА встречается при разных видах психической патологии: от пограничных нервно-психических расстройств [23, 24], до шизофрении [25, 26]. Чаще всего, нарушения в пищевом поведении сочетаются с целым рядом психопатологических расстройств (навязчивости, страхи, депрессивные нарушения и др). Кроме того, нередко у пациентов с начальным диагнозом «Анорексия» затем диагностируется «Булимия», или «Атипичная булимия», что дает основания полагать о некоем континууме, на одном полюсе которого анорексия, а на втором – булимия [27].

В 99% случаев среди больных НА отмечается сочетание с соматическими и неврологическими расстройствами, которые предшествуют или осложняют нарушения пищевого поведения. Чаще других из неврологических и соматических заболеваний встречались: умеренные или выраженные дисметаболические изменения миокарда, хронические гастриты, энтериты, колиты, синдром раздраженного кишечника, гипохромная анемия, воспаление околоушных слюнных желез, кисты щитовидной железы, поликистоз яичников, эмфизема легких, пиелонефрит, аутоиммунный тиреоидит, гидроцефалия, кахексия [28].

В последние годы [29] отмечается увеличение частоты сочетания сахарного диабета 1 типа и расстройств пищевого поведения. Это требует более тщательного изучения коморбидности подобной патологии. Необходимо также широко информировать врачей общей практики и эндокринологов о расстройствах пищевого поведения, с целью их предупреждения, раннего выявления и лечения. Выявлены нарушения иммунного и цитокинового статуса при НА и сопряженное с ними «повреждение» оси гипоталамус-

гипофиз-гонады, что требует продолжения изучения патогенеза данного расстройства. Это позволит дополнить алгоритм прогнозирования восстановления репродуктивной функции девочек-подростков с НА.

У пациентов с НА на протяжении жизни наблюдаются высокие показатели распространенности психических расстройств: аффективные расстройства настроения – в 51,4%, тревожные расстройства в 60% и алкоголизм в 27,1% случаев [30].

По другим данным, НА в 20–89% случаев сочетается с большим депрессивным расстройством, а в 55–60% – с тревожными расстройствами [31, 32], а также с биполярным расстройством [13]. Кроме того, у пациентов с НА чаще встречается генерализованное тревожное расстройство, изолированная тревога, паническое расстройство и обсессивно-компульсивное расстройство [8].

Выявлено нарушение сексуального поведения у лиц с НА [33]. Выделяют 3 группы расстройств:

1 – с ограничительным пищевым поведением. Больные с детского возраста пребывают в состоянии кахексии, из-за чего у них с юных лет формируется преимущественно мужской тип поведения, характеризующийся синдромом отрицания пола, вплоть до транссексуализма.

2 – больные с эпизодически возникающей булимией, которая развивается как осложнение многолетнего ограничения в еде. В данной группе характерна допубертатная мастурбация без эротических переживаний с формированием в дальнейшем чувства вины.

3 – больные нервной булимией, которая возникла после непродолжительного этапа ограничения в еде. Для таких лиц характерны выраженные перепады настроения, которые влияют на сексуальное поведение: от сексуальной расторможенности, встречающейся при гипоманиакальных и маниакальных состояниях, до аверсии к интимному партнеру при депрессиях.

У больных НА часто выявляются ипохондрические расстройства: в 31% наблюдений в структуре ипохондрического синдрома преобладают навязчивости; в 21% случаев встречается депрессивная ипохон-

дрия сверхценного характера; в 24% наблюдений – депрессивная ипохондрия с преобладанием сенестопатически-ипохондрических расстройств и еще в 24% случаев выявляется бредовая ипохондрия [34].

Психиатрические последствия синдрома НА разнообразны. Клиническая картина зависит от принадлежности симптоматики [35]. Так если НА наблюдается в структуре шизофрении, то по мере прогрессирования заболевания развивается патология влечений: булимия, фобии, ритуалы, нарушение полового инстинкта (гиперсексуальность или фригидность), суицидомания, аутоагрессия, клептомания, встречается парабулия (поедание несъедобных вещей, злоупотребление слабительными, мочегонными, кофе), а также vomитомания. У некоторых больных в течение заболевания возникает патологическое влечение к психоактивным веществам. В свою очередь расстройства волевой сферы в виде апатии и абулии у пациентов с НА формируются медленно. В то же время при невротических расстройствах нарастание данной симптоматики не было отмечено.

Начало НА в подростковом возрасте характеризуется более благоприятным прогнозом, чем при более позднем дебюте. Около 70-80% пациентов в этой возрастной группе достигают ремиссии [36]. При этом выздоровление занимает несколько лет и сопровождается формированием различных психических расстройств (аффективных, тревожных, невротических, а также зависимостей). По другим данным [37], выздоровление наступает у 60,3% пациентов, страдающих нервной анорексией, у 25,8% состояние улучшается, у 6,4% отсутствует положительная динамика и у такого же количества больных состояние ухудшается.

Что касается причин формирования анорексии, то существует несколько подходов. Важными аспектами анорексии являются *социокультурный* – полнота раньше не являлась поводом для стигматизации и *экономический* – связанный с наличием пищи и возможностью ее приобретения [38]. Высказывается предположение, что алекситимия может быть способствующим фактором, повышающим риск развития нарушений пи-

щевое поведение [39]. С точки зрения социологов [40], доминирующая в обществе точка зрения о «некрасивости полноты», критическое восприятие лишнего веса окружающими и насмешки с их стороны способны травмировать особенно восприимчивых личностей и служат основой для формирования сверхценной идеи достижения «эталона внешности».

Высказывается предположение [1], что в значительном числе случаев подростковые атипичные расстройства пищевого поведения входят в структуру особого психопатологического диатеза, в основе которого преобладают тимопатические радикалы, и являются наиболее драматическим проявлением в этом возрасте. В дальнейшем расстройства пищевого поведения начинают уступать другой психопатологической симптоматике, в первую очередь аффективной и ассоциированной с ней.

Факторами риска развития НА являются: женский пол, наличие расстройства приема пищи у близких родственников, склонность к перфекционизму, трудности в

преодолении негативных эмоций и разрешении конфликтов, низкая самооценка [41, 42].

Выявлено [37] 8 факторов, препятствующих положительной динамике НА в течение двухлетнего периода: 1) значение индекса массы тела при выписке из стационара ниже нормы; 2) недостаточное содержание жиров и калорийности в рационе; 3) высокие физические нагрузки; 4) высокая самооценка; 5) выраженная подозрительность; 6) недоверие к окружающим; 7) использование зонда для приема пищи; 8) скрупулезность в лечении

Диагностика НА представляет определенные сложности, так как феноменологически может наблюдаться при различной соматической патологии, в том числе и онкологической с нарушением питания и значительной потерей веса тела. В последнем случае диагноз НА не выставляется.

Сравнительные критерии диагностики НА по МКБ-10 [43] и DSM-5 [22] представлены в таблице 1.

Таблица 1

Table 1

**Критерии диагностики нервной анорексии по МКБ-10 и DSM-5**

**Criteria for diagnosis of anorexia nervosa according to ICD-10 and DSM-5**

МКБ-10	DSM-5
<p><b>А.</b> Вес тела на 15% ниже нормативного. Значение индекса массы тела Кветелета равно 17,5 или ниже.</p>	<p><b>А.</b> Отказ поддерживать вес в минимальных пределах возрастной нормы или неспособность набрать 85% от ожидаемого веса за установленный период времени.</p>
<p><b>Б.</b> Снижение веса вызывается самим пациентом путем избегания приема пищи, которая «полнит». Используются вызывание у себя рвоты, прием слабительных средств, диуретиков, препаратов, подавляющих аппетит, чрезмерные физические упражнения.</p>	<p><b>В.</b> Нарушение восприятия веса или формы своего тела; вес тела и его параметры оказывают неоправданно большое влияние на самооценку; отрицание серьезности текущих проблем, связанных с недоеданием.</p>
<p><b>В.</b> Навязчивые и сверхценные идеи в интерпретации искаженного восприятия образа своего тела.</p>	<p><b>С.</b> Сильный страх ожирения, несмотря на недостаток массы тела.</p>
<p><b>Г.</b> Общие эндокринные расстройства. Аменорея у женщин, утрата либидо и снижение потенции у мужчин.</p>	<p><b>Д.</b> Отсутствие в процессе полового созревания подряд трех менструальных циклов.</p>
<p><b>Д.</b> При начале в препубертатном возрасте проявления пубертата задерживаются (прекращается рост, у девочек не развиваются грудные железы, первичная аменорея).</p>	

НА приводит к грубой дезадаптации пациентов, для лечения которых требуются немалые финансовые затраты, связанные с длительностью и высокой частотой повторных госпитализаций, необходимостью коррекции множественных соматических осложнений. При НА, в отличие от других психических расстройств, характеризуется максимальной смертностью больных [44].

Лечение синдрома НА должно быть комплексным и включать психофармакотерапевтическое, психологическое воздействие, диетотерапию, терапию соматической патологии и сопутствующих осложнений [45]. Перечисленные моменты терапии важны и должны проводиться параллельно. Однако главным моментом в лечении болезни представляется лечение основного психопатологического синдрома, что невозможно без постоянного наблюдения со стороны психиатра.

В лечении [11] пациентов с нервной анорексией можно выделить три этапа.

–1 этап – **«неспецифический»**, (7-14 дней) направлен на восстановление жизненно важных функций, ликвидацию метаболических и водно-электролитных нарушений, обеспечение адекватных сердечных функций и формирование толерантности к пище.

–2 этап – **«специфический»**, направлен на коррекцию дефицита массы тела, оптимизацию метаболизма (2–3недели). На этом более длительном этапе проводятся лечебные мероприятия, направленные на устранение симптомов основного психического заболевания, вызвавшего нарушения в статусе питания.

– 3 этап – **реабилитационный**.

Аналогичной точки зрения придерживаются и другие авторы [46], выделяющие три этапа в лечении НА:

1) этап интенсивного наблюдения и коррекции соматических осложнений;

2) основной этап лечения НА (в условиях стационара);

3) реабилитационный этап (в режиме амбулаторного наблюдения).

Длительность этапов может быть различна и определяется тяжестью психического и соматического состояния. С первых же дней пребывания в стационаре больным

назначается диета, которая разрабатывается индивидуально врачом-диетологом. Диета содержит необходимые питательные вещества в требуемых количествах с учетом степени белково-энергетической недостаточности у пациентки. Проводится ежедневный контроль массы тела, выпитой и выделенной жидкости. Обязательными условиями этого периода являются полупостельный режим и строгое медицинское наблюдение, необходимость которых обусловлена низкой комплаентностью пациенток, активной диссимуляцией и попытками сохранять патологические формы пищевого поведения (отказ от еды, вызывание аверсии после приема пищи, усиленные физические упражнения и прием мочегонных и слабительных).

Одним из достоверных признаков улучшения состояния у пациентов с НА является восстановление ИМТ и нормализация пищевого поведения. Рацион пациентов составляется с учетом физиологических особенностей и соматического статуса. Прежде, чем назначить лечебное питание, необходимо оценить пищевой статус пациента: для чего с помощью лабораторных (клинический, биохимический анализ крови) и инструментальных (ЭКГ, УЗИ) методов выявляется степень нехватки белков, жирных кислот и микроэлементов, оценивается функциональное состояние всех органов и систем [45]. Те компоненты и вещества, дефицит которых был выявлен при обследовании, обязательно вводят в рацион пациента, в дозах, соответствующих физиологическим потребностям в норме.

Диетологической программе предшествует коррекция метаболических и водно-электролитных нарушений: дегидратации, гипонатриемии, гипокальциемии, гипонатри- и калиемии (в особенности у больных, склонных вызывать у себя рвоту и злоупотребляющих слабительными средствами). Зачастую, необходимо назначение тиамина. Потребность в витамине резко возрастает в период возобновления питания за счет активизации углеводного обмена.

Риск развития осложнений остается высоким первые несколько недель лечения. Это связано с нарушением баланса жидкости и электролитного обмена, поэтому в это



время должен быть тщательный контроль за состоянием больного.

Расчет необходимой энергетической ценности питания проводится с учетом величин основного обмена:

- девочки 10-18 лет (12.2 x вес) + 746 ккал;
- мальчики 10-18 лет (17,5 x вес) + 651 ккал.

По мере восстановления адекватной переносимости пищи и с учетом индивидуальных особенностей пациента может быть назначен широкий ассортимент лечебных продуктов для энтерального питания с целью нутритивной поддержки.

В связи со сверхценно-бредовым отношением к массе тела, пациентам, страдающим нервной анорексией, рекомендуется назначать современные антипсихотики. Препаратом выбора [47] является эглонил (сульпирид), с учетом его фармакологических свойств: умеренной нейролептической активности в сочетании со стимулирующим и тимолептическим действием, а также антиэметическим эффектом. С учетом депрессивной симптоматики целесообразно назначение антидепрессантов, в том числе селективных ингибиторов обратного захвата серотонина (СИОЗС). Поскольку при нервной анорексии возникает нарушение действия серотонина, а не его недостаток, то СИОЗС бесполезны при низкой массе тела, но после ее восстановления их применение является эффективным [48].

Прогноз лечения [49] при НА зависит от своевременной диагностики данного заболевания и обусловленных им осложнений, принятия адекватных лечебно-тактических решений и мотивирования больного к проведению терапии и выздоровлению. Примерно половина пациентов с нервной анорексией полностью восстанавливается, около 30% только частично, а 20% остаются хронически больными [50]. Кроме того, при нервной анорексии отмечается высокий уровень смертности от 1,7 до 5,9% [51]. По другим данным [52], выздоравливают около половины больных (40-55%), смертельный исход от 5% до 20%, в остальных случаях – рецидивирующее течение. Основными при-

чинами смерти при НА являются: пневмония, отек легкого, интеркуррентные инфекционные заболевания. Высокая смертность наблюдается также в результате суицида [53].

**Заключение.** Таким образом, анализ литературных данных показал, что распространенность НА в популяции составляет 1,2% среди женщин и 0,29% среди мужчин. Клиническая картина включает психические, эндокринные нарушения и расстройства пищеварения. Синдром НА встречается при различных формах психических заболеваний. Лечение пациентов с НА включает в себя несколько этапов. Неспецифический, или экстренный, этап направлен на ликвидацию тяжелых последствий недостаточности питания и проводится только в условиях стационара. Этап специфического лечения наступает после нормализации жизненно важных функций, при адекватной переносимости питания, прибавке в весе. Далее следует реабилитационный этап.

При НА наблюдается высокая смертность: 30–40% больных погибают через 10 и более лет от начала заболевания. Чем дольше протекает заболевание, тем выше риск смерти для больного. Основные причины смерти при НА составляют пневмония, отек легкого, интеркуррентные инфекции. Высокая летальность наблюдается также в результате суицида.

Прогноз лечения при НА зависит от своевременной диагностики данного заболевания и обусловленных им осложнений, принятия адекватных лечебно-тактических решений и мотивирования больного к проведению терапии и выздоровлению.

*В отношении данной статьи не было зарегистрировано конфликта интересов.*

#### Список литературы

1. Грачев В.В., Косенко Н.А. Атипичные формы нервной анорексии и нервной булимии в подростковом возрасте // Социальная и клиническая психиатрия. 2015. Т. 25, № 2. С. 87-93.
2. Пырьева Е.А., Сорвачева Т.Н., Усачева Е.Л. Нервная анорексия: принципы диетотерапии // Педиатрия. Журнал им. Г.Н. Сперанского. 2014. Т. 93, № 6. С. 171-175.

3. Мещеряков Б., Зинченко В., сост. Большой психологический словарь. СПб: Олма-пресс, 2004. 666 с.
4. Коркина М.В., Цивилько М.А., Марилов В.В. Нервная анорексия. Москва: Медицина, 1986. 176 с.
5. Корчинская Е.И., Краснов В.Н. Изменения электроэнцефалографических показателей при различных вариантах депрессий // Депрессия: психопатология, патогенез / под ред. О.П. Вертоградовой. Москва, 1980. С. 67-74. (Труды Моск. НИИ психиатрии; т. 91).
6. Львова Л.В. Добровольно отказываюсь // Провизор. 2005. N 14. С. 31-33.
7. Prevalence, heritability, and prospective risk factors for anorexia nervosa / С.М. Bulik [et al.] // Arch. Gen. Psychiatry. 2006. Vol. 63(3). P. 305-312.
8. Бобров А.Е. Психопатологические аспекты нервной анорексии // Альманах клинической медицины. 2015. Спецвып. 1. С. 13-23.
9. Smink F.R., van Hoeken D., Hoek H.W. Epidemiology of eating disorders: incidence, prevalence and mortality rates // Curr. Psychiatry Rep. 2012. Vol. 14(4). P. 406-414. DOI: <https://doi.org/10.1007/s11920-012-0282-y>
10. Исаев Д.Н. Эмоциональный стресс. Психосоматические и соматопсихические расстройства у детей. Санкт-Петербург: Речь, 2005. 400 с.
11. Протокол (алгоритм) ведения пациентов с нервной анорексией в условиях стационара / Т.Н. Сорвачева [и др.]. М.: КСТ Интерфорум, 2015. 16 с.
12. Epidemiology and course of anorexia nervosa in the community / A. Keski-Rahkonen [et al.] // Am. J. Psychiatry. 2007. Vol. 164(8). P. 1259-1265. DOI: <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2007.06081388>
13. The prevalence and correlates of eating disorders in the National Comorbidity Survey Replication / J.I. Hudson [et al.] // Biol. Psychiatry. 2007. Vol. 61(3). P. 348-358. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2006.03.040>
14. Расстройства приема пищи у девушек молодого возраста / И.Н. Исаева [и др.] // Український журнал медицини, біології та спорту. 2017. N 2(4). С. 71-74.
15. Гусарова М.Т. Анорексия как фактор деструктуризации семьи [Электронный ресурс] // Молодой ученый. 2016. N 5. С. 855-859. URL: <https://moluch.ru/archive/109/26532> (дата обращения: 23.02.2018).
16. Perfectionism in anorexia nervosa: novel performance based evidence [Electronic] / S. Lloyd [et al.] // PLoS One. 2014. Vol. 9(10). Art. e111697. URL: <http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0111697> (дата обращения: 25.02.2018).
17. Коркина М.В., Цивилько М.А., Марилов В.В. К вопросу об атипичных формах нервной анорексии // Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 1977. N 3. С. 429-432.
18. Марилов В.В., Крисп А.Х., Бен-Товим Д.И. Особенности личностного реагирования и психического состояния при нервной анорексии // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2000. N 2. С. 19-22.
19. Morris J., Twaddle S. Anorexia nervosa // BMJ. 2007. Vol. 334(7599). P. 894-898.
20. Ашурова Г.Ш. Особенности пищевого поведения и диетотерапии у больных нервной анорексией: автореф. дис. ... канд. мед. наук. М., 2004. 24 с.
21. Thornton L.M., Mazzeo S.E., Bulik C.M. The heritability of eating disorders: methods and current findings // Curr. Top Behav. Neurosci. 2011. N 6. P. 141-156. DOI: [https://doi.org/10.1007/7854\\_2010\\_91](https://doi.org/10.1007/7854_2010_91)
22. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5 / American Psychiatric Association. 5th ed. Arlington, VA: American Psychiatric Association, 2013. 947 p.
23. Особенности синдрома нервной анорексии при пограничных психических заболеваниях / М.В. Коркина [и др.] // Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 1974. N 11. С. 1703-1710.
24. Ушаков Г.К. Пограничные нервно-психические расстройства. 2-е изд. Москва: Медицина, 1987. 304 с.
25. Обсессивно-фобические расстройства при нервной анорексии и булимии / М.А. Цивилько [и др.] // Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 1997. Т. 97, N 3. С. 16-19.
26. Особенности синдрома нервной анорексии при шизофрении / М.В. Коркина [и др.] // Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 1975. N 12. С. 1870-1874.
27. Mikołajczyk E., Samochowiec J. Cechy osobowości u pacjentek z zaburzeniami odżywiania // Psychiatria. 2004. Vol. 1(2). P. 91-95.
28. Артемьева М.С., Васильев Н.Г. Коморбидность нервной анорексии // Здоровье и образование в XXI веке. Сер. Медицина. 2012. Т. 14, N 1. С. 90-91.

29. Марилов В.В., Сологуб М.Б. Нервная анорексия у пациентки с сахарным диабетом 1-го типа // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2014. Т. 114, N 3(1). С. 82-86.
30. Outcome of anorexia nervosa: a case-control study / P.F. Sullivan [et al.] // *Am. J. Psychiatry*. 1998. Vol. 155(7). P. 939-946. DOI: <https://doi.org/10.1176/ajp.155.7.939>
31. Adolescent-onset anorexia nervosa: 18-year outcome / E. Wentz [et al.] // *Br. J. Psychiatry*. 2009. Vol. 194(2). P. 168-174. DOI: <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.107.048686>
32. Comorbidity between eating disorders and anxiety disorders: a review / N.T. Godart [et al.] // *Int. J. Eat. Disord.* 2002. Vol. 32(3). P. 253-270. DOI: <https://doi.org/10.1002/eat.10096>
33. Солодков П.В., Брюхин А.Е., Артемьева М.С. Варианты нарушения сексуального поведения при нервной анорексии // *Здоровье и образование в XXI веке*. 2010. Т. 12, N 5. С. 241.
34. Князевич О.Е. Клинико-динамические особенности ипохондрических расстройств у больных нервной анорексией: автореф. дис. ... канд. мед. наук. Москва, 2005. 22 с.
35. Артемьева М.С., Арсеньев А.Р. Патология волевой деятельности при нервной анорексии // *Вестник РУДН. Сер. Медицина*. 2010. N 4. С. 530-532.
36. Relapse from remission at two- to four-year follow-up in two treatments for adolescent anorexia nervosa / D. Le Grange [et al.] // *J. Am. Acad. Child. Adolesc. Psychiatry*. 2014. Vol. 53(11). P. 1162-1167. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2014.07.014>
37. Outcome in AN adult patients: a 13-year follow-up in 484 patients / D. Rigaud [et al.] // *Diabetes Metab.* 2011. Vol. 37(4). P. 305-311. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.diabet.2010.11.020>
38. Ступак Р., Бочавер А.А. Социально-психологические механизмы и культурно-исторические предпосылки возникновения анорексии // *Психологический журнал*. 2014. Т. 35, N 2. С. 83-90.
39. Келина М.Ю., Мешкова Т.А. Алекситимия и ее связь с пищевыми установками в неклинической популяции девушек подросткового и юношеского возраста [Электронный ресурс] // *Клиническая и специальная психология*. 2012. N 2. URL: <http://docplayer.ru/51010772-Aleksitimiya-i-ee-svyaz-s-pishchevymi-ustanovkami-v-neklinicheskoy-populyacii-devushek-podrostkovogo-i-yunosheskogo-vozrasta.html> (дата обращения: 23.02.2018).
40. Федорова А.А. Анорексия как социальная проблема современного общества // *Российская наука и образование сегодня: проблемы и перспективы*. 2015. N 4(7). С. 87-92.
41. Николаева Н.О. История и современное состояние исследований нарушений пищевого поведения: культурные и психологические аспекты [Электронный ресурс] // *Клиническая и специальная психология*. 2012. N 1. URL: [http://psyjournals.ru/files/49969/psyclin\\_2012\\_1\\_Nikolaeva\\_N.pdf](http://psyjournals.ru/files/49969/psyclin_2012_1_Nikolaeva_N.pdf) (дата обращения: 23.02.2018).
42. Davis C., Claridge G., Fox J. Not just a pretty face: physical attractiveness and perfectionism in the risk for eating disorders // *Int. J. Eat. Disord.* 2000. Vol. 27(1). P. 67-73. DOI: [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1098-108X\(200001\)27:1<67::AID-EAT7>3.0.CO;2-F](https://doi.org/10.1002/(SICI)1098-108X(200001)27:1<67::AID-EAT7>3.0.CO;2-F)
43. Международная классификация болезней (10-й пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств. Клинические описания и указания по диагностике / под ред. Ю.Л. Нуллера, С.Ю. Циркина. СПб: Оверлайд, 1994. 300 с.
44. Артемьева М.С., Сулейманов Р.А. Социальные и правовые аспекты лечения нервной анорексии и нервной булимии // *Вестник РУДН. Сер. Медицина*. 2009. N 4. С. 623-625.
45. Нервная анорексия у детей и подростков: актуальные вопросы диагностики и лечения / А.И. Зубович [и др.] // *Международный журнал педиатрии, акушерства и гинекологии*. 2013. Т. 3, N 3. С. 75-84.
46. Особенности организации психиатрической помощи подросткам с нервной анорексией / А.А. Портнова [и др.] // *Доктор. Ру*. 2015. N 5-6(106-107). С. 60-62.
47. Казакова С.Е. Нозологическая принадлежность нервной анорексии // *Психіатрія, неврологія та медична психологія*. 2014. Т. 1, N 1(1). С. 16-19.
48. Initial evaluation, diagnosis, and treatment of anorexia nervosa and bulimia nervosa / B.C. Harrington [et al.] // *Am. Fam. Physician*. 2015. Vol. 91(1). P. 46-52.
49. Нервная анорексия: обзор и клинический случай / Л.В. Демешкина [et al.] // *Гастроэнтерология*. 2015. Т. 57, N 3. С. 59-65.
50. Steinhausen H.C. Outcome of eating disorders // *Child. Adolesc. Psychiatr. Clin. N. Am.* 2009. Vol. 18(1). P. 225-242.
51. Mortality rates in patients with anorexia nervosa and other eating disorders. A meta-analysis of 36 studies / J. Arcelus [et al.] // *Arch. Gen. Psychiatry*. 2011. Vol. 68(7). P. 724-731. DOI: [10.1001/archgenpsychiatry.2011.74](https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2011.74)
52. Hay P.J., Cho K. A qualitative exploration of influences on the process of recovery from

personal written accounts of people with anorexia nervosa // *Women Health*. 2013. Vol. 53(7). P. 730-740. DOI: <https://doi.org/10.1080/03630242.2013.821694>

53. Favaro A., Santonastaso P. Suicidality in eating disorders: clinical and psychological correlates // *Acta Psychiatr. Scand*. 1997. Vol. 95(6). P. 508-514. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1997.tb10139.x>

### Reference

1. Grachev VV, Kosenko NA. [Atypical forms of anorexia nervosa and bulimia nervosa in adolescence]. *Sotsial'naya i klinicheskaya psikhatriya*. 2015;25(2):87-93. Russian.

2. Pyrieva EA, Sorvacheva TN, Usacheva EL. [Anorexia nervosa: principles of diet therapy]. *Pediatriya. Zhurnal im. G.N. Speranskogo*. 2014;93(6):171-175. Russian.

3. Meshcheryakov B, Zinchenko V, compilers. [Great psychological dictionary]. St. Petersburg: Olma-press; 2004. 666 p. Russian.

4. Korkina MV, Civilko MA, Marilov VV. [Anorexia nervosa]. Moscow: Medicina; 1986. 176 p. Russian.

5. Korchinskaya EI, Krasnov VN. [Changes in electroencephalographic indices in various variants of depressions. *Depressiya: psichopatologiya, patogenez*]. Vertogradovoy OP, editor. Moscow; 1980. P. 67-74. (Trudy Mosk. NII psikhatrii; Vol. 91). Russian.

6. Lvova LV. [I voluntarily refuse]. *Provizor*. 2005;14:31-33. Russian.

7. Bulik CM, Sullivan PF, Tozzi F, et al. Prevalence, heritability, and prospective risk factors for anorexia nervosa. *Arch. Gen. Psychiatry*. 2006;63(3):305-312.

8. Bobrov AE. [Psychopathological aspects of anorexia nervosa]. *Al'manakh klinicheskoy meditsiny*. 2015;1:13-23. Russian.

9. Smink FR, van Hoeken D, Hoek HW. Epidemiology of eating disorders: incidence, prevalence and mortality rates. *Curr. Psychiatry Rep*. 2012;14(4):406-414. DOI: <https://doi.org/10.1007/s11920-012-0282-y>

10. Isaev DN. [Emotional stress. Psychosomatic and somatopsychic disorders in children]. St. Petersburg: Rech'; 2005. 400 p. Russian.

11. Sorvacheva TN, Pyreva EA, Koltunov IE, et al. [Protocol (algorithm) for management of patients with anorexia nervosa in hospital settings]. Moscow: KST Interforum; 2015. 16 p. Russian.

12. Keski-Rahkonen A, Hoek HW, Susser ES, et al. Epidemiology and course of anorexia nervosa in the community. *Am. J. Psychiatry*.

2007;164(8):1259-1265. DOI: <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2007.06081388>

13. Hudson JI, Hiripi E, Pope HG, et al. The prevalence and correlates of eating disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Biol. Psychiatry*. 2007;61(3):348-358. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2006.03.040>

14. Isaeva IN, Makarova EM, Litovchenko EV, et al. [Disorders of eating in young girls]. *Ukrains'kiy zhurnal meditsini, biologii ta sportu*. 2017;2(4):71-74. Russian.

15. Gusarova MT. Anoreksiya kak faktor destrukturizatsii sem'i [Anorexia as a factor of family destructure]. *Molodoj uchenyj* [Internet]. 2016 [cited 2018 Feb 23];5:855-859. Available from: <https://moluch.ru/archive/109/26532>. Russian.

16. Lloyd S, Yiend J, Schmidt U, et al. Perfectionism in anorexia nervosa: novel performance based evidence. *PLoS One* [Internet]. 2014 [cited 2018 Feb 25];9(10). Art. e111697. Available from: <http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0111697>.

17. Korkina MV, Civilko MA, Marilov VV. [To the question of atypical forms of anorexia nervosa]. *Zhurnal nevropatologii i psikhatrii im. S.S. Korsakova*. 1977;3:429-432. Russian.

18. Marilov VV, Krisp AH, Ben-Tovim DI. [Features of personal response and mental state in anorexia nervosa]. *Zhurnal nevrologii i psikhatrii im. S.S. Korsakova*. 2000;2:19-22. Russian.

19. Morris J, Twaddle S. Anorexia nervosa. *BMJ*. 2007;334(7599):894-898.

20. Ashurova GSh. [Features of food behavior and diet therapy in patients with anorexia nervosa] [dissertation]. Moscow; 2004. Russian.

21. Thornton LM, Mazzeo SE, Bulik CM. The heritability of eating disorders: methods and current findings. *Curr. Top Behav. Neurosci*. 2011;6:141-156. DOI: [https://doi.org/10.1007/7854\\_2010\\_91](https://doi.org/10.1007/7854_2010_91)

22. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5. 5th ed. Arlington, VA: American Psychiatric Association; 2013. 947 p.

23. Korkina MV, Civilko MA, Kareva MA, et al. [Features of the syndrome of anorexia nervosa in borderline mental illnesses]. *Zhurnal nevropatologii i psikhatrii im. S.S. Korsakova*. 1974;11:1703-1710. Russian.

24. Ushakov GK. [Borderline neuropsychiatric disorders. 2nd ed]. Moscow: Meditsina; 1987. 304 p. Russian.

25. Tsivil'ko MA, Korkina MV, Brjuhin AE, et al. [Obsessive-phobic disorders in anorexia ner-

- vosa and bulimia]. *Zhurnal nevropatologii i psichiatrii im. S.S. Korsakova*. 1997;97(3):16-19. Russian.
26. Korkina MV, Civilko MA, Kareva MA, et al. [Features of the syndrome of anorexia nervosa in schizophrenia]. *Zhurnal nevropatologii i psichiatrii im. S.S. Korsakova*. 1975;12:1870-1874. Russian.
27. Mikołajczyk E, Samochowiec J. Cechy osobowości u pacjentek z zaburzeniami odżywiania. *Psychiatria*. 2004;1(2):91-95.
28. Artemeva MS, Vasil'ev NG. [Comorbidity of anorexia nervosa]. *Zdorov'e i obrazovanie v XXI veke. Ser. Meditsina*. 2012;14(1):90-91. Russian.
29. Marilov VV, Sologub MB. [Anorexia nervosa in a patient with type 1 diabetes mellitus]. *Zhurnal nevrologii i psichiatrii*. 2014;3:82-86. Russian.
30. Sullivan PF, Bulik CM, Fear JL, et al. Outcome of anorexia nervosa: a case-control study. *Am. J. Psychiatry*. 1998;155(7):939-946. DOI: <https://doi.org/10.1176/ajp.155.7.939>
31. Wentz E, Gillberg IC, Anckarsäter H, et al. Adolescent-onset anorexia nervosa: 18-year outcome. *Br. J. Psychiatry*. 2009;194(2):168-174. DOI: <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.107.048686>
32. Godart NT, Flament MF, Perdereau F, et al. Comorbidity between eating disorders and anxiety disorders: a review. *Int. J. Eat. Disord*. 2002;32(3):253-270. DOI: <https://doi.org/10.1002/eat.10096>
33. Solodkov PV, Bryukhin AE, Artem'eva MS. [Variants of sexual behavior disorders in anorexia nervosa]. *Zdorov'e i obrazovanie v XXI veke*. 2010;12(5):241. Russian.
34. Knjazevich OE. [Clinico-dynamic features of hypochondriacal disorders in patients with anorexia nervosa] [dissertation]. Moscow; 2005. Russian.
35. Artemeva MS, Arsenev AR. [Pathology of volitional activity in anorexia nervosa]. *Vestnik RUDN. Ser. Meditsina*. 2010;4:530-532. Russian.
36. Le Grange D, Lock J, Accurso EC, et al. Relapse from remission at two- to four-year follow-up in two treatments for adolescent anorexia nervosa. *J. Am. Acad. Child. Adolesc. Psychiatry*. 2014;53(11):1162-1167. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2014.07.014>
37. Rigaud D, Pennacchio H, Bizeul C, et al. Outcome in AN adult patients: a 13-year follow-up in 484 patients. *Diabetes Metab*. 2011;37(4):305-311. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.diabet.2010.11.020>
38. Stupak R, Bochaver AA. [Socio-psychological mechanisms and cultural-historical background of anorexia]. *Psikhologicheskij zhurnal*. 2014;35(2):83-90. Russian.
39. Kelina MJu, Meshkova TA. [Alexitimia and its relationship with food plants in the non-clinical population of adolescent girls and adolescents]. *Klinicheskaja i special'naja psihologija: jelektronnyj zhurnal [Internet]*. 2012 [cited 2018 Feb 23];2. Available from: <http://docplayer.ru/51010772-Aleksitimiya-i-ee-svyaz-s-pishchevymi-ustanovkami-v-neklinicheskoy-populyacii-devushek-podrostkovogo-i-yunosheskogo-vozrasta.html>. Russian.
40. Fedorova AA. [Anorexia as a social problem of modern society]. *Rossiyskaya nauka i obrazovanie segodnya: problemy i perspektivy*. 2015;4(7):87-92. Russian.
41. Nikolaeva NO. [History and current status of studies of eating disorders: cultural and psychological aspects]. *Klinicheskaja i special'naja psihologija [Internet]*. 2012 [cited 2018 Feb 23];1. Available from: [http://psyjournals.ru/files/49969/psyclin\\_2012\\_1\\_Nikolaeva\\_N.pdf](http://psyjournals.ru/files/49969/psyclin_2012_1_Nikolaeva_N.pdf). Russian.
42. Davis C, Claridge G, Fox J. Not just a pretty face: physical attractiveness and perfectionism in the risk for eating disorders. *Int. J. Eat. Disord*. 2000;27(1):67-73. DOI: [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1098-108X\(200001\)27:1<67::AID-EAT7>3.0.CO;2-F](https://doi.org/10.1002/(SICI)1098-108X(200001)27:1<67::AID-EAT7>3.0.CO;2-F)
43. [International Classification of Diseases (10th revision). Classification of mental and behavioral disorders. Clinical descriptions and guidelines for diagnosis]. Nullera YuL, Cirкина SYu, editors. St. Petersburg: Overlayd; 1994. 300 p. Russian.
44. Artem'eva MS, Suleimanov RA. [Social and legal aspects of the treatment of anorexia nervosa and bulimia nervosa]. *Vestnik RUDN. Ser. Meditsina*. 2009;4:623-625. Russian.
45. Zubovich AI, Kuz'micheva ON, Stroko-va TV, et al. [Anorexia nervosa in children and adolescents: topical issues of diagnosis and treatment]. *Mezhdunarodnyj zhurnal pediatrii, akusherstva i ginekologii*. 2013;3(3):75-84. Russian.
46. Portnova AA, Usacheva EL, Serebrovskaya OV, et al. [Features of the organization of psychiatric care for adolescents with anorexia nervosa]. *Doktor. Ru*. 2015;5-6(106-107):60-62. Russian.
47. Kazakova SE. [Nosological affiliation of anorexia nervosa]. *Psichiatrija, nevrologiya ta medichna psihologija*. 2014;1(1(1)):16-19. Russian.

48. Harrington BC, Jimerson M, Haxton C, et al. Initial evaluation, diagnosis, and treatment of anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Am. Fam. Physician.* 2015;91(1):46-52.

49. Demeshkina LV, Serdyuchenko ON, Ptushkina DA, et al. [Anorexia nervosa: review and clinical case]. *Gastroenterologiya.* 2015;57(3): 59-65. Russian.

50. Steinhausen HC. Outcome of eating disorders. *Child. Adolesc. Psychiatr. Clin. N. Am.* 2009;18(1):225-242.

51. Arcelus J, Mitchell AJ, Wales J, et al. Mortality rates in patients with anorexia nervosa and other eating disorders. A meta-analysis of 36 studies. *Arch. Gen. Psychiatry.* 2011;68(7):724-731. DOI: 10.1001/archgenpsychiatry.2011.74

52. Hay PJ, Cho K. A qualitative exploration of influences on the process of recovery from personal written accounts of people with anorexia nervosa. *Women Health.* 2013;53(7):730-740. DOI: <https://doi.org/10.1080/03630242.2013.821694>

53. Favaro A, Santonastaso P. Suicidality in eating disorders: clinical and psychological correlates. *Acta Psychiatr. Scand.* 1997;95(6):508-514. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1997.tb10139.x>

#### Информация об авторе

**Лилия Ивановна Захарова**, кандидат медицинских наук, доцент, кафедра психиатрии, ФГБОУ ВО «Курский государственный медицинский университет», E-mail: zaharova1@r46.ru.

#### Information about the author

**Liliya I. Zakharova**, Candidate of Medical Sciences, Associate Professor, Department of Psychiatry, Kursk State Medical University, E-mail: zaharova1@r46.ru.

Статья поступила в редакцию 21 августа 2018 г.  
Receipt date 2018 August 21.

Статья принята к публикации 7 декабря 2018 г.  
Accepted for publication 2018 December 7.