

## **Клинические критерии стационарирования в недобровольном порядке больных с нарушениями пищевого поведения**

*А.Е. Брюхин, Е.Ю. Онегина, Р.И. Маковеев, А.В. Ушкалова*

Кафедра психиатрии и медицинской психологии РУДН, г. Москва

В последние десятилетия повсеместно, в том числе и в нашей стране увеличивается заболеваемость такими расстройствами пищевого поведения как нервная анорексия (НА) и нервная булимия (НБ). Отмечается известный патоморфоз этих болезней, преимущественно в виде роста булимической симптоматики, возникновение заболеваний в молодом (препубертатном и детском) возрасте, учащение случаев НА и НБ у мужчин. Нередки случаи первичного обращения к психиатрам в инволюционном возрасте. НА и НБ — заболевания, в клинической картине которых тесно сочетаются и оказывают взаимовлияние полиморфные психические нарушения и выраженная вторичная соматоэндокринная патология. Истощение, вплоть до глубокой степени кахексии с полиорганными нарушениями являются угрожающими для жизни и в 5-15 % случаев приводят по данным мировой статистики к летальным исходам.

В основе психопатологии НА и НБ лежит специфический синдром дисморфофобии-дисморфомании в сочетании с аффективной, невротической и личностной патологией. При похудании искажается восприятие образа своего тела вплоть до нарушения его схемы, что часто лежит в основе не критического отношения больных к тяжести их соматического состояния и грубой недооценки степени истощения. По сути в результате болезни резко снижается или даже утрачивается инстинкт самосохранения.

В соответствии с МКБ-10 и многими национальными классификациями психических болезней НА и НБ относятся либо к психосоматическим заболеваниям, либо к пограничным психическим нарушениям, что вызывает затруднения при решении вопроса о недобровольной госпитализации в психиатрический стационар. Основываясь на многолетнем изучении больных с нарушениями пищевого поведения, на кафедре разработаны клинические критерии, позволяющие правильно выработать лечебно-реабилитационную тактику при госпитализации пациентов.

К ним относятся: тяжесть и глубина кахексии (индекс массы тела  $\leq 15$  с утратой критического отношения больных к своему соматическому состоянию, паранойальный (сверхценно-бредовой) характер патологического недовольства своей внешностью, нередко в сочетании с паранойальной ипохондрической симптоматикой; наличие сенестопатических расстройств, преимущественно касающихся желудочно-кишечного тракта; массивная булимическая симптоматика с частым, многократным в течение дня вызыванием искусственных рвот, что приводит к тяжелым сомато-эндокринным нарушениям; грубое психопатическое, нередко агрессивное и аутоагрессивное поведение, обусловленное нарушениями пищевого инстинкта и аффективной патологией. Своевременная адекватная диагностика тяжести расстройств пищевого поведения с осуществлением мер ограничительного характера при стационарировании в психиатрическую клинику, позволяет избежать опасных для жизни пациентов осложнений болезни и минимизировать вероятность летальных исходов.