

Гинекологическая помощь для подростков и молодых женщин с расстройствами пищевого поведения

Мнение комитета экспертов Американского колледжа акушеров и гинекологов

Номер 740 • Июнь 2018 г.

Комитет по охране здоровья подростков

Сокращенный вариант. Адаптировано – С.А. Шурпяк

Рекомендации и выводы

Американский колледж акушеров и гинекологов дает следующие рекомендации и делает выводы:

- Взрослые и подростки с расстройствами пищевого поведения могут иметь гинекологические проблемы или симптомы, включая нерегулярные менструации, аменорею, боль в области таза, атрофический вагинит и атрофию грудных желез.

- Хотя формальная диагностика и лечение расстройств пищевого поведения у подростков являются комплексными и не входят в практику большинства акушеров-гинекологов, важно, чтобы медицинские работники были знакомы с диагностикой и скринингом пациентов группы риска.

- Выявление факторов риска для расстройств пищевого поведения может помочь выявить пациентов, которые должны быть обследованы дополнительно.

- Поскольку расстройства пищевого поведения являются комплексными и влияют на психологическое и физическое здоровье, необходим мультидисциплинарный подход.

- Хотя акушеры-гинекологи и не должны лечить расстройства пищевого поведения, они должны быть знакомы с критериями, которые гарантируют немедленную госпитализацию для медицинской стабилизации.

- Восстановление массы тела – лучшее лечение низкой минеральной плотности костной ткани (МПК), вызванное неупорядоченной едой.

- Необходимы дальнейшие исследования для определения передовых методов лечения, включая лечение низкой МПК, нарушений менструального цикла и бесплодия.

- Американский колледж акушеров и гинекологов не рекомендует использовать исключительно комбинированные оральные контрацептивы (КОК) для лечения аменореи, связанной с расстройствами пищевого поведения.

Предпосылки

Диагностическое и статистическое руководство по психическим расстройствам, пятое издание (DSM-V), определяет расстройства пищевого поведения как «постоянное нарушение питания или связанное с едой поведение, которое приводит к изменению потребления или усвоения пищи и значительно ухудшает физическое здоровье или психосоциальные функции». Когда DSM-V был опубликован в 2013 году, он расширил определения и число диагнозов, включив в себя пиканизм, расстройство жевания, расстройство, ограничивающее потребление пищи, нервную анорексию, нервную булимию, психогенное переедание и другие расстройства пищевого поведения (таблица 1) [1]. Правильная диагностика и классификация «расстройств пищевого поведения» важны, потому что прогноз течения и лечение могут значительно отличаться. Однако все расстройства пищевого поведения обычно включают нарушения питания и психического здоровья [2]. Это мнение экспертов сосредоточено на гинеко-

логических последствиях расстройств пищевого поведения среди подростков. Для целей настоящего документа термин «расстройство пищевого поведения» будет относиться к любым нарушениям приема пищи, как описано в DSM-V; когда данные и рекомендации относятся к конкретному типу расстройства пищевого поведения, это будет отмечено. В настоящее время большинство данных, связанных с гинекологическими последствиями, связаны с нервной анорексией.

Роль акушера-гинеколога

Крайне важно, чтобы акушер-гинеколог был знаком с расстройствами пищевого поведения. Хотя аменорея больше не является частью диагностических критериев для любого расстройства пищевого поведения [1], данные расстройства могут приводить к нарушениям менструального цикла, снижению МПК и нарушению репродуктивной функции, а также общего состояния. Гинеколог может сыграть определенную роль в выявлении и лечении расстройств пищевого поведения, а также консультировать по вопросам здоровья костной ткани, аменореи и контрацепции. Хотя формальная диагностика и лечение расстройств пищевого поведения у подростков являются комплексными и не входят в практику большинства акушеров-гинекологов, важно, чтобы медицинские работники были знакомы с диагностикой и скринингом пациентов группы риска. Задержка в диагностике и лечении может иметь катастрофические последствия, включая задержку роста, остановку полового созревания, повышенный риск переломов, структурные изменения мозга и смерть [2].

Распространенность и тренды расстройств пищевого поведения

Точная распространенность расстройств пищевого поведения неизвестна из-за различий в разных подгруппах населения и недавнего изменения диагностических критериев. Хотя возраст с пиковой заболеваемостью может варьироваться в зависимости от расстройства пищевого поведения, эти нарушения обычно возникают в подростковом возрасте. Однако данные расстройства были зарегистрированы у пациентов в возрасте 5 лет, а также среди женщин старшего и среднего возраста; поэтому этот диагноз следует рассматривать для женщин любого возраста [3, 4].

Исторически сложилось, что расстройства пищевого поведения считаются болезнью белых богатых женщин. Однако теперь очевидно, что этому подвержены женщины и мужчины всех расовых, этнических и социально-экономических категорий. В большом популяционном исследовании было обнаружено, что латиноамериканки, азиатки и индийские девочки сообщили о сходных, если не более, проблемах и поведении, связанных с массой тела, как и у белых девушек. Афро-американские девочки сообщили о самом низком уровне озабоченности [5]. Сообщается, что психогенное переедание, в частности, распространено в нескольких группах расовых меньшинств [6]. Гомосексуали-

Критерии диагностики расстройств пищевого поведения

Диагноз	Критерии
Пика	1. Употребление непитательных, непищевых веществ в течение не менее 1 месяца 2. Симптомы неуклонно прогрессируют 3. Не является частью культурно поддерживаемых или социально нормативных обычаев
Мерицизм	1. Повторное отрыгивание пищи в течение, как минимум, 1 месяца 2. Исключены желудочно-кишечные или другие расстройства 3. Не развивается одновременно с другим расстройством пищевого поведения
Расстройство избирательного питания	1. Избегание или ограничение приема пищи, приводящее к неспособности удовлетворить потребности организма в питательных веществах или энергии. Связан с одним (или более) из следующего: значительная потеря массы тела или недостаточное ее увеличение с возрастом; значительный дефицит питания; зависимость от питающей трубки или добавок; или выраженное вмешательство в психосоциальное функционирование 2. Не имеет отношения к культурной практике или доступности продуктов питания 3. Не из-за чрезмерной заботы о массе тела или форме тела 4. Не объясняется медицинскими или психическими расстройствами
Нервная анорексия	1. Ограничение потребления энергии по сравнению с требуемыми, что приводит к значительному уменьшению массы тела в контексте возраста, пола, траектории развития и физического здоровья. Значительно низкая масса тела, определяемая как масса тела, которая меньше минимально нормальной для детей и подростков, или меньше минимально ожидаемой 2. Интенсивный страх набрать вес, или стать толстым, или постоянное поведение, которое мешает увеличению массы тела при значительно малом ее показателе 3. Искаженное восприятие массы тела и физической формы
Булимия	1. Периодические эпизоды обжорства* 2. Повторяющееся несоответствующее компенсаторное поведение для предотвращения увеличения массы тела (например, самоиндуцированная рвота, злоупотребление слабительными или диуретиками, голодание, чрезмерная физическая нагрузка) 3. Приступы обжорства и неправильное компенсаторное поведение происходят в среднем не реже одного раза в неделю в течение 3 месяцев 4. Самооценка неоправданно зависит от формы и массы тела 5. Нарушение не происходит исключительно во время эпизодов нервной анорексии
Обжорство	1. Периодические эпизоды обжорства* 2. Еда потребляется: быстрее, чем обычно; пока не почувствуется дискомфорт; при отсутствии аппетита; в одиночку из-за смущения, чувства отвращения, депрессии или виновности в результате 3. Явно выраженное страдание от приступов обжорства 4. Обжорство происходит в среднем не реже одного раза в неделю в течение 3 месяцев 5. Не связано с компенсаторным поведением, для предотвращения увеличения массы тела
Другие расстройства питания или пищевого поведения	Симптомы расстройства питания или пищевого поведения, приводящие к клинически значимым проблемам, которые не отвечают полным критериям для любых нарушений, перечисленных выше. В качестве примера приведем атипичную нервную анорексию: соблюдаются все критерии нервной анорексии, за исключением того, что, несмотря на значительную потерю массы тела, вес отдельных лиц находится в пределах или выше нормального диапазона.
<i>Примечания:</i> * – Эпизод обжорства характеризуется следующим: 1) употреблением в дискретный период времени (например в течение 2-часового периода) количества пищи, которое определено больше, чем то, что большинство людей будет есть в аналогичный период времени при аналогичных обстоятельствах; 2) чувство отсутствия контроля процесса или количества еды во время эпизода (например, ощущение, что нельзя перестать есть или контролировать то, что или сколько есть).	
Данные Американской психиатрической ассоциации. Питание и расстройства пищевого поведения. В: Диагностическое и статистическое руководство по психическим расстройствам. 5-е изд. Вашингтон, округ Колумбия: Американская психиатрическая публикация; 2013. С. 329–54.	

сты, бисексуалы, транссексуалы находятся в группе риска для развития расстройств пищевого поведения. В целом, одна треть молодежи, которая идентифицирует себя как гомосексуалов, бисексуалов или гетеросексуалов с историей однополого сексуального контакта, сообщили о нездоровых попытках контролировать массу тела, таких, как голодание и использование слабительных или диетических таблеток [7]. Опрос студентов колледжей, которые идентифицируются как транссексуалы или которые сообщают о неуверенности в своей сексуальной ориентации, выявил более высокий риск расстройств пищевого поведения по сравнению с любой цисгендерной группой [8]. Еще одно исследование показало, что гомосексуалисты и бисексуальные подростки чаще сообщают об использовании слабительного, чем гетеросексуальные [9].

Признаки, симптомы и факторы риска

Взрослые и подростки с расстройствами пищевого поведения могут иметь гинекологические проблемы или симптомы, включая нерегулярные менструации, аменорею, боль в области таза, атрофический вагинит и атрофию грудных желез. В этом разделе рассматриваются некоторые из этих признаков, симптомов и факторов риска.

Нарушения менструального цикла

Хотя нарушения менструального цикла больше не являются частью диагностических критериев DSM-V для любого расстройства пищевого поведения, менструальный цикл считается важным критерием при диагностике у молодых женщин и подростков с расстройствами пищевого поведения. Подробная история пубертатного развития и менструального цикла имеет решающее значение и должна быть частью оцен-

Вставка 1. Опросник SCOFF *

Вы ощущаете себя больным, потому что чувствуете себя сытым?
 Вы беспокоитесь, что потеряли контроль над тем, сколько вы едите?
 Вы недавно потеряли больше одного стуна (14 фунтов – 6,3 кг) за 3 месяца?
 Вы считаете себя полным, когда другие говорят, что вы слишком худы?
 Могли бы вы сказать, что пища доминирует над вашей жизнью?

Примечания: * – Один пункт для каждого «да»; оценка в 2 пункта указывает на вероятный случай нервной анорексии или булимии.

Перепечатано из Morgan JF, Reid F, Lacey JH. Опросник SCOFF: новый инструмент скрининга для расстройств пищевого поведения. West J Med 2000; 172: 164-5.

ки общего состояния здоровья всех подростков и молодых женщин [10]. Отсроченное половое созревание, аменорея и олигоменорея могут представлять собой симптомы у пациента с ранее не диагностированным расстройством пищевого поведения. Этиология менструальной дисфункции в этой группе связана с осью гипоталамус–гипофиз–яичники.

У пациентов с нервной анорексией истощение и уменьшение жировой массы в сочетании с низкими уровнями лептина и инсулиноподобного фактора роста-1 влияют на пульсирующую секрецию лютеинизирующего гормона [11]. Молодые женщины и подростки с расстройствами пищевого поведения и аменореей могут иметь раннюю или пульсирующую секрецию лютеинизирующего гормона, приводящую к гипогонадотропному гипогонадизму [12].

Пациенты с нервной булиимией также имеют менструальные нарушения. У некоторых пациентов с нервной булиимией может наблюдаться гипогонадотропная аменорея, как и у пациентов с нервной анорексией [13]. Было предположено наличие связи между нервной булиимией и синдромом поликистозных яичников (СПКЯ) [14]. В исследовании с использованием теста для булимии Эдинбурга у пациентов с диагнозом СПКЯ были отмечены более высокие баллы [15, 16]. Возможно, что у пациентов с СПКЯ более вероятно наличие булимического поведения или у пациентов с нервной булиимией может наблюдаться повышенная чувствительность к андрогенам, что приводит к СПКЯ [15].

Изменение когнитивных способностей

Хотя большинство пациентов не сообщают о снижении концентрации внимания своему гинекологу, снижение когнитивной функции связано с нарушениями питания, особенно нервной анорексией. Обследование 66 молодых женщин, у которых диагностировали нервную анорексию в подростковом возрасте, показало значительные различия между группами в отношении вербальных способностей, когнитивной эффективности, быстроты чтения и счета по сравнению с теми, у кого в анамнезе не было расстройств пищевого поведения. Те, у кого была анорексия, показывали более слабые результаты в сравнении с контрольными группами пациентов во всех этих областях, а также у них проявлялись нарушения вербальной памяти [17]. Этиология когнитивного дефицита у пациентов, которые страдают аменореей, не определена; изменения в структуре мозга были выявлены, но недостаточно изучены [17]. Врач-гинеколог может спросить у пациента с подозрением на расстройство пищевого поведения (или ее родителей, или опекуна) во время первоначального осмотра, не замечает ли она нарушений концентрации внимания и памяти.

Факторы риска и связанные с ними условия

Распознавание факторов риска для расстройств пищевого поведения может помочь выявить пациентов, которые должны быть дополнительно обследованы. Поведение высокого риска включает:

- тяжелое диетическое ограничение (менее 500 ккал/сут);
- пропуски приема пищи для похудения;
- длительные периоды голодания;

- самоиндуцированную рвоту;
- использование диетических таблеток, слабительных средств или диуретиков;
- компульсивные и чрезмерные физические упражнения;
- социальную изоляцию;
- раздражительность;
- паническую боязнь набрать лишний вес;
- искажение образа тела [18].

Пациенты с перфекционистскими или обсессивно-личностными типами могут подвергаться повышенному риску расстройства пищевого поведения [19]. Занятие любым видом спорта также может быть фактором риска расстройств пищевого поведения. Для получения дополнительной информации о Триаде спортсменок-женщин см. Мнение Комитета АСОГ № 702, Триада спортсменки-женщины [20]. Просто спрашивая пациентку, как она относится к своей массе тела, что она ест и в каких количествах и сколько она тренируется, можно выявить пациентов группы риска. Родители также могут дать важную информацию о питании пациента.

Для скрининга на расстройство пищевого поведения были разработаны средства скрининга, такие, как опросник SCOFF (вставка 1). Пациенты должны пройти скрининг на другие расстройства психического здоровья (например депрессию и тревогу) и опрошены на наличие суицидальных мыслей [21]. Существует высокий риск суицида у людей с расстройствами пищевого поведения, особенно у тех, у кого диагностирована нервная анорексия [22]. Когда идентифицируется или допускается риск попытки самоубийства или нанесения себе серьезных увечий, подростка следует направлять в психиатрический отдел неотложной помощи для оценки специалистом по психиатрии. Акушер-гинеколог должен уведомить тех, кто должен следить, защищать и обеспечивать безопасность пациента, даже если это означает нарушение конфиденциальности. Это может включать предоставление родителям или опекунам информации для обеспечения безопасного хранения оружия или лекарств, которые могут быть доступны пациенту.

Гинекологи также должны знать, что пациенты могут узнать о том, как уменьшить массу тела, через веб-сайты и социальные сети [23]. Существует несколько каналов Twitter, страниц Instagram и веб-сайтов, посвященных развитию расстройств пищевого поведения [24]. Эти онлайн-сайты вряд ли вызовут расстройство пищевого поведения, но они способствуют созданию нездорового образа тела и могут стать препятствием для выздоровления.

Оценка

У пациентов с расстройством пищевого поведения могут проявляться различные признаки и симптомы. Для диагностики расстройств пищевого поведения полезны физический осмотр и лабораторные анализы.

Физикальный осмотр

Акушеры-гинекологи должны знать, что независимо от того, где показатель массы тела пациента или индекс массы тела (ИМТ) отклоняется от кривой роста, возможно наличие расстройства пищевого поведения. Быстрое уменьшение

Предлагаемая классификация степени недоедания для подростков и молодых людей с расстройствами пищевого поведения

Показатель	Степень недоедания		
	Слабая	Умеренная	Сильная
Процент медианного ИМТ	80-90%	70-79%	Менее 70%
Уменьшение массы тела	Более 10%	Более 15%	Более 20% в течение года или более 10% в течение полугода

массы тела или ее колебания могут быть первым признаком расстройства пищевого поведения. Наиболее частым проявлением у пациента с нервной анорексией является уменьшение массы тела, хотя ИМТ может оставаться в нормальном или избыточном диапазоне. В раннем пубертатном возрасте у пациентки может произойти относительное уменьшение массы тела, если она не сможет поддерживать ожидаемую траекторию повышения массы тела или ИМТ [25]. Пациенты с нервной булимией часто имеют нормальную или повышенную массу тела, что подчеркивает необходимость скрининга [1]. Несмотря на то что Центры по контролю и профилактике заболеваний и DSM-V используют ИМТ с менее чем пятым процентилем по возрасту в качестве отсечки для диагностики пациентов с недостаточной массой тела, пациенты с нарушениями питания, у которых ИМТ больше этого процентиля, могут также страдать от недоедания [1, 26].

Общество здоровья и медицины подростков определило систему классификации тяжести недоедания на основе ИМТ (таблица 2).

Первоначальная оценка должна включать жизненно важные признаки с ортостатическими свойствами. Особое внимание следует уделить повышению частоты пульса, поскольку оно может помочь выявить страдающую от недоедания сердечно-сосудистую систему и является ключевым показателем для госпитализации. Другие результаты физикального осмотра, которые могут свидетельствовать о самоиндуцированной рвоте, включают в себя порчу зубов, увеличение паротидных желез и признак Рассела (мозоли на костяшках кистей). Есть также несколько дерматологических признаков сильной нервной анорексии, включая ксероз (сухая кожа) и ланугоподобные волосы на теле [27].

Лабораторное тестирование

Все пациенты с подозрением на расстройство пищевого поведения должны пройти первоначальное лабораторное обследование, включающее следующие компоненты:

- полный анализ крови;
- измерение сывороточных электролитов;
- измерение уровня кальция, магния и глюкозы;
- тесты на функции печени;
- анализ мочи;
- измерение уровня тиротропина [25].

Обследование также должно включать электрокардиограмму. Если пациент имеет олигоменорею или аменорею, лабораторные исследования должны включать тест на беременность, уровни эстрадиола, фолликулостимулирующего гормона, лютеинизирующего гормона, тиреотропного гормона и уровень пролактина в сыворотке крови [20, 25].

Оценка минеральной плотности костей

Расстройства пищевого поведения могут влиять на здоровье костей. До 85% женщин с нервной анорексией имеют низкую МПК, при этом существует одно исследование, сообщающее, что риск переломов среди подростков с нервной анорексией на 59% выше, чем у ровесников из контрольной группы [28–30]. Пациенты с нервной булимией также имеют повышенный риск развития низкой МПК, хотя это проявляется не так часто и не с таким тяжелым течением, как у пациентов с нервной анорексией [31]. Опасен не только

повышенный риск серьезного перелома, но и возможная необратимость нанесенного ущерба [31]. Сообщалось о боли, физических ограничениях, уменьшении роста и постуральных дефектах [32].

Точный механизм аномальной минерализации костей у пациентов с расстройствами пищевого поведения, вероятно, многофакторный и связан не только с дисбалансом энергии, но также с дефицитом витамина D и кальция, гипогонадизмом, уменьшением уровня инсулиноподобного фактора роста-1, повышенным уровнем глюкокортикоидов, повышением воспалительных маркеров и снижением мышечной массы [31, 33]. Степень влияния на плотность костной ткани, скорее всего, определяется сроками и продолжительностью расстройства пищевого поведения [31]. Эффект может быть еще более сильным у подростков, потому что они теряют костную массу в то время, которое имеет решающее значение для нормального роста и развития костей.

Оценка МПК у подростков с расстройствами пищевого поведения должна проводиться с использованием двухэнергетической рентгеновской абсорбциометрии (DXA) с использованием программного обеспечения, специфичного для определенного возраста [25, 34]. В большинстве исследований, оценивающих МПК у подростков, используются DXA всего тела или участков поясничного отдела позвоночника [28, 35, 36]. Конференция по детскому развитию Международного общества клинической денситометрии определяет остеопороз у детей как Z-показатель менее -2 в дополнение к наличию вторичных факторов риска, которые отражают краткосрочный риск потери и МПК [36]. Частота и показания для исследования состояния костной ткани у данной группы не установлены, но должны рассматриваться для пациентов с аменореей в течение 6–12 месяцев.

Подходы к лечению

Поскольку расстройства пищевого поведения являются комплексными и влияют на психологическое и физическое здоровье, необходим мультидисциплинарный подход. Все медицинские работники, ухаживающие за этими пациентами, должны сотрудничать и делать одни и те же четкие и последовательные назначения. Акушеры-гинекологи должны убедиться, что другие медицинские работники знают о гинекологическом лечении этих пациентов. Большинство команд включают в себя сотрудников первичной медико-санитарной помощи, диетолога и специалиста по поведенческому здоровью, имеющего опыт или знания по расстройствам пищевого поведения [19, 37]. В сельских районах или общинах, которые не имеют доступа к поставщикам медицинских услуг, обладающих опытом в лечении расстройств пищевого поведения, могут использоваться технологии телемедицины [38].

Лечение и восстановление

Существует несколько эффективных методов лечения пациентов с расстройствами пищевого поведения. Большинство пациентов могут успешно лечиться в амбулаторных условиях. Некоторые пациенты нуждаются в стационарном лечении, особенно при наличии неудавшихся попыток [25]. Точный план лечения зависит от вида расстройства питания и индивидуума, но может включать в себя семейную терапию, ког-

Вставка 2. Показания для госпитализации у подростков с расстройством пищевого поведения

Одна или несколько из следующих причин оправдывают госпитализацию:

1. Масса тела меньше либо равна 75% от среднего показателя массы тела для данного возраста и пола
2. Обезвоживание
3. Электролитные нарушения (гипокалиемия, гипонатриемия, гипофосфатемия)
4. Нарушения в ЭКГ (например удлинений интервал QTc или тяжелая брадикардия)
5. Физиологическая нестабильность:
 - сильная брадикардия (сердечный ритм менее 50 ударов в 1 минуту в дневное время, менее 45 ударов в 1 минуту ночью);
 - гипотермия (температура тела менее 96 градусов по Фаренгейту – 35,6 градусов Цельсия);
 - ортостатическое увеличение пульса (более 20 ударов в 1 минуту) или снижение артериального давления (более 20 мм рт. ст. систолическое или более 10 мм рт.ст. диастолическое)
6. Остановка роста и развития
7. Отказ от амбулаторного лечения
8. Категорический отказ от пищи
9. Неконтролируемое самоочищение
10. Острые медицинские осложнения недоедания (например обмороки, судороги, сердечная недостаточность, панкреатит и т.д.).
11. Сопутствующие психиатрические или медицинские состояния, которые делают невозможным или ограничивают соответствующее амбулаторное лечение (например, тяжелая депрессия, суицидальные мысли, обсессивно-компульсивное расстройство, сахарный диабет 1-го типа)

Модифицировано из Golden NH, Katzman DK, Sawyer SM, Ornstein RM, Rome ES, Garber AK, et al. Позиция Общества здоровья и медицины подростков: медицинское лечение расстройств пищевого поведения у подростков и молодых людей. Общество здоровья и медицины подростков. J Adolesc Health 2015; 56: 121-5.

нитивную поведенческую терапию и редко – лекарственную терапию. В дополнение к питанию планы лечения должны касаться любых основных психических расстройств. Хотя акушер-гинеколог не должен лечить расстройства пищевого поведения, он должен быть знаком с критериями, которые гарантируют немедленную госпитализацию для медицинской стабилизации (вставка 2). Для пациентов с риском расстройства пищевого поведения, которые не отвечают критериям немедленной госпитализации, акушер-гинеколог должен обеспечить направление к необходимому специалисту.

Восстановление массы тела

Основой лечения для каждого расстройства пищевого поведения является нормализация структуры питания. Восстановление массы тела является основной целью терапии для нервной анорексии и обязательным условием для возобновления менструаций и улучшения МПК. Предпочтительно, чтобы работник первичной медико-санитарной помощи, лечащий расстройства пищевого поведения пациента, а не акушер-гинеколог, был тем, кто взвешивает пациента, потому что сам факт взвешивания может провоцировать большую и нанести ущерб ее выздоровлению.

Если необходимо определить массу тела пациента, следует принять меры предосторожности, чтобы гарантировать, что пациент не может повлиять на результат (например, пациент должен быть взвешен после опорожнения, раздет или носить только сорочку), или не мог увидеть результат (например, показания должны быть невидимыми для пациента), или и то, и другое. Поскольку большинство данных демонстрируют возобновление менструаций с возвратом к нормальной массе тела, возобновление менструаций у пациентки используется для отслеживания ее прогресса и связано с улучшением МПК [33, 39]. Точный ИМТ и интервал времени между восстановлением массы тела и началом менструаций являются переменными [11, 40].

Восстановление массы тела – лучшее лечение для низкой МПК, вызванное неупорядоченной едой. В большом систематическом обзоре было обнаружено девять исследований высокого качества, которые показали улучшение МПК с увеличением массы тела или восстановлением ее у пациентов с анорексией по данным DXA. Хотя в том же обзоре сообщается о восьми исследованиях, которые не показали улучшения, при этом исследования классифицированы

как беспристрастные и среднего качества [28]. Некоторые данные свидетельствуют о том, что увеличение массы тела без восстановления менструаций не улучшает МПК [33, 39]. Однако даже у пациентов, у которых менструации возобновляются, уровень МПК может не восстанавливаться полностью до нормального уровня [41].

Для пациентов с низкой МПК можно рекомендовать назначение кальция (1000–1300 мг в день) и витамина D (600 международных единиц в день); однако нет никаких доказательств того, что добавка витамина улучшает МПК [42]. У пациента должен быть проверен уровень 25-ОН-D₃, и если он составляет менее 30 нг/мл, пациенту следует назначать витамин D дополнительно в течение 6–8 недель по 2000 международных единиц ежедневно или 50 000 международных единиц в неделю [39]. Отсутствуют данные об использовании бифосфонатов у подростков с расстройствами пищевого поведения; поэтому использование бифосфонатов в этой категории не рекомендуется [33].

Медицинское лечение и контрацепция

Наиболее результативная терапия для лечения аменореи и МПК, помимо восстановления массы тела, неизвестна. Альтернативные комбинации гормонов могут играть определенную роль в будущем, хотя в настоящее время недостаточно данных для поддержки такого подхода.

Гормональное лечение аменореи

По согласованию с Американской академией педиатрии и общественного здоровья и медицины подростков Американский колледж акушеров и гинекологов рекомендует не использовать исключительно комбинированные оральные контрацептивы (КОК) для лечения аменореи, связанной с расстройствами пищевого поведения [25, 33]. Исследования, связанные с КОК, не установили улучшение МПК у пациентов с нервной анорексией [25, 33]. Кроме того, КОК приводят к появлению менструальных кровотечений, а в данном случае восстановление менструации нельзя использовать в качестве критерия клинического прогресса или улучшения пищевого поведения пациента.

Предупреждение беременности

Для сексуально активных пациентов с расстройствами пищевого поведения необходимо индивидуальное консуль-

тирование по вопросам контрацепции. Показатели фертильности среди пациентов с нервной анорексией обсуждаются в литературе, но понятно, что пациенты с расстройствами пищевого поведения могут забеременеть. Беременность у пациентов с расстройством пищевого поведения несет в себе риски, включая небольшую окружность головы плода и повышенную вероятность послеродовой депрессии и приступов тревожности после родов [14].

Некоторые исследования показывают, что у пациенток с нервной анорексией чаще бывает незапланированная беременность и имеет место более высокий уровень аборт [43, 44]. Сообщалось о более высоких показателях неиспользования противозачаточных средств или неправильном использовании, использовании менее эффективных методов контрацепции и о прекращении приема препарата среди женщин с симптомами нарушений психического здоровья (например депрессия и тревожность) по сравнению с бессимптомными женщинами [45]. Консультирование по всем методам, в том числе обратимым методам контрацепции длительного действия, является хорошим подходом к принятию решений для выбора контрацептивов.

Медроксипрогестерона ацетат не только влияет на характер менструаций, но также может приводить к уменьшению МПК [46], и поэтому должен использоваться с осторожностью у пациентов с нервной анорексией. Однако эти неблагоприятные эффекты должны быть сбалансированы с риском незапланированной беременности. Все гормональные контрацептивы, в том числе КОК, препараты прогестерона, имплантаты этаногестрола и содержащие левоноргестрел внутриматочные системы (ВМС), могут привести к регулярному кровотоку, нерегулярным менструациям или аменорее, тем самым маскируя возобновление спонтанных менструаций. Преимущества медных ВМС в том, что они эффективны, долго действуют и не влияют на характер менструаций. Если пациент выбирает КОК или другой метод, который маскирует возобновление менструаций, могут понадобиться другие кри-

терии для отслеживания клинического улучшения или прогрессирования расстройства пищевого поведения.

Независимо от выбранного метода, всем пациентам следует рекомендовать постоянное использование презервативов (использование двойного метода) и регулярное тестирование на инфекции, передаваемые половым путем.

Новые методы лечения

Использование гормональной заместительной терапии было исследовано у подростков и молодых женщин, хотя большая часть информации основана на небольших исследованиях. Показано, что трансдермальный эстроген, полученный в физиологических дозах, в сочетании с циклическим прогестероном увеличивает МПК у подростков с нервной анорексией [47]. В другом исследовании, где принимали участие 80 девочек-подростков и женщин (13–27 лет) с нервной анорексией, дегидроэпиандростерон, назначаемый в сочетании с эстрогеном ежедневно в течение 3 месяцев, а затем КОК в течение 15 месяцев поддерживали МПК в течение 18-месячного периода исследования [48]. Инсулиноподобный фактор роста-1, сам по себе или в сочетании с КОК, также увеличивал МПК [49].

Точные дозы и комбинации еще предстоит определить, но, возможно, альтернативная гормональная терапия может сыграть в будущем свою роль в сохранении минеральных свойств костей у подростков с расстройствами пищевого поведения. Необходимы дополнительные исследования для формирования о будущих вариантах лечения.

ВЫВОДЫ

Акушеры-гинекологи могут обеспечить важные аспекты лечения подростков с расстройствами пищевого поведения – от диагностики до лечения аменореи и контрацепции. Необходимы дальнейшие исследования для определения передовых методов лечения, включая лечение низкой МПК, нарушений менструального цикла и профилактики нежелательной беременности.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- American Psychiatric Association. Feeding and eating disorders. In: Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th ed. Washington, DC: American Psychiatric Publishing; 2013:329–54.
- Golden NH, Katzman DK, Kreipe RE, Stevens SL, Sawyer SM, Rees J, et al. Eating disorders in adolescents: position paper of the Society for Adolescent Medicine. *J Adolesc Health* 2003;33:496–503.
- Pinhas L, Morris A, Crosby RD, Katzman DK. Incidence and age-specific presentation of restrictive eating disorders in children: a Canadian Paediatric Surveillance Program study. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2011;165:895–9.
- Micali N, Martini MG, Thomas JJ, Eddy KT, Kothari R, Russell E, et al. Lifetime and 12-month prevalence of eating disorders amongst women in mid-life: a population-based study of diagnoses and risk factors. *BMC Med* 2017;15:12.
- Neumark-Sztainer D, Croll J, Story M, Hannan PJ, French SA, Perry C. Ethnic/racial differences in weight-related concerns and behaviors among adolescent girls and boys: findings from Project EAT. *J Psychosom Res* 2002;53: 963–74.
- Jennings KM, Kelly-Weeder S, Wolfe BE. Binge eating among racial minority groups in the United States: an integrative review. *J Am Psychiatr Nurses Assoc* 2015;21: 117–25.
- Hadland SE, Austin SB, Goodenow CS, Calzo JP. Weight misperception and unhealthy weight control behaviors among sexual minorities in the general adolescent population. *J Adolesc Health* 2014;54:296–303.
- Diemer EW, Grant JD, Munn-Chernoff MA, Patterson DA, Duncan AE. Gender identity, sexual orientation, and eating-related pathology in a national sample of college students. *J Adolesc Health* 2015;57:144–9.
- Austin SB, Nelson LA, Birkett MA, Calzo JP, Everett B. Eating disorder symptoms and obesity at the intersections of gender, ethnicity, and sexual orientation in US high school students. *Am J Public Health* 2013;103:e16–22.
- Menstruation in girls and adolescents: using the menstrual cycle as a vital sign. Committee Opinion No. 651. American College of Obstetricians and Gynecologists. *Obstet Gynecol* 2015;126:e143–6.
- Misra M, Klibanski A. Anorexia nervosa and its associated endocrinopathy in young people. *Horm Res Paediatr* 2016; 85:147–57.
- Boyar RM, Katz J, Finkelstein JW, Kapen S, Weiner H, Weitzman ED, et al. Anorexia nervosa. Immaturity of the 24-hour luteinizing hormone secretory pattern. *N Engl J Med* 1974;291:861–5.
- Resch M, Szendei G, Haasz P. Bulimia from a gynecological view: hormonal changes. *J Obstet Gynaecol* 2004;24: 907–10.
- Kimmel MC, Ferguson EH, Zerwas S, Bulik CM, Meltzer-Brody S. Obstetric and gynecologic problems associated with eating disorders. *Int J Eat Disord* 2016;49:260–75.
- Naessens S, Carlstrom K, Garoff L, Glant R, Hirschberg AL. Polycystic ovary syndrome in bulimic women—an evaluation based on the new diagnostic criteria. *Gynecol Endocrinol* 2006;22:388–94.
- McCluskey S, Evans C, Lacey JH, Pearce JM, Jacobs H. Polycystic ovary syndrome and bulimia. *Fertil Steril* 1991; 55:287–91.
- Chui HT, Christensen BK, Zipursky RB, Richards BA, Hanratty MK, Kabani NJ, et al. Cognitive function and brain structure in females with a history of adolescent-onset anorexia nervosa. *Pediatrics* 2008;122:e426–37.
- Golden NH, Schneider M, Wood C. Preventing obesity and eating disorders in adolescents. Committee on Nutrition, Committee on Adolescence, Section on Obesity. *Pediatrics* 2016;138:e20161649.
- Lock J, La Via MC. Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with eating disorders. American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (AACAP) Committee on Quality Issues (CQI). *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2015;54:412–25.
- Female athlete triad. Committee Opinion No. 702. American College of Obstetricians and Gynecologists. *Obstet Gynecol* 2017;129:e160–7.
- Mental health disorders in adolescents. Committee Opinion No. 705. American College of Obstetricians and Gynecologists. *Obstet Gynecol* 2017;130:e32–41.
- Kostro K, Lerman JB, Attia E. The current status of suicide and self-injury in eating disorders: a narrative review. *J Eat Disord* 2014;2:19.
- Peebles R, Wilson JL, Litt IF, Hardy

- KK, Lock JD, Mann JR, et al. Disordered eating in a digital age: eating behaviors, health, and quality of life in users of websites with pro-eating disorder content. *J Med Internet Res* 2012;14:e148.
24. Gale L, Channon S, Larner M, James D. Experiences of using pro-eating disorder websites: a qualitative study with service users in NHS eating disorder services. *Eat Weight Disord* 2016;21:427–34.
25. Rosen DS. Identification and management of eating disorders in children and adolescents. *American Academy of Pediatrics Committee on Adolescence. Pediatrics* 2010; 126:1240–53.
26. Centers for Disease Control and Prevention. About child and teen BMI. Atlanta (GA): CDC; 2015.
27. Strumia R. Eating disorders and the skin. *Clin Dermatol* 2013;31:80–5.
28. El Ghoch M, Gatti D, Calugi S, Vianina O, Bazzani PV, Dalle Grave R. The association between weight gain/restoration and bone mineral density in adolescents with anorexia nervosa: a systematic review. *Nutrients* 2016;8:e769.
29. Fazeli PK, Klibanski A. Bone metabolism in anorexia nervosa. *Curr Osteoporos Rep* 2014;12:82–9.
30. Faje AT, Fazeli PK, Miller KK, Katzman DK, Ebrahimi S, Lee H, et al. Fracture risk and areal bone mineral density in adolescent females with anorexia nervosa. *Int J Eat Disord* 2014;47:458–66.
31. Solmi M, Veronesi N, Correll CU, Favaro A, Santonastaso P, Caregari L, et al. Bone mineral density, osteoporosis, and fractures among people with eating disorders: a systematic review and meta-analysis. *Acta Psychiatr Scand* 2016;133: 341–51.
32. Donaldson AA, Gordon CM. Skeletal complications of eating disorders. *Metabolism* 2015;64:943–51.
33. Golden NH, Katzman DK, Sawyer SM, Ornstein RM, Rome ES, Garber AK, et al. Update on the medical management of eating disorders in adolescents. *J Adolesc Health* 2015;56:370–5.
34. Golden NH, Abrams SA. Optimizing bone health in children and adolescents. *Committee on Nutrition. Pediatrics* 2014;134:e1229–43.
35. Binkovitz LA, Henwood MJ. Pediatric DXA: technique and interpretation. *Pediatr Radiol* 2007;37:21–31.
36. Misra M, Golden NH, Katzman DK. State of the art systematic review of bone disease in anorexia nervosa. *Int J Eat Disord* 2016;49:276–92.
37. Findlay S, Pinzon J, Taddeo D, Katzman D. Family-based treatment of children and adolescents with anorexia nervosa: guidelines for the community physician. *Paediatr Child Health* 2010;15:31–40.
38. Health disparities in rural women. *Committee Opinion No. 586. American College of Obstetricians and Gynecologists. Obstet Gynecol* 2014;123:384–8.
39. Golden NH, Katzman DK, Sawyer SM, Ornstein RM, Rome ES, Garber AK, et al. Position paper of the Society for Adolescent Health and Medicine: medical management of restrictive eating disorders in adolescents and young adults. *Society for Adolescent Health and Medicine. J Adolesc Health* 2015;56:121–5.
40. Golden NH, Jacobson MS, Sterling WM, Hertz S. Treatment goal weight in adolescents with anorexia nervosa: use of BMI percentiles. *Int J Eat Disord* 2008;41:301–6.
41. Herzog W, Minne H, Deter C, Leidig G, Schellberg D, Wuster C, et al. Outcome of bone mineral density in anorexia nervosa patients 11.7 years after first admission. *J Bone Miner Res* 1993;8:597–605.
42. Winzenberg TM, Powell S, Shaw KA, Jones G. Vitamin D supplementation for improving bone mineral density in children. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2010, Issue 10. Art. No.: CD006944. DOI: 10.1002/14651858.CD006944.pub2.
43. Bulik CM, Hoffman ER, Von Holle A, Torgersen L, Stoltenberg C, Reichborn-Kjennerud T. Unplanned pregnancy in women with anorexia nervosa. *Obstet Gynecol* 2010;116:1136–40.
44. 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 [published erratum appears in *BJOG* 2015;122: 892]. *BJOG* 2014;121:408–16.
45. Hall KS, Steinberg JR, Cwiak CA, Allen RH, Marcus SM. Contraception and mental health: a commentary on the evidence and principles for practice. *Am J Obstet Gynecol* 2015;212:740–6.
46. Kaunitz AM, Darney PD, Ross D, Wolter KD, Speroff L. Subcutaneous DMPA vs. intramuscular DMPA: a 2-year randomized study of contraceptive efficacy and bone mineral density. *Contraception* 2009;80:7–17.
47. Misra M, Katzman D, Miller KK, Mendes N, Snelgrove D, Russell M, et al. Physiologic estrogen replacement increases bone density in adolescent girls with anorexia nervosa. *J Bone Miner Res* 2011;26:2430–8.
48. DiVasta AD, Feldman HA, Beck TJ, LeBoff MS, Gordon CM. Does hormone replacement normalize bone geometry in adolescents with anorexia nervosa? *J Bone Miner Res* 2014;29:151–7.
49. Grinspoon S, Thomas L, Miller K, Herzog D, Klibanski A. Effects of recombinant human IGF-I and oral contraceptive administration on bone density in anorexia nervosa. *J Clin Endocrinol Metab* 2002;87:2883–91.