

DOI: <https://doi.org/10.17816/aog623869>

Нервная анорексия: новый взгляд на старую проблему

Е.А. Соснова, Р.А. Саркисян, Э.Р. Ахметгаряев, Е.А. Свидинская, М.Б. Агеев

Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова, Москва, Россия

АННОТАЦИЯ

В России, по данным Росстата, в 2015 г. примерно 2,5% подростков страдало анорексией, в Москве в 2015 г. анорексией страдало не менее 5% молодых женщин, но большинство специалистов считают, что истинные показатели намного выше, так как фиксируются только запущенные случаи. Актуальность проблемы нервной анорексии связана с потенциальной угрозой жизни пациентов, нарушением пищевого поведения, сопутствующими психическими заболеваниями и в целом ухудшением психического статуса больного. Несмотря на кажущуюся простоту постановки диагноза, к врачу чаще обращаются пациентки с запущенными стадиями, требующими длительной терапии.

Лечение анорексии требует комплексного подхода, включающего психофармакотерапию, психологическое воздействие, диетотерапию, терапию соматической патологии и сопутствующих осложнений. Важно, чтобы все эти аспекты лечения проводились одновременно. Ключевой момент в достижении успеха — постоянный контроль терапии психиатром. В результате нарушения питания пациента идёт ухудшение общего соматического состояния здоровья, вследствие чего конкретно у девушек происходят нарушения менструального цикла, осложнения, связанные с зачатием и вынашиванием плода, тяжело проходящей беременностью. В связи с этим особенно важно рассмотреть данное заболевание с точки зрения психиатрии, акушерства, и гинекологии.

Ключевые слова: нервная анорексия; расстройство пищевого поведения; аменорея; олигоменорея.

Как цитировать:

Соснова Е.А., Саркисян Р.А., Ахметгаряев Э.Р., Свидинская Е.А., Агеев М.Б. Нервная анорексия: новый взгляд на старую проблему // Архив акушерства и гинекологии им. В.Ф. Снегирёва. 2024. Т. 11, № 2. С. 105–113. doi: <https://doi.org/10.17816/aog623869>

DOI: <https://doi.org/10.17816/aog623869>

Anorexia nervosa: a new look at an old problem

Elena A. Sosnova, Rafael' A. Sarkisyan, Emil' R. Akhmetgaryaev,
Evgeniya A. Svidinskaya, Mikhail B. Ageev

I.M. Sechenov First Moscow State Medical University, Moscow, Russia

ABSTRACT

In Russia, according to Rosstat, approximately 2.5% of adolescents suffer from anorexia. In Moscow, according to 2015 data, at least 5% of young women suffered from anorexia; however, most experts believe that the true figures are much higher because only advanced cases are documented. The relevance of the problem of anorexia nervosa is associated with its potential threat to the lives of patients, eating disorders, concomitant mental diseases, and, in general, the deterioration of mental status. Despite the apparent simplicity of diagnosis, patients with advanced stages of anorexia nervosa that require long-term therapy are more likely to seek a doctor's help. Anorexia requires a comprehensive treatment approach, including psychopharmacotherapy, psychological influence, diet therapy, therapy of somatic pathology, and concomitant complications. All these aspects of treatment must be implemented simultaneously. The key to success is the constant monitoring of therapy by a psychiatrist. Malnutrition will result in the deterioration of general health, particularly in girls with menstrual disorders, complications associated with conception and gestation, and a difficult pregnancy. Thus, this condition must be considered from the point of view of psychiatry, obstetrics, and gynecology.

Keywords: anorexia nervosa; eating disorder; amenorrhea; oligomenorrhea.

To cite this article:

Sosnova EA, Sarkisyan RA, Akhmetgaryaev ER, Svidinskaya EA, Ageev MB. Anorexia nervosa: a new look at an old problem. *V.F. Snegirev Archives of Obstetrics and Gynecology*. 2024;11(2):105–113. doi: <https://doi.org/10.17816/aog623869>

Received: 26.11.2023

Accepted: 31.01.2024

Published online: 04.06.2024

DOI: <https://doi.org/10.17816/aog623869>

神经性厌食症：看待老问题的新视角

Elena A. Sosnova, Rafael' A. Sarkisyan, Emil' R. Akhmetgaryaev,
Evgeniya A. Svidinskaya, Mikhail B. Ageev

I.M. Sechenov First Moscow State Medical University, Moscow, Russia

摘要

根据俄罗斯国家统计局的数据，2015年俄罗斯约有2.5%的青少年患有厌食症。在莫斯科，2015年至少有5%的年轻女性患有厌食症，但大多数专家认为真实数字要高得多，因为只有未能及时医治的病例才会被记录在案。神经性厌食症问题的紧迫性与患者的生命受到潜在威胁、饮食行为紊乱、伴随的精神疾病以及患者的精神状态普遍恶化有关。尽管表面上看诊断似乎很简单，但需要长期治疗的晚期患者更有可能求助于医生。

厌食症的治疗需要采取综合方法，包括精神药物治疗、心理影响、饮食疗法、躯体病理和相关并发症的治疗。重要的是，所有这些方面的治疗必须同时进行。成功的关键在于心理医生对治疗的持续监控。由于患者营养失调，全身健康状况恶化，导致月经失调、与受孕和怀孕有关的并发症以及难产。因此，从精神病学、妇产科学的角度考虑这种疾病尤为重要。

关键词：神经性厌食症；饮食失调；闭经；月经过少。

引用本文：

Sosnova EA, Sarkisyan RA, Akhmetgaryaev ER, Svidinskaya EA, Ageev MB. 神经性厌食症：看待老问题的新视角 *V.F. Snegirev Archives of Obstetrics and Gynecology*. 2024;11(2):105–113. doi: <https://doi.org/10.17816/aog623869>

收到：26.11.2023

接受：31.01.2024

发布日期：04.06.2024

Нервная анорексия (НА) в соответствии с МКБ-10 (F50.0) — это расстройство пищевого поведения, характеризующееся преднамеренным снижением массы тела, вызываемым и/или поддерживаемым самим пациентом [1]. Согласно данным Росстата, распространённость НА в популяции составляет 1,2% среди женщин и 0,29% среди мужчин. За последние 50 лет заболеваемость анорексией растёт только среди женщин в возрасте от 15 до 24 лет. Среди других возрастных групп и среди мужчин уровень заболеваемости анорексией остаётся стабильным.

Актуальность проблемы НА связана с потенциальной угрозой жизни пациентов, нарушением пищевого поведения, сопутствующими психическими заболеваниями и в целом ухудшением психического статуса больного. В результате нарушения питания пациента в организме происходят негативные изменения соматического статуса, у девушек нарушается менструальный цикл, возникают осложнения, связанные с зачатием и вынашиванием плода, тяжело проходящей беременностью. В связи с этим особенно важно рассмотреть данное заболевание с точки зрения и психиатрии, и акушерства, и гинекологии [2–3].

В популяции данное заболевание встречается с частотой от 0,3 до 5% как у женщин, так и у мужчин. В год уровень заболеваемости колеблется в пределах 5–8 заболевших на 100 000 человек. Летальность при данном заболевании составляет 18%. Стоит отметить, что каждый пятый летальный исход вызван суицидом [2]. Согласно данным статистики США, приводимым в «Актуальных вопросах статистики анорексии», 90–95% всех страдающих НА — это лица женского пола; у 5–10% из них заболевание заканчивается летальным исходом [3–4].

Что касается обращений пациентов с НА к психиатрам и акушерам-гинекологам, то обычно пациенты с симптомами НА ищут помощи больше у психиатров, поскольку это психическое расстройство, связанное с пищевым поведением, самооценкой и эмоциональным состоянием. Пациенты с НА обычно консультируются с психиатрами, если они испытывают следующие симптомы:

- избыточное ограничение пищевого рациона и отказ от пищи, что приводит к существенной потере веса;
- искажённое восприятие своей фигуры и внешности;
- озабоченность мыслями о пище, весе и пищевых практиках;
- проблемы с настроением, тревогой или депрессией.

С другой стороны, пациенты могут обращаться к врачам-гинекологам по разным причинам, связанным с их общим здоровьем или физиологическими аспектами, обусловленными НА:

- проблемы с кожей и волосами на фоне нарушения менструального цикла;
- нарушения менструального цикла, включая аменорею (отсутствие менструаций);
- затруднения в зачатии или осложнения течения беременности;
- вопросы о контрацепции или сексуальном здоровье.

Важно отметить, что врачи-психиатры и акушеры-гинекологи могут использовать «командный подход», чтобы обеспечить комплексное лечение и поддержку пациентов с НА [4].

ТЕОРИИ РАЗВИТИЯ

Дополнительно не известно, каковы причины развития НА, но исследователи полагают, что в этом задействовано множество факторов.

Генетические факторы

Не найдено специфического гена, но есть доказательства того, что генетическая предрасположенность имеет важную роль в развитии данного заболевания. Риск развития НА у людей, в чьих семьях ранее было диагностировано это заболевание, в 11 раз выше, чем у людей, в чьих семьях случаев НА не отмечено. Кроме того, наличие родственника с другим расстройством пищевого поведения также увеличивает риск [3–5].

Факторы развития

Неблагоприятное течение пренатального, перинатального и антенатального периодов увеличивает риск развития НА (недоношенность, задержка развития, трудности с грудным кормлением, плохой сон в младенчестве). На этапах взросления формируются личностные черты — развитие черт, связанных с тревогой, депрессией, перфекционизмом, аутистическим спектром, также повышает риски НА.

НА чаще всего развивается в подростковом возрасте, что позволяет предположить, что факторы, характерные для этого периода, могут подвергать людей риску развития данного заболевания. Подростковый возраст представляет собой период, когда в жизни человека происходит много изменений: биологических, психологических и социальных [4–6].

Гормональные изменения (изменения формы и массы тела) могут послужить стрессовым фактором, который провоцирует неудовлетворённость собой и снижение самооценки. Помимо этого, в виде стрессовых факторов могут выступать отношения с родителями, переход к взрослой жизни, романтические отношения [3–6].

Физиологические факторы

К таковым относятся вес, превышающий норму, раннее менархе, дисфункция нейромедиаторов, регулирующих пищевое поведение (дофамин, серотонин, норадреналин).

Психологические факторы

Некоторые психологические аспекты повышают риск развития НА у лиц с перфекционизмом, самодисциплинированностью, избеганием вреда, склонностью к самокритике. Люди с ограничивающим подтипом демонстрируют низкую импульсивность и гораздо чаще откладывают

вознаграждение, чем люди без этого заболевания. Негибкость когнитивной функции также свойственна этому заболеванию. Люди с обсессивно-компульсивным расстройством и обсессивно-компульсивными чертами также подвержены риску развития НА [6–9].

Факторы внешней среды и социум

К ним относятся проживание в индустриально развитом регионе с устойчивыми стандартами красоты, а именно с акцентами на стройной фигуре, поддержании оптимального веса в строгих рамках, соблюдении всевозможных диет. Из социальных факторов на развитие заболевания могут повлиять: насилие — как физическое, психологическое, так и сексуальное, смерть близких родственников и другие поворотные события в жизни [4–9].

ЭТАПЫ РАЗВИТИЯ НА

Первый этап — инициальный, также дисморфоманический, длится в среднем от 2 до 4 лет, чаще в детском возрасте. У больных может появиться кумир из фильмов, сериалов, мультфильмов, у которого стройная фигура. Соответственно уже с этого момента формируется сверхценная идея дисморфомании. Депрессивные компоненты менее выражены, но в дальнейшем развитии заболевания тесно связаны с успешностью коррекции внешности, проводимой больными. Сильное влияние на больного оказывает так называемый западный образ жизни — установленные привычки в еде, высокие стандарты формы и массы тела, которые достигаются активными занятиями спортом и строгими диетами.

Второй этап — анорексический. Началом служит активное желание и стремление изменить свою внешность похудением (на 20–25% от исходной массы). Как следствие, развиваются соматические и эндокринные нарушения, в частности олигоменорея, аменорея, бесплодие. Больные прибегают к всевозможным способам похудения. Чаще всего начинают с активных занятий спортом, не соответствующих начальной физической форме. Большие нагрузки больные сочетают с ограничением количества и калорийности пищи. На первых порах из рациона исключают богатую углеводами пищу, затем белки, а в дальнейшем рацион питания сужается до приёма только растительной пищи. Больные используют несколько способов похудения. Пассивный — интенсивное курение, употребление чёрного кофе, энергетических напитков, цикория вместо любой еды; приём медикаментозных средств (препаратов, снижающих аппетит, психостимуляторов, диуретиков, слабительных в больших дозах). Реже препаратов используются клизмы. Активный — рвотное поведение (больные после приёма пищи вызывают у себя рвоту, чтобы избавиться от съеденных калорий) [9–10].

Третий этап — кахектический, характеризующийся

астеническим синдромом с преобладанием адинамией и истощения. Больные утрачивают критику к своему состоянию, продолжая отказываться от еды, чтобы похудеть; выявляются навязчивые «сверхценные» идеи.

Летальность может достигать 20%, одной из её причин может быть самоубийство. Таким образом, прослеживаются связи между этапами развития заболевания и собственно выбором специалиста [1, 10]. На втором этапе, когда развиваются соматозэндокринные нарушения с проявлениями в виде аменореи, олигоменореи, больные обращаются за помощью к специалистам гинекологического профиля, так как не догадываются и не осознают серьёзности проблемы своего веса и состояния в целом.

На третьем этапе заболевания всё больше больных поступают в психиатрические клиники с синдромами психиатрического профиля (отсутствие критики, бредовые идеи, депрессия, тревожное расстройство, адинамия, суицидальные мысли и т. д.) [10].

Жалобы, заставляющие пациенток и их родственников обратиться к врачу, разнообразны: снижение веса более чем на 15% относительно возрастного показателя либо индекс массы тела до 17,5 (минимально допустимое значение), отсутствие прибавки массы тела в период полового созревания. Частые попытки больной осознанно вызвать рвоту, приём слабительных, мочегонных препаратов и/или средств, снижающих аппетит, и изнуряющие физические нагрузки с целью компенсировать съеденные калории ощутимо влияют на качество жизни и социальную активность пациентов. Искажённое восприятие собственного тела, веса, недовольство им (больного не удовлетворяют текущие значения массы тела, являющиеся, по его мнению, слишком высокими, он считает «толстым» всё тело в целом либо отдельные его части). Снижение темпов роста и развития как следствие нарушения работы эндокринной системы, недостаточной продукции органами внутренней секреции гормонов приводит к задержке полового развития (отсутствие менструаций, неразвитые молочные железы у девочек).

Панический страх употребления пищи, своего отражения в зеркале, ощущение своей полноты при фактически низком весе, попытки сделать вид, что проблемы не существует, отрицание заболевания сводят на нет все попытки родителей или друзей повлиять на поведение пациентки. Изменённые способы принятия пищи (строго в одиночестве, стоя, маленькими кусочками), стремление «перекормить» близких, приготовление для них сложных, разнообразных блюд, внезапное увлечение кулинарией (поиск новых рецептов, постоянный просмотр кулинарных телепередач, чтение книг, интерес к диетам) сразу нестораживают родителей. Сами пациентки или их близкие чаще отмечают перепады настроения, склонность к подавленному, пониженному настроению, гневливость без повода, обидчивость, особенно на замечания относительно веса, беспокойный сон [10–13].

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ

Проявления НА находят своё отражение во многих органах и системах организма. Желудочно-кишечный тракт: запор, замедленная эвакуация желудочного содержимого, эзофагит, гастрит, дуоденит, синдром Маллори–Вейсса (как последствие рвотного поведения), кишечная непроходимость, эрозия эмали зубов, повышение АЛТ (аланинаминотрансферазы) и АСТ (аспартатаминотрансферазы), увеличение слюнных желёз. Сердечно-сосудистая система: сердечная аритмия, брадикардия, гипокалиемия, гипомagneмизм, обмороки, головокружения, стойкое и постоянное ощущение холода по причине замедленного сердцебиения. Проявления со стороны кожи и волосяного покрова: выпадение волос, сухость и бледность кожи, лануго, ломкость ногтей. Эндокринная система: дисфункция щитовидной железы, узловой зоб, аменорея, олигоменорея, потеря фертильности, атрофия молочных желёз. Психический статус: нарушение концентрации, депрессия, обсессивно-компульсивное расстройство, тревожность, суицидальные мысли. Прочие проявления: остеопороз, переломы костей, в том числе и позвоночника, уменьшение массы головного мозга.

Диагностическое и статистическое руководство по психическим расстройствам (DSM-5) определило диагностические критерии НА:

- ограничение в приёмах пищи, ведущее к аномальному снижению веса;
- страх набрать вес и поведение, направленное на предотвращение увеличения массы тела;
- искажённое видение образа тела: нарушенное восприятие формы своего тела и веса; самооценка, зависящая от степени худобы; отсутствие осознания серьёзности проблем, связанных с низким весом;
- у девушек: аменорея или отсутствие трёх последовательных циклов.

По мнению Американской психиатрической ассоциации, НА делится на две категории:

- **ограничительный тип** — паттерны поведения: соблюдение диет, голодание, выполнение физических упражнений как минимум в течение 3 месяцев;
- **очистительный тип** — паттерны поведения: обжорство с последующим очищением желудочно-кишечного тракта от пищи (преднамеренное вызывание рвоты, приём слабительных и мочегонных препаратов, использование клизмы) [6, 9, 13].

Возможные исходы:

- полное выздоровление (регистрируется у 40–50% больных);
- рецидивирующее течение;
- смерть (5–20% больных), нередкой её причиной является самоубийство [5, 6, 8].

ПРОФИЛАКТИКА НА

Мероприятия, которые могут снизить риск развития НА у пациентов:

1. Ведение здорового образа жизни. Пациентам нужно рекомендовать следовать режиму сна, регулярно выполнять упражнения, а также подбирать диету согласно их потребностям, для чего может понадобиться консультация диетолога. Важно обеспечить пациентов достаточным количеством питательных веществ и не игнорировать сигналы голода.

2. Проведение просветительской работы с пациентами группы риска (подростки, молодые люди до 35 лет) на тему соответствия их внешности навязываемым образам в СМИ, социальных сетях, журналах.

3. Регулярное прохождение диспансеризации, особое внимание уделять выявлению склонности к развитию расстройств пищевого поведения.

4. Обязательное посещение групповых или индивидуальных занятий психотерапии для коррекции психоэмоционального состояния, а также регулярное прохождение осмотров у врача-психиатра для коррекции медикаментозной терапии [14].

ЛЕЧЕНИЕ

Лечение синдрома НА требует комплексного подхода, включающего психофармакотерапию, психологическое воздействие, диетотерапию, терапию соматической патологии и сопутствующих осложнений. Важно, чтобы все эти аспекты лечения проводились одновременно. Основной момент лечения состоит в том, что течение психопатологического синдрома должно постоянно контролироваться психиатром.

Лечение НА можно разделить на три этапа. На первом этапе, который длится 7–14 дней, восстанавливают жизненно важные функции, ликвидируют метаболические и водно-электролитные нарушения, стабилизируют адекватные сердечные функции и формируют толерантность к пище. На втором этапе, который длится 2–3 недели, выполняют мероприятия, направленные на коррекцию дефицита массы тела и оптимизацию метаболизма. На третьем этапе проводится реабилитация [1].

Другие авторы также выделяют три этапа в лечении НА: интенсивное наблюдение и коррекция соматических осложнений, основной этап лечения в стационаре и реабилитационный этап в режиме амбулаторного наблюдения. Длительность каждого этапа зависит от тяжести психического и соматического состояния. В стационаре с самого начала больным назначают индивидуальную диету, которая содержит необходимые питательные вещества, и проводят контроль массы тела, выпитой и выделенной жидкости. Важными условиями этого периода являются полупостельный режим и строгое медицинское наблюдение, так как пациенты часто не соблюдают рекомендации [4, 13].

Пациенты с НА часто используют активную диету и практики, чтобы поддерживать патологическое пищевое поведение, такие как отказ от пищи, вызывание аверсии после еды и чрезмерные физические упражнения, а также приём мочегонных и слабительных средств. Один из надёжных признаков улучшения у пациента с НА — это восстановление индекса массы тела и нормализация пищевого поведения. Рацион пациента составляют, учитывая его физиологические особенности и соматический статус. Перед назначением лечебного питания важно оценить пищевой статус пациента с помощью лабораторных и инструментальных методов. Недостаток белков, жирных кислот и микроэлементов, а также функциональное состояние органов и систем оценивают и дефицитные компоненты вводят в рацион пациента в соответствующих дозах. Предварительно проводится коррекция метаболических и водно-электролитных нарушений, таких как дегидратация, гипомagneмия, гипокальциемия, гипонатриемия и гипокалиемия. Иногда требуется назначение тиамина, так как потребность в нём резко возрастает в период возобновления питания из-за активации углеводного обмена [4, 13, 15].

При наличии жалоб, касающихся репродуктивной системы, гинеколог и психиатр разрабатывают совместный план лечения. При достижении определённых критериев, указывающих на успешное лечение, пациенткам назначают витаминотерапию как дополнение к программе пищевой реабилитации с целью устранения нутриентного дефицита, который может оказывать негативное влияние на функционирование яичников. При продолжающейся, несмотря на нормализацию веса, аменорее и наличии критериев, определяющих неблагоприятный прогноз восстановления менструального цикла, включая ультразвуковые признаки гипоплазии матки и отсутствие динамики роста фолликулов, необходимо назначение заместительной гормональной терапии, которая преследует две важные цели: 1) повышение плазменного уровня яичниковых гормонов до значений, близких к физиологическим, для предотвращения атрофических изменений в органах-мишенях — молочных железах и матке; 2) профилактика остеопороза и сердечно-сосудистых заболеваний. Потеря костной ткани при аменорее обусловлена теми же механизмами, что и в постменопаузе. Доказано, что у пациенток с аменореей на фоне НА костная плотность коррелирует с массой тела, а ответная реакция костей на заместительную гормональную терапию зависит от поддержания адекватной массы тела и отсутствия гиперкортицизма, вызванного стрессом. Риск переломов у пациенток с НА в два-семь раз выше, чем у здоровых сверстниц, и сохраняется дольше десяти лет, даже у девочек с восстановленной массой тела [14–15]. Применение эстриола при гипогонадотропной функциональной гипоталамической аменорее стимулирует восстановление синтеза лютеинизирующего гормона. Это свидетельствует о необходимости назначения заместительной гормональной терапии пациенткам молодого возраста

не только для того, чтобы восполнить дефицит половых гормонов, но и с целью «разблокировать» и модулировать синтез лютеинизирующего гормона гипофизом.

Как правило, для проведения заместительной гормональной терапии подходят комбинированные препараты, содержащие эстрадиол в качестве эстрогенного составляющего и дидрогестерон в качестве гестагенного компонента. Основные неконъюгированные и конъюгированные метаболиты эстрадиола — это эстрон и эстрона сульфат. Эти метаболиты проявляют эстрогенную активность как напрямую, так и после превращения в эстрадиол.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

НА не просто увлечение диетами и стремление к идеальному телу, а скорее навязчивое желание похудеть, приводящее к катастрофическим последствиям в организме. Пациенты не могут справиться с этим самостоятельно, продолжают скрывать свои проблемы, тогда как родственники часто даже не догадываются о масштабах трагедии. Несмотря на то что НА — это психическое расстройство, для лечения этого состояния нужна команда специалистов, где гинекологу отводится одна из ведущих ролей. Цель терапии — не только набор веса, но и сохранение репродуктивного здоровья девочек-подростков и молодых женщин.

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ

Вклад авторов. Все авторы внесли существенный вклад в разработку концепции, проведение исследования и подготовку статьи, прочли и одобрили финальную версию перед публикацией. Концепция и дизайн исследования — М.Б. Агеев; сбор и обработка материала — Р.А. Саркисян, Э.Р. Ахметгаряев; написание текста — Е.А. Соснова, Е.А. Свидинская; редактирование — Е.А. Соснова.

Финансирование. Авторы заявляют об отсутствии внешнего финансирования при проведении исследования.

Конфликт интересов. Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

ADDITIONAL INFO

Authors' contribution. All authors made a substantial contribution to the conception of the work, acquisition, analysis, interpretation of data for the work, drafting and revising the work, final approval of the version to be published and agree to be accountable for all aspects of the work. The concept and design of the study — M.B. Ageev; collection and processing of the material — R.A. Sarkisyan, E.R. Akhmetgaryaev; writing of the text — E.A. Sosnova, E.A. Svidinskaya; editing — E.A. Sosnova.

Funding source. This study was not supported by any external sources of funding.

Competing interests. The authors declares that there are no obvious and potential conflicts of interest associated with the publication of this article.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Протокол (алгоритм) ведения пациентов с нервной анорексией в условиях стационара. Клинические рекомендации (протоколы ведения пациентов), разработанные совместно с главными внештатными специалистами Департамента здравоохранения города Москвы. Москва, 2015. Режим доступа: d579134f4dd0f78ca6f2b7ef28771dbf.pdf Дата обращения: 03.03.2024.
2. Антропова Е.Ю., Чечулина О.В., Мазитова М.И., Данилова О.В. Синдром нервной анорексии. Взгляд гинеколога-эндокринолога // Медицинский альманах. 2017. № 6(51). С. 99–101. EDN: ZSMOIR
3. Давлетшина Л.А., Карманов М.В. Актуальные вопросы статистики анорексии // Вестник университета. 2021. № 9. С. 160–165. doi: 10.26425/1816-4277-2021-9-160-165
4. Захарова Л.И. Нервная анорексия: распространенность, критерии диагностики и психосоматические соотношения (обзор) // Научные результаты биомедицинских исследований. 2019. Т. 5, № 1. С. 108–121. doi: 10.18413/2313-8955-2019-5-1-0-8
5. Jagielska G., Kacperska I. Outcome, comorbidity and prognosis in anorexia nervosa // Psychiatr Pol. 2017. Vol. 51, N 2. P. 205–218. doi: 10.12740/PP/64580
6. Peterson K., Fuller R. Anorexia nervosa in adolescents: An overview // Nursing. 2019. Vol. 49, N 10. P. 24–30. doi: 10.1097/01.NURSE.0000580640.43071.15
7. Moskowitz L., Weiselberg E. Anorexia Nervosa/Atypical Anorexia Nervosa // Curr Probl Pediatr Adolesc Health Care. 2017. Vol. 47, N 4. P. 70–84. doi: 10.1016/j.cppeds.2017.02.003
8. Boland R., Verduin M.L., Ruiz P. Kaplan and Sadock's Synopsis of Psychiatry. 12th Edition. Ruiz P., consult. editor. Philadelphia: Wolters Kluwer Health, 2021.
9. Zipfel S., Giel K.E., Bulik C.M., et al. Anorexia nervosa: aetiology, assessment, and treatment // Lancet Psychiatry. 2015. Vol. 2, N 12. P. 1099–1111. doi: 10.1016/S2215-0366(15)00356-9
10. Дубровская М.И., Давиденко Н.В., Зубова Т.В., и др. Нервная анорексия в практике педиатра // Lvrach.ru. Медицинский научно-практический портал. 2016. № 1. [Электронный ресурс]. Режим доступа: <https://www.lvrach.ru/2016/01/15436378?ysclid=lt2jre4fq568695785> Дата обращения: 25.10.2023.
11. Юлдашев В.Л., Халикова Р.А., Садртдинов Д.А. Случай нервной анорексии в клинической практике // E-SCIO. 2021. № 1. С. 501–557. EDN: QCGGMJ
12. Riedlinger C., Mazurak N., Schäffeler N., et al. Gastrointestinal complaints in patients with anorexia nervosa in the timecourse of inpatient treatment // Front Psychiatry. 2022. Vol. 13. P. 962837. doi: 10.3389/fpsyt.2022.962837
13. Демешкина Л.В., Сердюченко О.Н., Птушкина Д.А., Петишко О.Л. Нервная анорексия: обзор и клинический случай // Гастроэнтерология. 2015. № 3(57). С. 59–65. doi: 10.22141/2308-2097.3.57.2015.81528
14. Всемирная организация здравоохранения. Психическое здоровье подростков. ВОЗ, 2021. Режим доступа: <https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health> Дата обращения: 25.10.2023.
15. Abdelhadi Z., Bladbjerg E.M., Jensen D.M., et al. Venous thromboembolism in anorexia nervosa: four cases from a specialized unit. Indication for thromboprophylaxis? // Eat Weight Disord. 2020. Vol. 25, N 6. P. 1833–1837. doi: 10.1007/s40519-019-00830-5
16. Андреева В.О. Аменорея у пациенток с нервной анорексией — ожидать или лечить? // Эффективная фармакотерапия. Акушерство и гинекология. 2015. Т. 25, № 3. С. 32–36.

REFERENCES

1. Protocol (algorithm) for the management of patients with anorexia nervosa in a hospital setting. Clinical Guidelines (Patient Management Protocols) developed jointly with the chief freelance specialists of the Moscow Department of Health. Moscow, 2015. Available from: d579134f4dd0f78ca6f2b7ef28771dbf.pdf (In Russ.)
2. Antropova EJu, Chechulina OV, Mazitova MI, Danilova OV. Anorexia nervosa syndrome. The opinion of gynecologist-endocrinologist. *Medical Almanac*. 2017;(6):99–101. EDN: ZSMOIR
3. Davletshina LA, Karmanov MV. Current Issues of Anorexia Statistics. *VestnikUniversiteta*. 2021;(9):160–165. doi: 10.26425/1816-4277-2021-9-160-165
4. Zakharova LI. Anorexia nervosa: prevalence, diagnostic criteria and psychosomatic relationships (review). *Research Results in Biomedicine*. 2019;5(1):108–121. doi: 10.18413/2313-8955-2019-5-1-0-8
5. Jagielska G, Kacperska I. Outcome, comorbidity and prognosis in anorexia nervosa. *Psychiatr Pol*. 2017;51(2):205–218. doi: 10.12740/PP/64580
6. Peterson K, Fuller R. Anorexia nervosa in adolescents: An overview. *Nursing*. 2019;49(10):24–30. doi: 10.1097/01.NURSE.0000580640.43071.15
7. Moskowitz L, Weiselberg E. Anorexia Nervosa/Atypical Anorexia Nervosa. *Curr Probl Pediatr Adolesc Health Care*. 2017;47(4):70–84. doi: 10.1016/j.cppeds.2017.02.003
8. Boland R, Verduin ML, Ruiz P. *Kaplan and Sadock's Synopsis of Psychiatry*. 12th Edition. Ruiz P., consulting editor. Philadelphia: Wolters Kluwer Health; 2021.
9. Zipfel S, Giel KE, Bulik CM, et al. Anorexia nervosa: aetiology, assessment, and treatment. *Lancet Psychiatry*. 2015;2(12):1099–1111. doi: 10.1016/S2215-0366(15)00356-9
10. Dubrovskaya MI, Davidenko NV, Zubova TV, et al. Anorexia nervosa in pediatric practice. *Lvrach.ru. Meditsinskii nauchno-prakticheskii portal*. 2016;(1). [Elektronnyi resurs]. (In Russ.) Available from: <https://www.lvrach.ru/2016/01/15436378?ysclid=lt2jre4fq568695785>
11. Yuldashev VL, Khalikova RA, Sadrtidinov DA. The case of anorexia nervosa in clinical practice. *E-SCIO*. 2021;(1):501–57. (In Russ.) EDN: QCGGMJ
12. Riedlinger C, Mazurak N, Schäffeler N, et al. Gastrointestinal complaints in patients with anorexia nervosa in the timecourse of inpatient treatment. *Front Psychiatry*. 2022;13:962837. doi: 10.3389/fpsyt.2022.962837

13. Demeshkina LV, Serdiuchenko ON, Ptushkina DA, Petishko OP. Anorexia nervosa: review and clinical case. *Gastroenterology*. 2015;(3):59–65. doi: 10.22141/2308-2097.3.57.2015.81528
14. World Health Organization. *Mental health of adolescents*. WHO; 2021. Available from: <https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health>
15. Abdelhadi Z, Bladbjerg EM, Jensen DM, et al. Venous thromboembolism in anorexia nervosa: four cases from a specialized unit. Indication for thromboprophylaxis? *Eat Weight Disord*. 2020;25(6):1833–1837. doi: 10.1007/s40519-019-00830-5
16. Andreyeva VO. Amenorrhea in Patients with Anorexia Nervosa — Wait or Treat? *Effective Pharmacotherapy. Obstetrics and Gynecology*. 2015;25(3):32–36.

ОБ АВТОРАХ

***Свидинская Евгения Александровна**, канд. мед. наук, ассистент;
адрес: 119991, Москва, ул. Трубетская, 8, стр. 2;
ORCID: 0000-0002-2368-1932;
e-mail: svidinskaya@gmail.com

Соснова Елена Алексеевна, д-р мед. наук, профессор;
ORCID: 0000-0002-1732-6870;
eLibrary SPIN: 6313-9959;
e-mail: sosnova-elena@inbox.ru

Саркисян Рафаэль Арменович, студент;
ORCID: 0009-0003-3329-2062;
e-mail: u.kol2016@yandex.ru

Ахметгаряев Эмиль Рамильевич, студент;
ORCID: 0009-0006-3300-1263;
e-mail: dragonice8787@gmail.com

Агеев Михаил Борисович, канд. мед. наук, доцент;
ORCID: 0000-0002-6603-804X;
e-mail: mikhaageev@yandex.ru

AUTHORS' INFO

***Evgeniya A. Svidinskaya**, MD, Cand. Sci. (Medicine), Assistant Lecturer;
address: 8 Trubetskaya str., build. 2, Moscow, 119991, Russia;
ORCID: 0000-0002-2368-1932;
e-mail: svidinskaya@gmail.com

Elena A. Sosnova, MD, Dr. Sci. (Medicine), Professor;
ORCID: 0000-0002-1732-6870;
eLibrary SPIN: 6313-9959;
e-mail: sosnova-elena@inbox.ru

Rafael' A. Sarkisyan, student;
ORCID: 0009-0003-3329-2062;
e-mail: u.kol2016@yandex.ru

Emil' R. Akhmetgaryaev, student;
ORCID: 0009-0006-3300-1263;
e-mail: dragonice8787@gmail.com

Mikhail B. Ageev, MD, Cand. Sci. (Medicine), Assistant Professor;
ORCID: 0000-0002-6603-804X;
e-mail: mikhaageev@yandex.ru

*Автор, ответственный за переписку / Corresponding author