

Обзоры литературы

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2019

Познухова Е.В.¹, Мурашко А.А.², Куринова А.Н.³

РАССТРОЙСТВА ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ И БЕРЕМЕННОСТЬ: ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ

¹ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России, 119034, г. Москва, Россия;

²Московский научно-исследовательский институт психиатрии — филиал ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России, 107076, г. Москва, Россия;

³ФГБОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский университет), 119991, г. Москва, Россия

Для корреспонденции: Познухова Евгения Владимировна, ординатор 2 года обучения ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России, 119034, г. Москва, Россия;
e-mail: dr.poznukhova@gmail.com

В обзоре освещены особенности возникновения и протекания беременности у женщин с расстройствами пищевого поведения, возможные осложнения и тактика ведения таких пациенток акушером-гинекологом. Рассмотрены акушерские и гинекологические аспекты, ассоциированные с расстройствами пищевого поведения, такие как нарушение фертильности, незапланированная беременность, задержка внутриутробного развития плода, выкидыш и преждевременные роды, нарушения лактации и другие. Также описано влияние беременности на течение пищевых расстройств: возможность возникновения ремиссии данной патологии с последующим высоким риском развития рецидива и присоединения послеродовой депрессии и тревожных расстройств. Затронуты вопросы необходимости скрининга расстройств пищевого поведения среди женщин репродуктивного возраста и важности полипрофессионального ведения беременности у таких пациенток.

Ключевые слова: расстройства пищевого поведения; анорексия; булимия; беременность; обзор.

Для цитирования: Познухова Е.В., Мурашко А.А., Куринова А.Н. Расстройства пищевого поведения и беременность: обзор литературы. *Архив акушерства и гинекологии им. В.Ф. Снегирёва*. 2019; 6(3): 116-120.
DOI <http://dx.doi.org/10.18821/2313-8726-2019-6-3-116-120>

Poznukhova E.V.¹, Murashko A.A.², Kurinova A.N.³

EATING DISORDERS AND PREGNANCY: LITERATURE REVIEW

¹V. Serbskiy National Medical Research Centre for Psychiatry and Narcology, Moscow, 119034, Russian Federation;

²Moscow Research Institute of Psychiatry — the branch of V. Serbskiy National Medical Research Centre for Psychiatry and Narcology, Moscow, 107076, Russian Federation;

³I.M. Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University), 119991, Moscow, Russian Federation

This review highlights the features that affect fertility and pregnancy in women with eating disorders, possible complications and clinical management of such patients by an obstetrician-gynecologist. Such obstetric and gynecological aspects associated with eating disorders as fertility disorders, unplanned pregnancy, intrauterine growth retardation, miscarriage and premature labor, deficit of lactation and others are considered. We also describe the influence of pregnancy on the course of eating disorders: the possibility of remission, followed by a high risk of relapse, postpartum depression and anxiety disorders. Moreover, we talk about the necessity of screening eating disorders among women of reproductive age and the importance of multidisciplinary management of pregnancy in such patients.

Keywords: eating disorders; anorexia; bulimia; pregnancy; review.

For citation: Poznukhova E.V., Murashko A.A., Kurinova A.N. Eating disorders and pregnancy: literature review. *V.F. Snegirev Archives of Obstetrics and Gynecology, Russian journal*. 2019; 6 (3): 116-120. (in Russ.).
DOI: <http://dx.doi.org/10.18821/2313-8726-2019-6-3-116-120>.

For correspondence: Evgeniya V. Poznukhova, 2nd year resident of V. Serbsky National Medical Research Centre for Psychiatry and Narcology, Moscow, 119034, Russian Federation; e-mail: dr.poznukhova@gmail.com

Information about authors:

Poznukhova E.V.: <http://orcid.org/0000-0001-9527-8010>

Murashko A.A.: <http://orcid.org/0000-0002-7063-9681>

Kurinova A.N.: no information.

Conflict of interest. The authors declare no conflict of interest.

Acknowledgment. The study had no sponsorship.

Received 30.06.2019

Accepted 11.07.2019

Введение

Расстройства пищевого поведения (РПП), такие как нервная анорексия, нервная булимия, психогенное переедание и другие расстройства приёма пищи, распространены среди женщин репродуктивного возраста. Они относятся к наиболее часто встречающимся психическим расстройствам у молодых женщин наряду с аффективными нарушениями и тревожными расстройствами [1]. Так как возрастной диапазон женщин, страдающих расстройствами пищевого поведения, совпадает с возрастным диапазоном репродуктивного функционирования, указанные расстройства имеют огромное влияние на возникновение, течение беременности и послеродовой период. По статистике, до 7,5% всех беременных женщин страдают расстройством пищевого поведения, из чего можно сделать вывод, что каждый врач акушер-гинеколог сталкивается с данной патологией в своей клинической практике [2].

К РПП согласно современной классификации МКБ-10 относятся нервная анорексия, нервная булимия, психогенное переедание, психогенная рвота и другие расстройства приёма пищи. Нервная анорексия характеризуется преднамеренным снижением веса, патологической боязнью ожирения, вторичными эндокринными и обменными нарушениями. Нервная булимия проявляется приступами переедания на фоне выраженного беспокойства по поводу контроля массы тела, что сопровождается «очистительным» поведением в виде вызывания рвоты, приёма слабительных средств и диуретиков, что влечёт за собой нарушения электролитного баланса и соматические осложнения.

Влияние расстройств пищевого поведения на фертильность

Одним из наиболее распространённых осложнений при расстройствах пищевого поведения является нарушение менструального цикла [3]. Причина этого кроется в нарушении гипоталамо-гипофизарно-гонадной оси гормональной регуляции. При РПП происходит нарушение высвобождения гонадотропин-рилизинг-гормона в гипоталамусе, что приводит к уменьшению или прекращению образования фолликулостимулирующего и лютеинизирующего гормонов гипофиза, которые необходимы для продукции эстрогена яичниками [4]. По данным исследований, аменорея выявляется у большинства (до 77%) женщин с нервной анорексией и так же распространена (до 35%) у пациенток с нервной булимией [5]. У пациенток, страдающих психогенным перееданием, нарушения менструального цикла, такие как аменорея и олигоменорея, отмечаются чаще, чем у женщин без расстройств пищевого поведения [5]. Главными предикторами аменореи у женщин с расстройствами пищевого поведения являются низкий индекс массы тела, низкая калорийность рациона питания и повышенная физическая активность [6].

В нормализации менструального цикла при нервной анорексии большую роль играет восстановление

массы тела, однако аменорея может персистировать и после набора достаточной массы тела [7]. Данные по поводу того, какую массу необходимо набрать для восстановления менструального цикла, разнятся: некоторые эксперты полагают, что необходимо достичь 90% от идеальной массы тела, другие рекомендуют достичь массы, при которой менструации прекратились [7, 8].

Предпринимались попытки лечения аменореи у пациенток с расстройствами пищевого поведения эстрогенсодержащими препаратами, такими как оральные контрацептивы, в частности с целью избежать отрицательного влияния на плотность костной ткани. Исследования показали, что эстрогензамещающая терапия не является предпочтительной в данном случае и не ведёт к повышению плотности костной ткани, если пациентка при этом не набирает массу тела [9, 10]. Приём оральных контрацептивов лишь маскирует аменорею, которая является важным симптомом для выявления нервной анорексии [10].

Частая причина нарушений менструального цикла у пациенток с нервной булимией — синдром поликистозных яичников (СПКЯ). Согласно литературным данным, СПКЯ выявляется у 75% пациенток с нервной булимией [11]. Высока распространённость нервной булимии среди женщин с гирсутизмом, у которых при этом чаще выявляются другие коморбидные психические расстройства (депрессия, невротические расстройства, социальная фобия, генерализованное тревожное расстройство, посттравматическое стрессовое расстройство, обсессивно-компульсивный синдром), а также низкая самооценка и нарушение социальной адаптации [12]. При выявлении СПКЯ применение метформина и контроль питания оказывают благоприятное влияние на нормализацию менструального цикла [13]. Интересно, что у дочерей женщин с нервной булимией в анамнезе выявлено снижение отношения длины второго пальца руки к четвёртому, что ассоциировано с высоким уровнем фетального тестостерона по отношению к фетальному эстрадиолу и демонстрирует, что дети в данном случае были подвержены высокой тестостероновой экспозиции [14]. Это может указывать на общие механизмы действия андрогенов при нервной булимии, СПКЯ, нарушениях менструального цикла и бесплодии.

Так как, несмотря на нарушение менструального цикла, овуляция может произойти, наступление беременности у пациенток с расстройствами пищевого поведения возможно [15]. Однако часто женщины рассматривают аменорею как фактор, исключающий возможность наступления беременности. В связи с этим женщины с расстройствами пищевого поведения находятся в группе высокого риска по незапланированной беременности, что подтверждается когортными исследованиями [16]. Не знающая о своей беременности женщина может не уделять должного внимания своему состоянию, что может повлечь за собой вред её собственному здоровью и здоровью плода, поэтому вопросы предотвращения нежелательной беременности

и контрацепции в данной группе пациенток особенно актуальны.

Влияние расстройств пищевого поведения на течение беременности

У беременных женщин в активной фазе расстройств пищевого поведения более высок риск выкидыша [17], задержки внутриутробного развития плода [18], рождения ребёнка с низкой массой тела [19], с маленькой окружностью головы [20], микроцефалией [21]. Также таким пациенткам чаще необходимо проведение кесарева сечения [22]. Согласно некоторым исследованиям перинатальная смертность в группе женщин с РПП выше, чем в группе здоровых [23]. У пациенток с нервной анорексией высок риск развития железодефицитной анемии [23]. Этиология анемии мультифакториальна, и одним из аспектов является недостаток фолатов, витаминов B₁₂ и A в рационе [24].

Однако многие исследования показывают, что риск возникновения таких осложнений беременности, как гестационный сахарный диабет, гестационная артериальная гипертензия, преэклампсия, тазовое предлежание, послеродовое кровотечение, у пациенток с анорексией значительно не отличается от такового в общей популяции [17, 25, 26].

В некоторых исследованиях сообщают о повышении риска развития токсикоза беременных при нервной булимии, однако распространённость токсикоза среди женщин с РПП не превышает таковую в группе здоровых женщин [21].

Как было отмечено ранее, нервная булимия ассоциирована с СПКЯ. Учитывая тот факт, что примерно у 50–70% женщин с СПКЯ выявляется инсулинорезистентность, пациентки с нервной булимией находятся в группе риска по развитию гестационного сахарного диабета [27].

В послеродовом периоде женщины, страдающие РПП, сталкиваются со сложностями в процессе грудного вскармливания, характерны гипогалактия, преждевременное прекращение лактации [28]. Они также имеют большую тенденцию к проявлению нарушения взаимодействия с новорождёнными по сравнению с женщинами в общей популяции [29]. Согласно исследованиям, у женщин с РПП в анамнезе чаще встречаются депрессивные и тревожные симптомы, как в процессе беременности, так и в послеродовом периоде, чем у женщин без данной патологии [30, 31]. Наличие в анамнезе беременной с РПП депрессивных симптомов говорит о высоком риске развития у пациентки послеродовой депрессии [30]. В исследованиях также указывается на то, что послеродовая депрессия у матери ассоциирована с самыми серьёзными нарушениями когнитивного и эмоционального развития детей и их поведенческих особенностей [32].

Влияние беременности на течение расстройств пищевого поведения

Исследования показывают, что во время беременности часто отмечается ремиссия расстройств пищевого

поведения, таких как нервная анорексия, нервная булимия [2, 17, 28]. Достигается увеличение массы тела, уменьшается недовольство пациентки собственным внешним видом, прекращаются «очистительные» поведенческие феномены, такие как рвота, применение слабительных средств и диуретиков, чрезмерные физические нагрузки. Однако вышеописанные проявления в течение беременности у таких пациенток всё же встречаются чаще, чем у женщин, не страдающих расстройствами пищевого поведения [17]. Факторы, влияющие на ремиссию расстройств пищевого поведения при беременности, можно разделить на 3 группы: психологические, социальные и биологические. Психологически женщина меняет отношение к восприятию своего собственного тела, допускает возможность увеличения массы тела вследствие беременности. В социальном плане женщина получает поддержку во время беременности от семьи, друзей, работников медицинской сферы. Биологический фактор заключается в том, что нейроэндокринные изменения в период беременности, такие как увеличение выработки дегидроэпандростерона, который может нейтрализовать нежелательные эффекты кортизола при нервной анорексии, могут оказывать благоприятное воздействие на возможность достижения ремиссии [34]. К сожалению, ремиссия во время беременности недостаточно стойкая, и в послеродовом периоде высок риск развития рецидива или обострения симптоматики [17, 21]. В то время как для ремиссии нервной анорексии и нервной булимии беременность можно рассматривать как благоприятный фактор, течение психогенного переедания она может усугубить [33].

Женщины с нервной анорексией во время беременности набирают массу быстрее и больше, чем женщины в общей популяции, что подтверждается когортными исследованиями [25, 26]. Рекомендуемый набор массы во время беременности для женщин с индексом массы тела меньше 18,5 кг/м² — 12,7–18 кг, тогда как набор массы для женщин с нормальным индексом массы тела составляет 11,5–16 кг [35]. В процессе восстановления питания у беременных женщин с анорексией рекомендуется применять обычные схемы питания пациенток с данной патологией с учётом индивидуальных особенностей и изначальной массы тела [36]. Также необходимо отслеживать достаточное поступление необходимых питательных микро- и макроэлементов. К примеру, все женщины, включая женщин с расстройствами пищевого поведения, должны дополнять свой обычный рацион 21 г белка в день в течение беременности, достаточным количеством витаминов и минералов [36]. Однако в исследованиях не обнаружено значительного дефицита питательных веществ, витаминов и минералов у беременных женщин с нервной анорексией или нервной булимией по сравнению с женщинами, не страдающими РПП [26]. Пациентки с нервной анорексией в среднем вдвое превышают потребление кофеина по сравнению с женщи-

нами без расстройств пищевого поведения, потребляя более 2500 мг кофеина в неделю, что намного больше рекомендуемых 200 мг в день [37, 38]. Чрезмерное потребление кофеина может вызывать спонтанный выкидыш, преждевременные роды и задержку внутриутробного развития плода [38]. Также среди беременных с РПП распространено курение, что усугубляет риски возникновения осложнений, описанных выше [25].

Таким образом, беременность может выступать как критический период в жизни пациентки с расстройствами пищевого поведения, в котором она наиболее подвержена различным триггерным стрессовым факторам, либо наоборот, выступать как возможность достижения ремиссии под воздействием благоприятных изменений организма и повышения мотивации.

Ведение беременности у пациенток с РПП

Несмотря на то что врачи разных специальностей обращают внимание на массу тела и индекс массы тела пациенток, их пищевые привычки и уровень физической нагрузки, специфичные для пищевых расстройств симптомы, такие как чрезмерная озабоченность фигурой, переедание, специфическое компенсаторное «очистительное» поведение, часто остаются невыявленными [39]. Консультации у врача акушера-гинеколога при планировании или во время беременности могут быть хорошей возможностью для скрининга РПП. Рекомендуется более глубокое обследование на наличие РПП у пациенток с низкой массой тела, пациенток, озабоченных наличием у них лишнего веса, при этом объективно его не имеющих, пациенток с нарушениями менструального цикла, с признаками голодания, повторяющейся рвоты или другими расстройствами пищеварительной системы, с психологическими проблемами [28]. При возможности женщинам с РПП следует рекомендовать отложить планирование беременности до тех пор, пока не будет достигнута ремиссия [28]. Следует учитывать, что пациентки с РПП могут принимать различные лекарственные вещества с анорексигенным эффектом, слабительные средства, вещества, подавляющие аппетит, диуретики, которые могут повлиять на течение беременности. С целью своевременного выявления обострения заболевания необходим мониторинг тяжести пищевого расстройства, регулярное измерение массы тела пациентки [40]. Ведение беременности у таких пациенток требует совместных усилий мультипрофессиональной команды врачей, включающей акушера-гинеколога, психиатра, терапевта, диетолога, психотерапевта и врачей других специальностей [41]. Необходимо проводить с пациентками образовательную работу относительно правильного питания, влияния питания на течение беременности, рост и развитие плода, течение родов, послеродового периода и возможность возникновения осложнений на протяжении всей беременности.

Заключение

РПП — не редкость у женщин репродуктивного возраста. У женщины с РПП может быть нарушен менструальный цикл, она может быть уверена в невозможности наступления беременности и пренебрегать контрацепцией, что увеличивает риск незапланированной беременности. Такие пациентки более подвержены рискам развития осложнений при беременности, что приводит к негативному влиянию на плод. Во время беременности симптоматика расстройств пищевого поведения имеет тенденцию к регрессу, может быть достигнута нестойкая ремиссия с риском обострения симптоматики в послеродовом периоде. У женщин с РПП чаще возникает послеродовая депрессия и тревожные расстройства. Они часто сталкиваются также с проблемами в процессе лактации и в коммуникации с новорожденными. С целью предотвращения возможных осложнений необходим мультидисциплинарный подход с привлечением акушеров-гинекологов, диетологов, психиатров, психотерапевтов и врачей других специальностей.

Финансирование. Исследование не имело спонсорской поддержки.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Keski-Rahkonen A., Mustelin L. Epidemiology of eating disorders in Europe: Prevalence, incidence, comorbidity, course, consequences, and risk factors. *Curr. Opin. Psychiatry*. 2016; 29: 340-5.
2. Easter A., Bye A., Taborrelli E., Corfield F., Schmidt U., Treasure J., Micali N. Recognising the symptoms: how common are eating disorders in pregnancy? *Eur. Eat. Disord. Rev.* 2013; 21(4): 340-4.
3. Wiksten-Almstromer M., Hirschberg A.L., Hagenfeldt K. Menstrual disorders and associated factors among adolescent girls visiting a youth clinic. *Acta Obstet. Gynecol. Scand.* 2007; 86: 65-72.
4. Hill J.W., Elmquist J.K., Elias C.F. Hypothalamic pathways linking energy balance and reproduction. *Am. J. Physiol. Endocrinol. Metab.* 2008; 294: E827-32.
5. Poyastro Pinheiro A., Thornton L.M., Plotonicev K.H., Tozzi F., Klump K.L., Berrettini W.H. et al. Patterns of menstrual disturbance in eating disorders. *Int. J. Eating Disorder*. 2007; 40: 424-34.
6. Abraham S.F., Pettigrew B., Boyd C., Russell J., Taylor A. Usefulness of amenorrhoea in the diagnoses of eating disorder patients. *J. Psychosomatic Obstet. Gynaecol.* 2005; 26: 211-5.
7. Mehler P.S., Krantz M.J., Sachs K.V. Treatments of medical complications of anorexia nervosa and bulimia nervosa. *J. Eating Disord.* 2015; 3:15.
8. Faust J.P., Goldschmidt A.B., Anderson K.E., Glunz C., Brown M., Loeb K.L. et al. Resumption of menses in anorexia nervosa during a course of family-based treatment. *J. Eating Disord.* 2013; 1: 12.
9. Strokosch G.R., Friedman A.J., Wu S.C., Kamin M. Effects of an oral contraceptive (norgestimate/ethinyl estradiol) on bone mineral density in adolescent females with anorexia nervosa: a double-blind, placebo-controlled study. *J. Adolesc. Health*. 2006; 39: 819-27.
10. Bergstrom I., Crisby M., Engstrom A.M., Holcke M., Fored M., Jakobsson Kruse P. et al. Women with anorexia nervosa should not be treated with estrogen or birth control pills in a bone-sparing effect. *Acta Obstet. Gynecol. Scand.* 2013; 92: 877-80.
11. McCluskey S.E., Lacey J.H., Pearce J.M. Binge-eating and polycystic ovaries. *Lancet*. 1992; 340: 723.
12. Morgan J., Scholtz S., Lacey H., Conway G. The prevalence of eating disorders in women with facial hirsutism: An epidemiological cohort study. *Int. J. Eat. Disord.* 2008; 41: 427-31.
13. Glueck C.J., Aregawi D., Winiarska M., Agloria M., Luo G., Sieve L. et al. Metformin-diet ameliorates coronary heart disease risk factors and facilitates resumption of regular menses in adolescents with polycystic ovary syndrome. *J. Pediatr. Endocrinol. Metab.* 2006; 19: 831-42.

14. Kothari R., Gafton J., Treasure J., Micali N. 2D:4D ratio in children at familial high-risk for eating disorders: The role of prenatal testosterone exposure. *Am. J. Hum. Biol. Off. J. Hum. Biol. Council.* 2014; 26:176-82.
15. Wohl M.L., Gur E. Pregnancy in anorexia nervosa—an oxymoron that has become reality. *Harefuah.* 2015;154(7): 456-9.
16. Micali N., dos-Santos-Silva I., De Stavola B., Steenweg-de Graaff J., Jaddoe V., Hofman A. et al. Fertility treatment, twin births, and unplanned pregnancies in women with eating disorders: findings from a population-based birth cohort. *Br. J. Obstet. Gynaecol.* 2014;121(4): 408-16.
17. Micali N., Simonoff E., Treasure J. Risk of major adverse perinatal outcomes in women with eating disorders. *Br. J. Psychiatry.* 2007; 190(3): 255-9.
18. Eagles J.M., Lee A.J., Raja E.A., Millar H.R., Bhattacharya S. Pregnancy outcomes of women with and without a history of anorexia nervosa. *Psychol. Med.* 2012; 42(12): 2651-60.
19. Solmi F., Sallis H., Stahl D., Treasure J., Micali N. Low birth weight in the offspring of women with anorexia nervosa. *Epidemiol. Rev.* 2014; 36: 49-56.
20. Koubaa S., Hällström T., Hagenäs L., Hirschberg A.L. Retarded head growth and neurocognitive development in infants of mothers with a history of eating disorders: longitudinal cohort study. *Br. J. Obstet. Gynaecol.* 2013;120(11): 1413-22.
21. Kouba S., Hallstrom T., Lindholm C., Hirschberg A.L. Pregnancy and neonatal outcomes in women with eating disorders. *Obstet. Gynecol.* 2005;105: 255-60.
22. Mitchell-Gielegheem A., Mittelstaedt M.E., Bulik C.M. Eating disorders and childbearing: concealment and consequences. *Birth.* 2002; 29:182-91.
23. Linna M.S., Raevuori A., Haukka J., Suvisaari J.M., Suokas J.T., Gissler M. Pregnancy, obstetric, and perinatal health outcomes in eating disorders. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 2014; 211(4): 392.e1-8.
24. Scholl T.O. Maternal iron status: Relation to fetal growth, length of gestation, and iron endowment of the neonate. *Nutr. Rev.* 2011; 69: S23-S29.
25. Bulik C.M., Von Holle A., Siega-Riz A.M., Torgersen L., Lie K.K., Hamer R.M. et al. Birth outcomes in women with eating disorders in the Norwegian Mother and Child cohort study (MoBa). *Int. J. Eat. Disord.* 2009; 42: 9-18.
26. Micali N., De Stavola B., dos-Santos-Silva I., Steenweg-de Graaff J., Jansen P.W., Jaddoe V.W. et al. Perinatal outcomes and gestational weight gain in women with eating disorders: A population-based cohort study. *BJOG: Int. J. Obstet. Gynaecol.* 2012; 119 (12): 1493-502.
27. Sirmans S.M., Pate K.A. Epidemiology, diagnosis, and management of polycystic ovary syndrome. *Clin. Epidemiol.* 2013; 6: 1-13.
28. Ward V.B. Eating disorders in pregnancy. *Br. Med. J.* 2008; 336: 93-6.
29. Franko D.L., Blais M.A., Becker A.E., Delinsky S.S., Greenwood D.N., Flores A.T. et al. Pregnancy complications and neonatal outcomes in women with eating disorders. *Am. J. Psychiatry.* 2001; 158(9): 1461-6.
30. Mazzeo S.E., Slop-Op't Landt M.C., Jones I., Mitchell K., Kendler K.S., Neale M.C. et al. Associations among postpartum depression, eating disorders, and perfectionism in a population-based sample of adult women. *Int. J. Eat. Disord.* 2006; 39: 202-11.
31. Micali N., Simonoff E., Treasure J. Pregnancy and post-partum depression and anxiety in a longitudinal general population cohort: The effect of eating disorders and past depression. *J. Affect. Disord.* 2011; 131: 150-7.
32. Goodman S.H., Rouse M.H., Connell A.M., Broth M.R., Hall C.M., Heyward D. Maternal depression and child psychopathology: a meta-analytic review. *Clin. Child Family Psychol. Review.* 2011;14: 1-27.
33. Watson H.J., Von Holle A., Hamer R.M., Knoph Berg C., Torgersen L., Magnus P. et al. Remission, continuation and incidence of eating disorders during early pregnancy: A validation study in a population-based birth cohort. *Psychol. Med.* 2013; 43: 1723-34.
34. Madsen I.R., Horder K., Stoving R.K. Remission of eating disorder during pregnancy: Five cases and brief clinical review. *J. Psychosomatic Obstet. Gynaecol.* 2009; 30: 122-6.
35. Council IoMaNR. *Leveraging Action to Support Dissemination of Pregnancy Weight Gain Guidelines: Workshop Summary.* Washington, DC: The National Academies Press; 2013.
36. Medicine IO. *DRI Dietary Reference Intakes for Energy, Carbohydrates, Fiber, Fat, Protein and Amino Acids (Macronutrients).* Washington, DC: National Academy Press; 2002.
37. ACOG Committee. Opinion No. 462: Moderate caffeine consumption during pregnancy. *Obstet. Gynecol.* 2010; 116(2, Part 1): 467-8.
38. Chen L.W., Wu Y., Neelakantan N., Chong M.F., Pan A., van Dam R.M. Maternal caffeine intake during pregnancy and risk of pregnancy loss: A categorical and dose-response meta-analysis of prospective studies. *Public Health Nutr.* 2016; 19: 1233-44.
39. Leddy M.A., Jones C., Morgan M.A., Schulkin J. Eating disorders and obstetric-gynecologic care. *J. Women's Health.* 2009; 18: 1395-401.
40. Andersen A.E., Ryan G.L. Eating disorders in the obstetric and gynecologic patient population. *Obstet. Gynecol.* 2009; 114(6):1353-67.
41. Berkman N.D., Bulik C.M., Brownley K.A., Lohr K.N., Sedway J.A., Rooks A. et al. Management of eating disorders. *Evid. Rep. Technol. Assess. (Full Rep.)* 2006; (135): 1-166.

Поступила 30.06.2019

Принята к печати 11.07.2019