

И.Н. Дыкан, Н.А. Степаненко

ГУ «Институт ядерной медицины и лучевой диагностики НАМН Украины», Киев

Мультidetекторная компьютерная томография в дифференциальной диагностике малых солидных новообразований почек

Выбор оптимального протокола проведения мультidetекторной компьютерной томографии необходим для повышения ее эффективности в выявлении и дифференциальной диагностике малых новообразований почек. В этом случае особое значение приобретает изучение диагностической информативности различных фаз мультidetекторной компьютерной томографии, особенно в динамике контрастирования и выведения контрастного вещества. Результаты показали, что для максимально полного выявления объемного образования и определения характеристик его дифференциальной диагностики во всех случаях необходимо проводить сравнение накопления и выведения контрастного вещества в кортико-медуллярную и нефрографическую фазы.

Ключевые слова: мультidetекторная компьютерная томография, малые солидные новообразования почки, фазы исследования, контрастное вещество.

Введение

Малые солидные новообразования почки — наиболее сложные для диагностики и особенно для дифференциальной диагностики опухоли, которые могут быть представлены различными, часто злокачественными формами, и которые нередко не имеют определенных компьютерно-томографических (КТ)-признаков даже для общей дифференцировки. Значительная часть малых опухолей почки на момент выявления представлена небольшими образованиями размером <4 см в наибольшем измерении, отличавшимися по структуре от окружающих тканей и часто деформировавшими внешний контур почки или ее полостную систему. Аль Агбар Назих Иззат (2003) в своем исследовании установил размер небольшой опухоли почки в 4 см как критичный в ее определении. А.С. Переверзевцев и соавторы (2002) также указывали на размеры небольшого новообразования почки до 4 см. Эти асимптомные, случайно выявленные при лучевых методах исследования небольшие тканевые образования с неустановленной гистоструктурой получили в мировой литературе различные названия — radiologists tumor (Novick A.C., Campbell S.C., 2002; Попков В.М. и соавт., 2012) и малые новообразования почки (small renal masses — SRM), которые и приобрели наибольшее распространение (Возіанов С.О. та співавт., 2012). Типичный малый почечно-клеточный рак (ПКР) — опухоль размером до 4 см при КТ-исследовании — это некальцифицированное объемное образование округлой формы с плотностью более +20Н, которая неравномерно повышается после внутривенного контрастирования на ≥ 15 ед.Н. Узелковость стенок и выраженный жидкостный компонент внутриопухолевого некроза, характерные для ПКР, не являются типичными для мелких образований (Wildberger J.E.

et al., 1997), что затрудняет их идентификацию. Поэтому выбор оптимального протокола мультidetекторной компьютерной томографии (МДКТ) необходим для повышения ее эффективности в выявлении и дифференциальной диагностике малых образований почек. В этом случае особое значение приобретает изучение диагностической информативности различных фаз МДКТ, особенно в динамике контрастирования.

Цель исследования — определение информативности МДКТ в дифференциальной диагностике солидных новообразований почки.

Объект и методы исследования

Изучали результаты МДКТ, проведенной с внутривенным контрастным усилением у 111 пациентов, у которых диагностирована опухоль почки (сомнительные образования — у 19, ПКР — у 77, метастазы — у 7, онкоцитомы (ОЦ) — у 8 пациентов). Однако, по результатам МДКТ, выявлено 127 опухолей, что объясняется наличием в почках у 10 пациентов >1 опухолевого узла. По результатам патоморфологического исследования, у 69,4% из 85 прооперированных установлен светлоклеточный (СПКР), у 15,3% — папиллярный (ППКР), у 5,9% — хромофобный ПКР (ХПКР) и у 9,4% — ОЦ. ПКР с преобладанием высокой (I) степени дифференцировки раковых клеток по классификации Фурмана выявлялись наиболее часто (в 64,7% случаев), реже — II (27%), III (5,9%) и II-III (2,4%) степени.

Результаты и их обсуждение

Поскольку основное значение в диагностике ПКР имеет определение гради-

ента плотности между интактной паренхимой и опухолью в различные фазы МДКТ, а также степень накопления и выведения контрастного вещества структурой опухоли, этому вопросу уделяли особое внимание при проведении МДКТ в различные фазы исследования. Установлено, что опухоль в нативную фазу (НФ) в обследованной группе пациентов имела вид дополнительного образования округлой формы, неоднородной структуры на фоне неизменной паренхимы почки. Средняя плотность интактной паренхимы составляла $33,6 \pm 3,1$ ед.Н (минимальная $23,5 \pm 3,1$ ед.Н; максимальная $43,6 \pm 3,6$ ед.Н), среднее значение плотности опухоли — $35,4 \pm 9,1$ ед.Н (минимальное $26,3 \pm 9,7$ ед.Н; максимальное $44,5 \pm 10,4$ ед.Н); градиент плотности между интактной паренхимой и опухолью составил в среднем $1,8 \pm 6,0$ ед.Н. При этом средние значения плотности интактной паренхимы и плотности опухоли различались статистически достоверно ($p=0,0013$). Образования в большинстве случаев имели однородную структуру: у 37 пациентов опухоль в НФ была гомогенной плотностью 23–43 ед.Н, у 54 пациентов представлена неоднородным образованием плотностью 13–53 ед.Н. При этом разница в плотности, измеренной в разных точках одной и той же опухоли, могла составлять лишь несколько единиц или быть довольно существенной с диапазоном денситометрических показателей 20–25 ед.Н. С учетом малых размеров в НФ на фоне однородной интактной паренхимы, опухоли обычно визуализировались неотчетливо, поэтому для их выявления большее значение имела деформация контура почки. Опухоли размером до 1 см, представляющие наибольшую сложность в диагностике, в НФ не выявлены и диагностированы лишь после внутривенного контрастирования. Ввиду

неоднозначных показателей усиления эти пациенты до настоящего времени не оперированы и находятся на динамическом контроле.

В кортико-медуллярную фазу (КМФ) происходило интенсивное контрастирование коркового вещества $155,83 \pm 32,4$ ед.Н (минимум $126,17 \pm 26,4$ ед.Н; максимум $185,5 \pm 38,5$ ед.Н) при незначительном контрастировании мозгового вещества $51,3 \pm 10,8$ ед.Н (минимум $40,16 \pm 8,7$ ед.Н; максимум $62,4 \pm 13,3$ ед.Н). Среднее значение плотности опухоли составило $95,0 \pm 41,3$ ед.Н (минимум $75,65 \pm 40,8$ ед.Н; максимум $114,4 \pm 45,1$ ед.Н). Градиент плотности между интактной паренхимой и опухолью составил в среднем $60,8 \pm 4,4$ и $43,7 \pm 15,2$ ед.Н для коркового и мозгового вещества соответственно. Средние значения плотности интактной паренхимы и плотности опухоли различались статистически достоверно ($p=0,000$). При этом лишь у 31 (27,9%) пациента в КМФ отмечен однородный интенсивный тип контрастирования опухоли, тогда как неоднородный — в 80 (72,1%) наблюдениях, из которых в 19 (17,1%) определяли периферический тип.

При анализе чувствительности КМФ установлено, что в данную фазу опухоли большего размера, как правило, имели неоднородный или периферический характер контрастирования. Поэтому их визуализация обычно не вызывала сложностей не только в силу большей деформации контура почки, но и из-за неоднородности структуры, что облегчало их выявление при интрапаренхиматозном расположении. Однако для образований меньшего размера выявление деформации контура почки являлось принципиальным, так как при интрапаренхиматозном расположении гиперваскулярные опухоли плохо дифференцировались на фоне коркового вещества почки, а гиповаскулярные — на фоне мозгового вещества.

В нефрографическую фазу (НГФ) средняя плотность интактной паренхимы составляла $117,8 \pm 29,8$ ед.Н (минимум $92,0 \pm 24,2$ ед.Н; максимум $143,6 \pm 36,4$ ед.Н), а среднее значение плотности опухоли — $81,1 \pm 30,6$ ед.Н (минимум $61,6 \pm 30,0$ ед.Н; максимум $100,6 \pm 36,5$ ед.Н); градиент плотности между интактной паренхимой и опухолью достигал в среднем $36,7 \pm 1,0$ ед.Н. Средние значения плотности интактной паренхимы и плотности опухоли различались статистически достоверно ($p=0,000$). Уменьшалась также разница между интенсивно и слабо контрастированными участками опухолей неоднородной структуры и/или с преимущественно периферическим характером контрастирования. При этом также, как и в КМФ, сохранялось деление опухолей в зависимости от их структуры на однородные, неоднородные и с преимущественно периферическим характером контрастирования. Однако в ряде опухолей определяли снижение плотности при сравнении с КМФ. Отмечено статистически значимое снижение средней плотности для СПКР ($\Delta = -22,5 \pm 4,2$ ед.Н; $p < 0,05$),

ХПКР ($\Delta = -12,0 \pm 7,5$ ед.Н; $p < 0,05$) и статистически незначимое снижение плотности для сомнительных новообразований ($\Delta = -4,6 \pm 2,5$ ед.Н; $p > 0,05$). Повышение средней плотности опухоли в НГФ по сравнению с КМФ отмечено для ППКР ($\Delta = +3,4 \pm 6,5$ ед.Н; $p > 0,05$) и ОЦ ($\Delta = +2,3 \pm 11,1$ ед.Н; $p > 0,05$), но во всех случаях статистически незначимое (рис. 1). Кроме того, градиент плотности «паренхима — опухоль» в НГФ также был существенно выше градиента плотности «корковое вещество — опухоль» в КМФ и составлял $28,2$ ед.Н. Это свидетельствует о том, что визуализация всех опухолей в НГФ не представляет трудностей вне зависимости от их размера и локализации. Таким образом, сделан вывод, что именно в эту фазу создаются наилучшие условия для выявления опухолей почки за счет максимального градиента плотности между интактной паренхимой почки и опухолью.

В экскреторную фазу (ЭФ) средняя плотность интактной паренхимы почки составляла $82,0 \pm 22,2$ ед.Н (минимальная $73,1 \pm 19,9$ ед.Н; максимальная $90,8 \pm 24,6$ ед.Н), а опухоли — $58,3 \pm 23,0$ ед.Н (минимальная $46,3 \pm 22,0$ ед.Н; максимальная $70,3 \pm 26,6$ ед.Н); градиент плотности между интактной паренхимой и опухолью достигал в среднем $23,7 \pm 1,1$ ед.Н. Средние значения плотности интактной паренхимы и опухоли различались статистически достоверно ($p=0,000$). Также, как и в НГФ, плотность паренхимы почки практически во всех случаях превышала таковую опухоли. Таким образом, ЭФ МДКТ не уступает по информативности НГФ в выявлении опухолей почки в случае гиподенсных и гиперденсных образований, несмотря на меньший градиент плотности.

Для того чтобы посредством МДКТ можно было одновременно максимально полно выявить и определить характеристики объемного образования, во всех случаях целесообразно использовать комбинацию НФ+НГФ или НФ+ЭФ, а также НФ+КМФ+ЭФ.

Для объективного подтверждения значимости параметров накопления и выведения контраста в определении характера новообразования был проведен дискриминантный анализ, позволивший классифицировать исследованные случаи. Он показал, что средние значения плотности опухоли и их динамика в различные фазы исследования лишь в 69,1% случаев позволяют правильно предположить характер образования, что является недостаточным признаком. Однородность показателей выявлена и в группе СПКР, для которого установлена высокая специфичность следующих значений плотности: $+27,7 \pm 8,6$ ед.Н (НФ) $\rightarrow +86,4 \pm 40,5$ ед.Н (КМФ) $\rightarrow +62,1 \pm 23,7$ ед.Н (ЭФ) при уровне статистической значимости $p=0,000$.

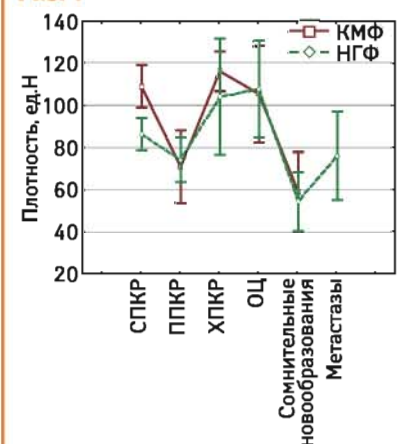
Одной из ключевых задач в работе являлось определение критериев дифференциальной диагностики доброкачественных и злокачественных новообразований почки в группе малых солидных образований (рис. 2).

Для злокачественных образований высокую специфичность имеют следующие значения плотности и фазы: $+27,8 \pm 9,06$ ед.Н (НФ) $\rightarrow +104,7 \pm 33,6$ ед.Н (КМФ) $\rightarrow +81,9 \pm 39,2$ ед.Н (НГФ) $\rightarrow +61,4 \pm 22,0$ ед.Н (ЭФ) — с пиком значения плотности опухоли в КМФ (монопиковая кривая); для доброкачественных образований: $+33,6 \pm 7,3$ ед.Н (НФ) $\rightarrow +105,3 \pm 27,2$ ед.Н (КМФ) $\rightarrow +107,6 \pm 28,8$ ед.Н (НГФ) $\rightarrow +65,2 \pm 12,3$ ед.Н (ЭФ) — с пиком значения плотности опухоли в НГФ и тенденцией к формированию плато в КМФ и НГФ.

Однако при проведении дифференциальной диагностики принципиальным является установление не только средних значений плотности опухоли в определенную фазу КТ-исследования, но и их динамика в разные фазы, что имеет большее диагностическое значение. В таблице по результатам дискриминантного анализа представлены данные дифференциально-диагностических критериев, отличающих различные варианты ПКР от ОЦ (расположены в порядке убывания диагностической значимости).

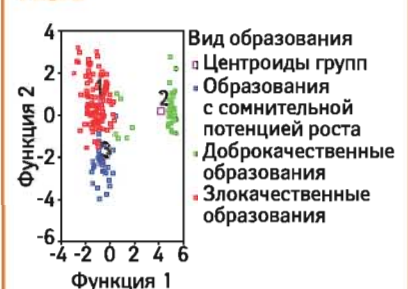
Представленные данные свидетельствуют о том, что плотность опухоли имеет выраженный интервал средних значений, который создает точки перекреста между морфологическими структурами, вследствие чего они не могут являться однозначными. Кроме того, данные накопления и выведения контрастного вещества в раз-

Рис. 1



Динамика значений плотности опухоли в КМФ и НГФ

Рис. 2



Графическое изображение результатов дискриминантного анализа с указанием центроидов групп

Таблиця Диференціально-діагностическі критерії ПКР і ОЦ

Критерій	СПКР		ПКР		ХПКР		ОЦ	
	Век-тор	Значення	Век-тор	Значення	Век-тор	Значення	Век-тор	Значення
Плотність в НФ, ед.Н	↑	36,1±7,8	↑	35,7±9,8	↓	42,2±3,7	↑	33,6±7,3
Плотність в КМФ, ед.Н	↑	108,8±38,7	↑	70,8±28,4	↑	116±7,5	↑	105,3±27,2
Плотність в НГФ, ед.Н	↓	86,3±29,4	↑	74,2±17,3	↓	104±22,1	↑	107,6±28,8
Плотність в ЭФ, ед.Н	↓	61,1±23,7	↓	55,5±15,8	↓	69,8±9,6	↓	65,2±12,3
Мультифокальність			+					-
Динаміка росту за 12 мес			+					-
Неоднородність			+					-

ные фазы выявили полную идентичность их динамики для ПКР и ОЦ, что свидетельствует о невозможности проведения дифференциальной диагностики между доброкачественными и злокачественными опухолями. Полученные результаты свидетельствуют также о том, что снижение плотности опухоли в НГФ относительно плотности в КМФ может быть признаком злокачественности процесса. Если в НГФ отмечают повышение плотности опухоли относительно КМФ, то судить о характере новообразования не представляется возможным.

Для уточнения полученных данных в исследование введена группа пациентов (n=36) с образованиями размером 4,1–7,0 см, составивших группу сравнения. Сравнительный анализ группы «больших» и «малых» опухолей установил одинаковые тенденции накопления и выведения контрастного вещества структурой опухоли в обеих группах. Определяющими критериями в дифференциальной диагностике ПКР и ОЦ были мультифокальность, динамика роста за 12 мес (+0,37±0,13 см) и неоднородность опухоли.

При проведении статистического анализа в группе сомнительных новообразований правильно классифицировали 76,2% случаев, однако уровень статистической значимости для всех функций не достиг значимого ($p=0,66$ и $p=0,64$ соответственно).

Группу сомнительных образований дискриминировали по признаку однородности опухоли и отсутствия динамики за 6 мес. Средние значения плотности опухоли в КМФ, НГФ и ЭФ были статистически значимо ниже, чем в группе злокачественных новообразований, однако их динамика статистически значимо не отличалась от таковой в группе онкопатологий.

Динамика роста образований в исследованных случаях характеризовалась спорадичностью, поэтому для ее оценки применили методы непараметрической статистики. Наиболее выраженная тенденция к росту опухоли в определенный промежуток времени (24 мес) отмечена для СПКР со средними значениями прироста опухоли +0,15±0,22 см за 6 мес и +0,12±0,18 см за 12 мес. При этом статистически достоверных различий между группами не выявлено.

При корреляционном анализе установлено наличие слабой положительной корреляционной связи между значением градации по Фурману и приростом образования за 12 мес ($r=+0,31$; $p<0,01$). По-

следнее положение подтверждает наличие потенции к росту образований с высоким значением градации по Фурману, с одной стороны, и оправдывает выжидательную тактику у пациентов с отсутствием динамики роста — с другой. Однако следует помнить, что отсутствие роста опухоли не всегда является достоверным в оценке ее природы, а опухолям без динамики роста свойственны уровни малигнизации, подобные растущим опухолям.

Исходя из методологии исследования, все наблюдения (n=147+36) разделены по критерию «размер опухоли» на 3 подгруппы: образование размером ≤ 2 ; 2,1–4 и $\geq 4,1$ см (группа сравнения). Диагностические критерии образований почки (по признаку «размер опухоли») по результатам дискриминантного анализа имеют следующий вид (расположены в порядке убывания диагностической значимости):

1. Опухоли размером ≤ 2 и 2,1–4 см:
 - наличие включений в КМФ;
 - неоднородность опухоли в НФ;
 - наличие включений в НФ;
 - плотность опухоли в НФ (44,5±10,4 ед.Н);
 - неоднородность опухоли в ЭФ;
 - неоднородность опухоли в КМФ;
 - стадия T1b;
 - градация по Фурману.
2. Опухоли размером 2,1–4 и $\geq 4,1$ см:
 - градация по Фурману;
 - стадия T2;
 - плотность опухоли в НГФ (81,1±30,6 ед.Н);
 - плотность опухоли в КМФ (95,0±41,3 ед.Н);
 - плотность опухоли в ЭФ (58,3±23,0 ед.Н);
 - плотность опухоли в НФ (26,3±9,7 ед.Н);
 - неоднородность опухоли в КМФ;
 - накопление по периферии в КМФ.

Таким образом, проанализирована связь между диаметром образования, его патологической стадией и степенью злокачественности, которая показала, что с увеличением размера опухоли $>2,0$ см повышается частота ее выявления в стадиях T1b и T2, а также установления степени дифференцировки по классификации Фурмана до II–III и III, что коррелирует с риском метастазирования, а соответственно, и выживаемостью пациентов. Это свидетельствует о том, что признак «размер опухоли» не может быть достоверным в определении прогноза заболевания. Эти данные имеют важное значение при рассмотрении активного наблюдения пациентов с малыми опухолями почки.

Выводы

Согласно полученным данным, а также исследованиям многих авторов, активное наблюдение при малых новообразованиях почки не следует проводить у пациентов с высокой ожидаемой продолжительностью жизни, а также с удовлетворительным состоянием здоровья. Такая тактика оправдана лишь у пациентов с низкой ожидаемой продолжительностью жизни и высоким риском интра- и послеоперационных осложнений. Учитывая высокий процент злокачественности среди случайно выявленных малых новообразований почки, активное наблюдение таких пациентов не может считаться адекватной и безопасной тактикой, а любое выявленное небольшое новообразование следует оценивать как потенциально злокачественное до тех пор, пока не будет доказано обратное.

Список использованной литературы

- Аль Агбар Назих Иззат (2003) Маленькая опухоль почки. Автореф. дис. ... доктора мед. наук, Москва, 30 с.
- Возанов С.О., Банира О.Б., Строй О.О., Шуляк О.В. (2012) Малі ниркові новоутворення: активне спостереження чи хірургічне лікування? Укр. мед. часопис, 3(89): 33–41 (www.umj.com.ua/article/34705).
- Перевезенцев А.С., Шукин Д.В., Илюхин Ю.А. (2002) Отдаленные результаты органосохраняющих операций при почечно-клеточном раке (ПКР). Урология, 1: 28–31.
- Попков В.М., Никольский Ю.Е., Чехонацкая М.Л. и др. (2012) Лучевые методы диагностики рака почки (обзор). Саратовский научно-медицинский журнал, 8(3): 834–841.
- Novick A.C., Campbell S.C. (2002) Renal tumors. Campbell's Urology. In: P.C. Walsh, A.B. Retik, E.D. Vaughan (Eds.). Saunders, Philadelphia: 2672–2731.
- Wildberger J.E., Adam G., Boeckmann W. et al. (1997) Computed tomography characterization of renal cell tumors in correlation with histopathology. Invest. Radiol., 32(10): 596–601.

Мультидетекторна комп'ютерна томографія в диференційній діагностиці малих солідних пухлин нирок

I.М. Дикан, Н.О. Степаненко

Резюме. Вибір оптимального протоколу проведення мультидетекторної комп'ютерної томографії необхідний для підвищення її ефективності у виявленні та диференційній діагностиці малих утворень нирок. У цьому випадку особливого значення набуває вивчення діагностичної інформативності різних фаз мультидетекторної комп'ютерної томографії, особливо в динаміці контрастування і виведення контрастної речовини. Результати показали, що для максимального повного виявлення об'ємного утворення і визначення характеристик його диференційної діагностики у всіх випадках необхідно проводити порівняння накопичення та виведення контрастної речовини в кортико-медулярну і нефрографічну фази.

Ключові слова: мультidetекторна комп'ютерна томографія, малі солідні новоутворення нирки, фази дослідження, контрастна речовина.

Multidetector computed tomography in the differential diagnosis of small solid kidney tumors

I.N. Dykan, N.A. Stepanenko

Summary. Selecting the optimal protocol of multidetector computed tomography study

needs to increase its effectiveness in identifying and differential diagnosis of small renal units. In this case it is particularly important to study the diagnostic informational content in different phases of multidetector computed tomography, especially in contrasting dynamics and excretion of the contrast agent. The results showed that for the most complete identification and characterization of the differential diagnosis of detected space-occupying lesion in all cases it is necessary to make comparisons of accumulation and excretion of contrast agent in corticomedullary and nephrographic phases.

Key words: multidetector computed tomography, small solid kidney tumors, phases of the study, the contrast agent.

Адрес для переписки:

Степаненко Наталия Александровна 04050, Киев, ул. Платона Майбороды, 32 ГУ «Институт ядерной медицины и лучевой диагностики НАМН Украины» отделение компьютерной томографии и магнитно-резонансной томографии

Получено 24.06.2014

Реферативна інформація

Регулярные интенсивные занятия спортом: хобби или психопатологический симптом?

Британские ученые на Международном конгрессе Королевского колледжа психиатров (Royal College of Psychiatrists), Лондон, Великобритания, доложили, что компульсивные занятия спортом или пристрастие к изнуряющим физическим упражнениям не всегда сопровождаются расстройствами пищевого поведения. В ходе своего выступления исследователи, в попытке осмыслить и выявить причину данных расстройств, сообщили уже известные данные и предложили свою методологию для оценки тяжести патологии.

Патология со спорными симптомами

У специалистов нет однозначного мнения о том, какие спортивные тренировки можно считать компульсивными, и как оценивать тяжесть данного состояния. В ходе одного из недавних исследований ученые предложили считать навязчивым стремлением к занятию спортом те случаи, когда люди из общей популяции на протяжении 3–12 мес выполняют физические упражнения ≥ 3 ч/сут или 5–6 раз в неделю по 1 ч. В то же время исследователи отмечают, что объективно оценить тяжесть занятий спортом лишь количественными показателями достаточно трудно, и считают целесообразным разработку качественных критериев данного состояния.

На сегодня известно, что приблизительно у половины пациентов с булимией и нервной анорексией отмечают компульсивные стремления к физической активности. Причем данное отклонение обычно появляется до развития расстройств пищевого поведения и очень часто сохраняется длительное время и после соответствующей терапии. Специалисты отмечают, что такой симптом очень трудно поддается купированию. Можно попытаться уберечь пациента от переживания, но заставить его прекратить изнуряющие занятия спортом крайне проблематично.

Рост распространенности случаев компульсивных занятий спортом является актуальной проблемой общественного здравоохранения, так как людям, которые часто и интенсивно тренируются, требуется более длительная госпитализация при любой соматической патологии, по сравнению со сверстниками, которые не имеют нездорового пристрастия к спорту. Кроме того, у таких людей чаще возникают рецидивы заболеваний, а долгосрочные прогнозы состояния их здоровья гораздо хуже, чем у нетренированных.

Поведенческая зависимость?

Авторы большинства исследований, посвященных данному вопросу, признают, что такой тип занятий спортом является компульсивным. Сначала физическая активность воспринимается как приятное и радостное занятие, однако постепенно оно превращается ритуальное, и пациенту становится трудно самому прекратить упражняться, даже усилием воли. Исследователи отмечают, что если рассматривать данную патологию с точки зрения поведенческой аддикции, можно заметить, что ее компульсивные ситуации сходны с психопатологическими нарушениями приема пищи.

Для того чтобы лучше понять проблему компульсивного занятия спортом, исследователи в 2011 г. составили крупный лите-

ратурный обзор на эту тему, а затем, исходя из полученных данных, построили собственную «техническую модель», позволяющую оценить выраженность болезненного пристрастия к выполнению чрезмерных физических упражнений. Работоспособность данной модели была проверена в 5 исследованиях, участниками которых стали 376 молодых женщин, 1012 людей среднего возраста, 490 профессиональных спортсменов и 365 пациентов с расстройствами пищевого поведения. Исследователи отметили, что пациенты с признаками расстройства пищевого поведения чаще выполняли интенсивные физические упражнения, направленные на уменьшение массы тела, чем участники без данной патологии.

Кроме того, ученые подчеркнули, что они подходят к концу 4-летнего рандомизированного контролируемого исследования, целью которого была оценка эффективности программы активной терапии расстройств пищевого поведения, предложенной специалистами Университета Лафборо (Loughborough University), Великобритания, в которой использованы принципы когнитивно-поведенческой терапии для предотвращения возникновения пристрастия к компульсивным занятиям спортом.

Данная программа ориентирована на работу с пациентом, а не против него. В ходе терапии детально обсуждаются положительные и отрицательные стороны отдельных видов физических упражнений, проводятся лекции, направленные на повышение уровня контроля над своим поведением и появление навыков для профилактики рецидивов состояния. Руководитель исследования доктор Каролин Мейер (Caroline Meyer) отметила, что им удалось получить обнадеживающие экспериментальные данные об эффективности этой программы, которая в настоящее время широко используется в клинической практике. Она подчеркнула, что пациенты часто в начале терапии испытывают смешанные чувства. Им всегда говорили, что хорошо быть физически активным, а теперь неожиданно сообщают, что занятия спортом — это проблема. Потому вместо того, чтобы просто заставить их прекратить занятия, нужно дать им конкретную стратегию для лучшего контроля своего поведения.

Новый взгляд

Председатель секции доктор Алан Карри (Alan Currie), психиатр из Нортумберленда, Великобритания, отметил, что он считает правильным шагом попытку отойти от количественной оценки тяжести изучаемого состояния. В данном случае специалистом намного больше должна интересоваться его качественная составляющая. Безусловно, у большого количества пациентов с расстройствами пищевого поведения отмечают случаи компульсивных занятий спортом. Однако и люди без подобных расстройств часто выбирают для себя настолько изнуряющие тренировки, что они приносят их организму больше вреда, чем пользы. Он подытожил, что врачи общей практики должны также задуматься над этим вопросом для того, чтобы вовремя решить, является ли увлечение пациента спортом просто хобби либо же это психопатологический симптом.

Brauser D. (2014) Compulsive Exercising Indicative of Eating Disorders? Medscape July 07 (www.medscape.com/viewarticle/827906).

Юлия Котикович