

РОЗЛАДИ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ: серйозність проблеми та сучасні підходи до її вирішення

Ознаками розладів харчової поведінки є обмеження в їжі або, навпаки, переїдання, зумовлені, як правило, спровокованим блюванням чи виснажливим фізичним навантаженням, що спричинені зазвичай проблемами психологічного характеру. Такі розлади часто супроводжуються підвищеною тривожністю й депресією, призводять до тяжких наслідків для здоров'я, погіршення якості життя і навіть смерті. До вашої уваги представлено огляд публікації E. Attia and T. Walsh «Eating Disorders. A Review» видання *JAMA* (2025; 333 [14]: 1242–1252), присвяченої узагальненню сучасних даних досліджень щодо епідеміології, діагностування та лікування пацієнтів із нервовою анорексією, нервовою булімією та компульсивним переїданням.

У Діагностичному та статистичному посібнику з психічних розладів п'ятого переглянутого видання (DSM-5-TR) описано три поширені та добре охарактеризовані розлади харчової поведінки: нервова анорексія та булімія і компульсивне переїдання. Менш повно охарактеризовано розлад уникнення / обмеження споживання їжі (ARFID), уперше визначений 2013 року в DSM-5. Розлади харчової поведінки (РХП) уражають осіб різного расового та етнічного походження в усьому світі, а соціокультурні уявлення про худорлявість пов'язані з незадоволеністю тілом і порушеннями харчової поведінки серед підлітків у багатьох країнах. (Lai et al., 2013; Uchoa et al., 2019; Sabry et al., 2020).

Наприклад, у США компульсивне переїдання, нервова булімія та нервова анорексія уражають приблизно 1,5 млн 500 тис. і 175 тис. дорослих відповідно. Такі розлади частіше фіксують у жінок, ніж у чоловіків, зі співвідношенням 12 : 1 — для нервової анорексії; 5,8 : 1 — для нервової булімії та 3 : 1 — для компульсивного переїдання (Udo et al., 2018).

РХП поведінки мають як генетичні, так і екологічні чинники ризику. Дані масштабних досліджень близнюків свідчать про генетичну схильність до РХП, причому коефіцієнти спадковості (показники, що варіюють від 0 [без генетичного внеску] до 1 [спадковість 100 %]) становлять: 0,38–0,74 — для нервової анорексії; 0,55–0,62 — для нервової булімії та 0,39–0,45 — для компульсивного переїдання (Yilmaz et al., 2015).

Зокрема, на розвиток згаданих розладів може мати вплив взаємодія генетичної схильності з недоїданням і життєвими стресами впродовж періоду від зачаття до підліткового віку. Економічний тягар, зумовлений РХП у США через витрати на медичну допомогу та втрати продуктивності на робочих місцях, за 2018–2019 рр. сягав 64,7 млрд доларів (Streatfeild et al., 2021).

E. Attia and T. Walsh узагальнили сучасні дані щодо епідеміології, діагностування та лікування пацієнтів із нервовою анорексією, нервовою булімією та компульсивним переїданням. Із червня 2023 року до жовтня 2024 року в базі даних PubMed було здійснено пошук англійських публікацій про дослідження розладів харчової поведінки (епідеміології, діагностики, оцінювання стану пацієнтів та лікування). Автори надавали пріоритет систематичним оглядам, клінічним рекомендаціям, а також результатам рандомізованих клінічних досліджень (РКД), опублікованим упродовж попередніх п'яти років.

До огляду увійшли 79 публікацій (13 метааналізів і систематичних оглядів, дев'ять наративних оглядів, сім клінічних настанов; 25 статей із результатами РКД, 21 — епідеміологічних, обсерваційних або поздовжніх досліджень; чотири діагностичні посібники). У багатьох високоякісних метааналізах, було представлено розміри ефекту замість абсолютних показників. Стандартизована середня різниця, коефіцієнт Коена *d* та коефіцієнт Хеджеса *g* інтерпретували як: 0,2 — незначний; 0,5 — середній; 0,8 — значний ефект.

Клінічні ознаки розладів харчової поведінки

Діагностичні критерії РХП, наведені в DSM-5-TR та Міжнародній класифікації хвороб Всесвітньої організації охорони здоров'я 11-го перегляду (МКХ-11), є подібними. Їхня визначальна риса — це суттєве порушення харчової поведінки або поведінки, пов'язаної з харчуванням, причому кожен такий розлад пов'язаний із різними поведінковими порушеннями (рисунком).

Серед чинників ризику розвитку РХП сімейний анамнез таких розладів і жорстоке поводження в дитинстві, як-от емоційне, фізичне або сексуальне насильство, хоча такі особи часто не повідомляють про жоден із них (Molendijk et al., 2017).

ДИФЕРЕНЦІАЛЬНА ДІАГНОСТИКА ТА ВРАХУВАННЯ КОМОРБІДНОСТІ ЗА РХП

Інші соматичні захворювання

- Ознайомтеся з історією хвороби та результатами лабораторних аналізів для визначення ознак шлунково-кишкових захворювань, харчової алергії та злоякісних новоутворень або інших станів, які можуть впливати на масу тіла (як-от хвороба Крона)

Інші психічні захворювання

- Депресія та тривожні розлади часто поєднуються з РХП
- Обсесивно-компульсивний розлад, пов'язаний з нервовою анорексією
- ARFID, пов'язаний із PCA

Розлади, пов'язані із вживанням ПАР

- Комппульсивне переїдання, асоційоване з вживанням алкоголю та іншими розладами, пов'язаними з вживанням ПАР

ДІАГНОСТИКА ТА КЛАСИФІКАЦІЯ РХП

Нервова анорексія

- Суворе обмеження споживання їжі
- Критично низька маса тіла
- Інтенсивний страх збільшення ваги
- Підтипи: рестриктивний або комппульсивного переїдання / пургативний
- Множинні фізіологічні розлади (як-от брадикардія, гіпотензія)

Нервова булімія

- Повторювані епізоди переїдання з подальшим блюванням / застосуванням проносних засобів
- Надмірна стурбованість щодо маси тіла або фігури
- Переїдання та очищення ШКТ ≥ 1 раз на тиждень протягом 3 місяців

Компульсивне переїдання

- Повторювані епізоди переїдання
- ≥ 3 ознак втрати контролю: тахіфагія, дискомфорт від насичення, комппульсивне переїдання без відчуття голоду, їда наодинці через сором, засмучення після їди
- Виразний дистрес через процес їди
- Комппульсивне переїдання ≥ 1 раз на тиждень протягом 3 місяців

ARFID

- Обмеження споживання їжі, що призводить до ≥ 1 із таких наслідків: втрата ваги, дефіцит поживних речовин, залежність від харчових добавок, порушення функціонування
- Немає надмірного занепокоєння щодо власної фігури / маси тіла

Фізіологічні розлади, пов'язані з масою та/або очищенням ШКТ, трапляються за всіх РХП, але вони є найчастішими та найтяжчими за нервової анорексії

Міркування щодо стратегії лікування

- Тривалість захворювання
- Тяжкість відхилень від нормальної ваги

- Доступ до лікування
- Анамнез лікування

- Залучення батьків
- Суїцидальність

- Інші медичні ускладнення (як-от порушення електролітного балансу, гіпотензія)

- Відновлення ваги
- Підхід, оснований на участі членів сім'ї, для підлітків
- Обмежена користь фармакотерапії

- КПТ і CІЗЗС є ефективними
- Флуоксетин (60 мг/добу) схвалений FDA

- КПТ, міжособистісна терапія та лікування антидепресантами зменшують комппульсивне переїдання
- Ліздексамфетамін (50–70 мг/добу) також сприяє зниженню ваги та схвалений FDA

- Поведінкова терапія для збільшення різноманітності й кількості вживаної їжі

Примітки: РХП — розлади харчової поведінки; ARFID — розлади уникнення / обмеження споживання їжі; PCA — розлади спектра аутизму; ПАР — психоактивні речовини; ШКТ — шлунково-кишковий тракт; КПТ — когнітивно-поведінкова терапія; CІЗЗС — селективні інгібітори зворотного захоплення серотоніну; FDA — Управління за контролю за якістю харчових продуктів і лікарських засобів США.

Рисунок. Диференціальна діагностика, оцінювання стану та лікування пацієнтів із розладами харчової поведінки

Адаптовано згідно з E. Attia and T. Walsh Eating Disorders. A Review. JAMA. 2025. 333 № 14. P. 1242–1252.

Участь у заняттях, пов'язаних із підвищеною увагою до статури або маси тіла (гімнастика, балет, моделінг), пов'язують із розвитком нервової анорексії та нервової булімії (Bratland-Sanda et al., 2013; Bogar et al., 2024).

Поширеність діагнозів РХП серед представників сексуальних і гендерних меншин впродовж життя є вищою, ніж у загальній популяції. За даними опитування 36309 дорослих у США, 3,6 % тих, хто повідомив про належність до сексуальної меншини, мали діагноз РХП, порівняно з 1,6 % тих, хто не належав до таких меншин (відношення шансів [ВШ] 1,96; 95 % довірчий інтервал [ДІ] 1,31–2,94) (Kamody et al., 2020).

Із часом діагноз РХП може змінюватися, наприклад за нервової анорексії в особи, яка відновила вагу, пізніше може розвинути поведінка, пов'язана з переїданням, що відповідає критеріям нервової булімії. Так, протягом шестирічного періоду спостереження за 793 пацієнтами з РХП у 33 зі 197 осіб (16,8 %) із нервовою анорексією розвинулася нервова булімія (Castellini et al., 2011).

Часто РХП поєднуються з іншими психічними розладами, як-от великий депресивний (ВДР), біполярний афективний та обсесивно-компульсивний розлади, тривожні розлади та порушення, пов'язані зі вживанням психоактивних речовин (ПАР).

Серед пацієнтів із РХП тривожні розлади та ВДР є найпоширенішими коморбідними психічними захворюваннями. Наприклад, у США поширеність ВДР протягом життя серед осіб із нервовою булімією становила 76,3 %; із комппульсивним переїданням — 65,5 %; із нервовою анорексією — 49,5 %; поширеність тривожних розладів протягом життя серед осіб із нервовою булімією сягала 44,6 %, із комппульсивним переїданням — 59,0 %, із нервовою анорексією — 40,5 % (Udo et al., 2019).

У дослідженні за участю 36171 респондентів, оцінки поширеності спроб самогубства становили 31,4 % для осіб із нервовою булімією; 24,9 % — із нервовою анорексією та 22,9 % — із комппульсивним переїданням (Udo and Bitley et al., 2019). Для осіб із РХП рекомендовано комплексне обстеження на наявність психічних розладів і порушень, пов'язаних із вживанням ПАР.

Нервова анорексія

Для нервової анорексії характерне обмежене споживання калорій, що призводить до низької маси тіла (індекс маси тіла [ІМТ] $< 18,5$ у дорослих). Втім, у більшості підлітків, які відмовляються від десертів або збільшують фізичні навантаження, не розвиваються РХП, у деяких осіб така поведінка може посилюватися,

призводячи до суттєвої втрати ваги або нездатності набрати вагу, що відповідає нормальному розвитку організму. Пацієнти з нервовою анорексією часто мають жорсткі правила щодо вживання їжі та можуть надмірно навантажувати себе фізичними вправами, попри наявні хвороби чи травми. Особи з нервовою анорексією зазвичай стурбовані власною вагою та фігурою, не усвідомлюючи потенційно серйозних ризиків для здоров'я через низьку масу тіла (табл. 1).

Хоча деякі особи з нервовою анорексією обмежують виключно споживання їжі (рестриктивний підтип), інші вдаються також до переїдання та очищення шлунково-кишкового тракту (ШКТ) (пургативний підтип). Тривала нервова анорексія може призвести до зниження мінеральної щільності кісток, потенційно спричиняючи розвиток остеопорозу та підвищений ризик переломів (Soeby et al., 2023). В осіб із нервовою анорексією можуть розвиватися когнітивні розлади, як-от труднощі з концентрацією уваги; анемія, лейкопенія, гіпонатріємія та гіпокаліємія; а також, за значного дефіциту ваги, гіпофосфатемія та гіпомагніємія. Серед ендокринних порушень синдром еутиреоїдної слабкості та гіпоталамічна аменорея, що розвиваються внаслідок значно знижених рівнів лютеїнізуючого та фолікуло-стимулюючого гормонів і естрадіолу. У метааналізі даних п'яти досліджень за участю 548 жінок із нервовою анорексією частота оліго- або аменореї становила 77,7 % (Walsh et al., 2023).

За нервової анорексії може розвинути брадикардія та подовження інтервалу QT. Термін «атипова нервова анорексія» було введено у DSM-5 2013 року для опису осіб зі значною втратою маси тіла й численними психічними, поведінковими та фізіологічними ознаками нервової анорексії, але чия вага була в межах норми або навіть надмірною (Walsh et al., 2023).

Поширеність атипової нервової анорексії протягом життя (2,9 %) може бути подібною до типової нервової анорексії (3,1 %) (Haggor et al., 2021). Натепер інформація про перебіг атипової нервової анорексії та реакцію на лікування осіб із цим діагнозом є обмеженою.

Нервова булімія

Нервовій булімії (яка частіше виникає в підлітків і молодих дівчат, рідше у чоловіків, стурбованих власною вагою) притаманне часте споживання надмірної кількості їжі з відчуттям втрати контролю над цим процесом, що супроводжується неадекватною компенсаторною поведінкою для запобігання набору ваги, як-от самоіндуковане блювання, зловживання сечогінними, проносними засобами або ліками для схуднення; надмірні фізичні навантаження.

Серед діагностичних критеріїв нервової булімії переїдання та очищення ШКТ із частотою принаймні раз на тиждень протягом щонайменше трьох місяців. Пацієнти з нервовою булімією бояться збільшення ваги, маючи зазвичай масу тіла, яка відповідає нормі або вищу за норму.

На додаток до переїдання та компенсаторного очищення ШКТ, пацієнти з нервовою булімією також можуть мати й інші ознаки імпульсивної поведінки, як-от несуїцидальне самоушкодження та/або вживання ПАР (Wagner and Vitousek, 2019).

Фізичні ускладнення в осіб із нервовою булімією переважно можуть бути спричинені поведінкою, що пов'язана з очищенням ШКТ (табл. 1).

Через часте блювання зуби піддаються впливу шлункової кислоти, що може призвести до втрати емалі й їх ерозії. Гіперплазія привушної залози також поширена в пацієнтів із нервовою булімією. Хронічне зневоднення через очищення ШКТ може призвести до підвищення рівня альдостерону, спричиняючи затримку рідини, а за різкого припинення очищення організму можуть розвинути периферичні набряки.

Самоспровоковане блювання, зловживання проносними чи сечогінними засобами, як правило, пов'язані з порушеннями рідинно-електролітного балансу, як-от гіпонатріємія, гіпокаліємія та кислотно-лужний дисбаланс. До рідкісних, але тяжких ускладнень нервової булімії належать розриви стравоходу через сильне блювання (синдром Меллорі–Вайса) (Nitsch et al., 2021).

Компульсивне переїдання

Пацієнти з розладом компульсивного переїдання часто мають епізоди переїдання, подібні до характерних для нервової булімії. Однак вони не вдаються до неналежної поведінки, як-от очищення ШКТ або надмірних фізичних навантажень, щоб уникнути збільшення ваги (як це спостерігається за нервової булімії).

Відповідно до DSM-5-TR критеріями компульсивного переїдання є епізоди переїдання принаймні раз на тиждень протягом щонайменше трьох місяців, а також наявність принаймні трьох ознак втрати контролю над процесом їди: вживання їжі до дискомфортного відчуття насичення; споживання їжі у швидшому темпі, ніж зазвичай; їда на самоті через сором'язливість щодо власної харчової поведінки. За даними проспективного когортного дослідження за участю 10 035 американських підлітків, в 1,2 % осіб упродовж двох років спостереження розвинулося компульсивне переїдання (Nagata et al., 2023). Компульсивне переїдання пов'язане з надмірною вагою та ожирінням. У клінічній вибірці зі 174 осіб із компульсивним переїданням 71 % мали ожиріння яке (IMT > 30) (Dingemans et al., 2012).

Ускладнення ожиріння, як-от розвиток цукрового діабету (ЦД) 2-го типу, також пов'язані з компульсивним переїданням (Wassenaar et al., 2019). Так, у межах дослідження в США пацієнти із цим розладом мали в середньому $2,3 \pm 0,18$ хронічні захворювання проти $1,4 \pm 0,02$ ($p < 0,05$) серед осіб без РХП; 13,3 % осіб із компульсивним переїданням — ЦД, а 31,2 % — артеріальну гіпертензію порівняно з 9,3 і 25,0 % відповідно для тих, хто не мав РХП (Udo et al., 2019).

Розлад уникнення / обмеження споживання їжі

Ознаки ARFID, уперше визначені в DSM-5, передбачають обмеження харчування, не пов'язані з турботою про сприйняття власного тіла. Зокрема, особи з ARFID можуть уникати вживання певних продуктів харчування залежно від кольору або текстури, обмежувати їх у раціоні після несприятливого досвіду (задуха або блювання) або мати знижений інтерес до їжі, що може призвести до значної втрати ваги.

Вказаний розлад частіше розвивається в молодих осіб із порушеннями нервово-психічного розвитку, наприклад розладами спектра аутизму (РСА) та деякими психічними розладами, як-от тривожними. За даними популяційного дослідження за участю дітей, 12,1 % (74 із 611) осіб із ARFID проти 0,9 % (276 із 30 092) учасників контрольної групи мали РСА (ВШ 13,7; 95 % ДІ 10,3–18,3). Крім того, діти з ARFID частіше мали тривожні розлади: 30,7 % (123 із 401) проти 9,8 % (1756 із 17884) у контрольній групі (ВШ 4,08; 95 % ДІ 3,24–5,13) (Nyholmer et al., 2024).

Як правило, ARFID розвивається в ранньому дитинстві, коли вибагливі та незвичайні моделі харчування є поширеними та можуть вважатися нормативними. Результати нещодавнього дослідження, проведеного у Великій Британії, продемонстрували, що в осіб із ARFID захворювання дебютувало в середньому у віці 11,2 року (Sanchez-Cerezo et al., 2024). ARFID може бути пов'язаний із дефіцитом поживних речовин, затримкою росту й статевого дозрівання, аменореєю, дефіцитом вітамінів і мінералів, ослабленням кісток і м'язів, а також психосоціальними порушеннями (Nyholmer et al., 2024). Рівні смертності та самогубств, пов'язані з ARFID, досі чітко не встановлено.

Діагностичне обстеження осіб із розладами харчової поведінки

Початкове обстеження пацієнта з можливим РХП має виключати альтернативні медичні діагнози, як-от гіпер-і гіпотиреоз або захворювання ШКТ (як-от хвороба Крона). Раннє виявлення РХП пов'язане з поліпшенням клінічних результатів і швидшим одужанням. Цей діагноз часто встановлюють із затримкою, оскільки пацієнти можуть неохоче звертатися по допомогу, а батьки й лікарі вчасно не розпізнати РХП (Mills et al., 2023).

Американська психіатрична асоціація (APA, 2023), Американська академія педіатрії (AAP, 2021) і Товариство медичної допомоги та здоров'я підлітків (SAHM, 2022) рекомендують клініцистам розпитувати про симптоми та анамнез РХП, особливо щодо пацієнтів, вага яких нижча або вища за очікуваний діапазон норми. Якщо виникає підозра на діагноз РХП, особливо в поєднанні із супутнім психічним (тривожним розладом або депресією) порушенням, необхідно розглянути питання про скерування такого пацієнта для комплексного психіатричного обстеження. Хоча особи з РХП часто мають результати фізикального обстеження, які відповідають нормі, за нервової анорексії може спостерігатися гіпотензія, брадикардія та гіпотермія, а в деяких випадках розвиватися ріст тонких волосків (лануго) на тілі, обличчі, шиї та руках (табл. 1).

В осіб, які самостійно викликають блювання, можуть розвинутися ерозії на внутрішній поверхні передніх зубів. Згідно з практичними настановами APA (2023), AAP (2021) і SAHM (2022) фізикальний огляд пацієнтів із підозрою на РХП передбачає процес оцінювання життєво важливих показників для осіб із запамороченням, брадикардією або гіпотензією. Пацієнткам із підозрою на РХП рекомендовано виконати електрокардіографічне та лабораторні дослідження:

- Загальний аналіз крові, визначення рівнів глюкози, калію, натрію, кальцію, магнію, фосфору, альбуміну та преальбуміну в сироватці крові.

- Оцінювання функції нирок, печінки та щитоподібної залози.

У жінок з олігоменореєю / аменореєю рекомендовано оцінювати рівень репродуктивних гормонів (APA, 2023). Відповідно до практичних настанов необхідно вимірювати мінеральну щільність кісток за допомогою двоенергетичної рентгенівської абсорбціометрії для жінок з аменореєю протягом щонайменше шести місяців (ACOG, 2018; AAP, 2021; APA, 2023).

Загальні підходи до лікування осіб із розладами харчової поведінки

Ведення осіб із РХП передбачає емпатичний терапевтичний альянс лікаря та пацієнта. Цілями такого лікування є нормалізація харчової поведінки; корегування спотворених уявлень про фігуру, масу тіла та вживання їжі; відновлення ваги, якщо це показано. Клініцисти мають надати відповідні рекомендації щодо харчування та неупереджені пояснення щодо розвитку РХП, а також контролювати вагу та симптоми в осіб із цим розладом.

У клінічній практиці для лікування осіб із РХП використовують психологічні та фармакологічні методи, які варіюють від амбулаторних сеансів до структурованих програм (нагляд за харчуванням), зокрема в стаціонарі. Вибір відповідного методу залежить від тяжкості симптомів пацієнта, життєво важливих показників, результатів лабораторних досліджень, віку, наявності суїцидальних схильностей, історії реакції на попереднє лікування, вартості та доступності терапії.

Якщо пацієнти клінічно стабільні, а цілі щодо нормалізації харчової поведінки досягаються, рекомендовано вибирати найменш обмежувальний метод лікування, що відповідає вподобанням пацієнта. Таке лікування передбачає залучення членів багатопрофільної клінічної команди (лікар первинної ланки медичної допомоги, терапевт, дієтолог).

Нервова анорексія

До методів лікування нервової анорексії першої лінії належать відновлення ваги, поліпшення медичної та харчової поведінки, а також психологічна допомога. Рекомендації щодо цільового відновлення ваги мають бути суто індивідуалізованими. Зокрема, для дорослих пацієнтів до уваги беруть вагу до захворювання та вагу, необхідну для нормального фізіологічного функціонування (відновлення менструацій у жінок), при цьому цільовий ІМТ зазвичай становить від 18,5 до 24,9 (CDCR, 2024).

Індивідуальні криві росту для підлітків із нервовою анорексією допомагають оцінити відповідний віку здоровий діапазон ІМТ. Показники споживання калорій і збільшення ваги як індивідуалізовані цілі для підлітків і дорослих із РХП передбачають початкову мету цих значень приблизно в межах 1500–2000 ккал/добу із поступовим збільшенням до 3000–4000 ккал/добу, доки не буде досягнуто цільової ваги; потім споживання зменшується для підтримки нормальної маси тіла (Garber et al., 2021; Golden et al., 2021; APA, 2023).

Для осіб, у яких пероральне споживання калорій недостатнє для досягнення збільшення ваги, рекомендовано розглянути можливість годування через назогастральний

зонд. Ранні та швидші темпи збільшення ваги (зокрема, на 0,9–1,8 кг/тиждень і на 0,5–0,9 кг/тиждень у стаціонарних і амбулаторних умовах відповідно) пов'язані зі скороченням перебування в стаціонарі, нормалізацією життєво важливих показників і поліпшенням показників досягнення ремісії (Garber et al., 2021; Golden et al., 2021; Wade et al., 2021).

Більшість наслідків голодування, як-от зміни водно-електролітного обміну, харчові та когнітивні порушення, коригуються зі збільшенням ваги, але мінеральна щільність кісток може не відновитися, що потребує постійного моніторингу та відповідного лікування (Soeby et al., 2023).

Здебільшого пацієнти з нервовою анорексією досягають повного відновлення ваги. Так, за даними дослідження за участю 265 дорослих і 92 підлітків (віком 11–17 років), за стаціонарного лікування 71,8 і 80,4 % учасників досягли цільової ваги за 27,7 і 35,4 дні відповідно (Redgrave et al., 2015). Однак рівень рецидивів РХП після відновлення ваги високий: до 40–50 % у пацієнтів із нервовою анорексією протягом року після виписки зі стаціонарного лікування або інтенсивної амбулаторної програми (Walsh et al., 2006; Carter et al., 2012).

Нервова булімія та компульсивне переїдання

Соматичні ускладнення, які виникають у фізичному тілі, на відміну від психічних або поведінкових змін, зазвичай трапляються рідше в пацієнтів із нервовою булімією та розладом переїдання, ніж за нервової анорексії. Зокрема, осіб із нервовою булімією рекомендовано обстежувати на наявність ускладнень, пов'язаних із пургативною поведінкою (табл. 1).

Психотерапія

У клінічних дослідженнях підтверджено ефективність кількох форм психотерапії для лікування РХП (табл. 2). Зокрема, продемонстровано корисність поведінково-орієнтованої підходу, а саме когнітивно-поведінкової терапії (КПТ), спрямованої на роботу з негативними думками та спричиненими ними патернами поведінки, які можуть призводити до розвитку психічних розладів (Murphy et al., 2010).

Ефективність діалектичної поведінкової терапії, яку використовують для лікування широкого спектра психічних розладів, особливо тих, що пов'язані з труднощами регуляції емоцій, наявністю суїцидальних думок і шкідливих форм поведінки, допомагає розвивати навички для зменшення імпульсивної поведінки, не було широко вивчено в пацієнтів із РХП, проте цей метод може бути корисним, особливо для осіб із супутнім межовим розладом особистості, імпульсивністю та емоційною дисрегуляцією (Ben-Porath et al., 2020).

Нервова анорексія

Для осіб із нервовою анорексією згідно з настановами АРА (2023), ААР (2021) та САНМ (2022) рекомендовано застосовувати психотерапію (корекція поведінки та емоцій пацієнта), спрямовану на порятунок від певних страхів та комплексів, орієнтовану на розлад, з індивідуалізованими цілями лікування, зокрема нормалізацію харчування та усунення неналежної поведінки для

Таблиця 1. Поширені соматичні ускладнення, пов'язані з нервовою анорексією та булімією

Ускладнення	Нервова анорексія	Нервова булімія*
Ті, які стосуються маси тіла та життєвих показників	- Низька вага - Брадикардія - Гіпотензія, включаючи ортостаз - Гіпотермія	Маса тіла зазвичай у межах норми, зрідка надмірна вага / ожиріння
З боку шкіри	- Лануго (ріст тонкого волосся на тілі та обличчі) - Випадіння або порідіння волосся - Каротинемія	Мозолі на тильному боці кисті від натирання зубами під час викликання блювання (ознака Рассела, зрідка)
У ділянці голови та ротовій порожнині		- Ерозія емалі на внутрішній поверхні передніх зубів - Гіпертрофія слинних залоз
З боку серцево-судинної системи	- Подовжений скоригований інтервал QT (QTc) - Периферичні набряки	
З боку травної системи	- Затримка евакуації вмісту шлунка - Закрепи	Підвищений рівень амілази слини в сироватці крові
З боку системи кровотворення	- Нейтропенія - Нормохромна анемія	
Ті, які стосуються вмісту електролітів / метаболізму	- Гіпоглікемія - Гіпонатріємія - Гіперхолестеринемія - Підвищені показники функціональної печінкової проби	- Гіпокаліємія - Гіпонатріємія - Гіпохлоремія - Алкалоз
З боку ендокринної системи	- Низький рівень лютеїнізуючого гормону - Низький рівень фолікулостимулюючого гормону - Низький рівень естрогену або тестостерону - Низький або нормальний рівень тироксину - Підвищений рівень кортизолу - Аменорея - Зниження мінеральної щільності кісткової тканини	Олігоменорея або аменорея

Примітка: * ускладнення, характерні для нервової булімії, передусім пов'язані з викликанням блювання, а також можуть виникати в осіб із нервовою анорексією, які практикують таку поведінку.

Адаптовано згідно з Attia E. and Walsh T. Eating Disorders. A Review. JAMA. 2025. Vol. 333, № 14. P. 1242–1252.

контролю ваги (очищення ШКТ, надмірних фізичних навантажень), відновлення ваги та усунення пов'язаних із цим психологічних симптомів.

За даними порівняння ефективності трьох форм психотерапії (психодинамічної, КПТ та оптимізованого стандартного лікування [амбулаторна психотерапія та структурований догляд сімейного лікаря]) для дорослих із нервовою анорексією, після 10 місяців лікування

Таблиця 2. Психотерапевтичні втручання за розладів харчової поведінки

Втручання	Опис	Коментарі	Докази з РКД
Когнітивно-поведінкова терапія	КПТ базується на тому, що надмірна стурбованість фігурою чи вагою призводить до надмірних обмежень у їжі, спричиняючи схильність до булімії. Лікування спрямоване на нормалізацію харчової поведінки та усунення надмірної стурбованості фігурою й вагою. Проводять приблизно 20 індивідуальних сеансів протягом шести місяців	КПТ вважається лікуванням першої лінії за нервової булімії та компульсивного переїдання. Рівень ремісії становить $\approx 50\%$. КПТ не асоціюється зі значною зміною ваги та є корисною для дорослих із нервовою анорексією, але не є ефективнішою за інші види психотерапії (Solmi et al., 2021)	Група використання КПТ проти групи осіб із листка очікування: нервова булімія, $g = 0,97$ (95 % ДІ 0,44–1,50) (Svaldi et al., 2019); компульсивне переїдання: $g = 1,13$ (95 % ДІ 0,71–1,55) (Linardon et al., 2017)
Програма самодопомоги на основі КПТ	Пацієнт вивчає принципи КПТ із наданих йому текстів, використовує методики, описані в посібнику. У межах керованої самодопомоги також зустрічається з терапевтом		Самодопомога на основі КПТ проти листка очікування / звичайного лікування: нервова булімія, $g = 3,44$ (95 % ДІ 2,05–5,78); компульсивне переїдання: $g = 4,82$ (95 % ДІ 3,20–7,27) (Linardon et al., 2017)
Міжособистісна терапія	Міжособистісна терапія сфокусована на міжособистісних труднощах та соціальних дефіцитах, пов'язаних із порушеннями харчової поведінки. Зазвичай проводиться приблизно 20 індивідуальних або групових сеансів протягом шести місяців	Розглядається як терапія першої або другої лінії для лікування нервової булімії та компульсивного переїдання. Ефект настає дещо повільніше, ніж за КПТ, але із часом переваги є подібними	Нервова булімія: у двох масштабних РКД виявлено, що довгострокові переваги були подібними до переваг КПТ (Fairburn et al., 1993; Agras et al., 2000). Компульсивне переїдання: 3 масштабних РКД виявили, що довгострокові переваги були подібними до переваг КПТ (Wilfley et al., 1993, 2002; Couturier et al., 2013)
Сімейна терапія	Сімейна терапія зосереджена на лікуванні підлітків, надає батькам можливість допомогти змінити харчову поведінку пацієнтів під керівництвом терапевта. Зазвичай проводиться щотижневими сеансами приблизно протягом шести місяців	Вважається лікуванням першої лінії для підлітків із нервовою анорексією	Сімейна терапія для пацієнтів із нервовою анорексією або нервовою булімією проти інших методів лікування. Ремісія наприкінці лікування: ВШ 1,90 (95 % ДІ 0,91–3,94). Ремісія через 6–12 місяців: ВШ 2,14 (95 % ДІ 1,29–3,53) (Couturier et al., 2013)

Примітки: КПТ — когнітивно-поведінкова терапія; g — коефіцієнт Хеджеса; ДІ — довірчий інтервал; ВШ — відношення шансів.

Адаптовано згідно з Attia E. and Walsh T. Eating Disorders. A Review. JAMA. 2025. Vol. 333, № 14. P. 1242–1252.

ІМТ збільшився у всіх досліджуваних групах (на 0,73; 0,93 і 0,69 відповідно), без суттєвих відмінностей між досліджуваними групами (Zipfel et al., 2014).

Результати систематичних оглядів не підтвердили переваг застосування окремого методу психотерапії. Тоді як для дітей і підлітків із нервовою анорексією згідно з Канадськими практичними рекомендаціями (2020), настановами АРА (2023) та Американської академії дитячої та підліткової психіатрії (AACAP, 2014) рекомендовано лікування, основане на участі сім'ї, яке передбачає активне залучення членів родини до процесу відновлення, особливо у випадках розладів харчування в підлітків і дорослих (спільні сімейні сеанси або окремі сеанси з батьками і пацієнтом). Такий підхід допомагає досягти значного збільшення ваги за нервової анорексії з більшим рівнем ремісії через 6–12 місяців (Couturier et al., 2013). Для осіб, стан яких не поліпшується завдяки цим заходам або їх застосування неможливе, рекомендовано розглянути інші методи лікування РХП, як-от КПТ.

Нервова булімія

КПТ терапія є методом лікування пацієнтів із нервовою булімією першої лінії, ефективність якої перевершує інші втручання. Метааналіз даних трьох РКД за участю 109 пацієнтів продемонстрував, що шанси досягнення утримання від переїдання були в понад п'ять разів вищими в осіб, рандомізованих для КПТ, порівняно з учасниками, які належали до листка очікування (ВШ 5,25; 95 % ДІ 1,60–17,19) (Svaldi et al., 2019).

Компульсивне переїдання

За компульсивного переїдання КПТ, яке здійснює терапевт, та її варіанти в поєднанні із самодопомогою можуть бути ефективними (Linardon et al., 2017).

У дослідженні С.М. Grilo et al. (2023) 18 із 31 пацієнта з компульсивним переїданням, які не відповідали на фармакотерапію (налтрексон у поєднанні з бупропіоном), поведінкову терапію або комбінацію цих методів, у випадковий спосіб було розподілено для отримання КПТ протягом 16 тижнів; при цьому 11 із 18 (61 %) досягли ремісії (проти 1 із 13 (7,7 %) для тих, хто не отримував КПТ; $p = 0,003$). Міжособистісна психотерапія — короткостроковий метод психотерапевтичного лікування, спрямований на усвідомленні власної поведінки, пов'язаної із хворобою, також може бути ефективний для зменшення частоти епізодів переїдання, допомагаючи поліпшенню психологічного благополуччя та зміні моделі взаємодії (Karam et al., 2019).

Фармакотерапія

Нервова анорексія

Наразі бракує рекомендацій щодо застосування ліків за нервової анорексії. Порівняно з плацебо, СІЗЗС та інші антидепресанти не сприяють збільшенню ваги або купіруванню психічних симптомів у пацієнтів із нервовою анорексією (табл. 3).

Однак лікування СІЗЗС може бути розглянуте для осіб із нервовою анорексією та тривожним або obsесивно-компульсивним розладом чи депресією.

Таблиця 3. Фармакотерапевтичні втручання за розладів харчової поведінки

Препарати	Нервова анорексія	Нервова булімія	Компульсивне переїдання	Міркування, які слід брати до уваги
СІЗЗС	Немає доказових даних щодо клінічної користі застосування для пацієнтів із недостатньою вагою або запобігання рецидиву після відновлення ваги (Fornaro et al., 2023)	Флуоксетин (60 мг/добу) сприяє значному зменшенню переїдання та очищення ШКТ, схвалений FDA. Частота компульсивного переїдання, розмір ефекту порівняно з плацебо: $g = 0,203$ (95 % ДІ 0,007–0,399) за даними п'яти досліджень (Fornaro et al., 2023); СРС -0,24 (95 % ДІ від -0,41 до -0,08) за даними шести досліджень (Argyrou et al., 2023). Дані РКД щодо інших СІЗЗС свідчать, що вони також сприяють зменшенню компульсивного переїдання та очищення ШКТ	За даними РКД, значущому зниженню частоти переїдання, але загалом не ваги сприяє застосування СІЗЗС: - флуоксетину (Arnold et al., 2002); - циталопраму (McElroy et al., 2003); - дулоксетину (Guerdjikova et al., 2012); - флувоксаміну (Hudson et al., 1998); - сертраліну (McElroy et al., 2000)	Дозування флуоксетину за нервової булімії (60 мг/добу) перевищує дозу 20 мг/добу, яку зазвичай використовують для лікування пацієнтів із депресією (Fluoxetine Bulimia Nervosa Collaborative Study Group, 1992). Найефективніші дози інших СІЗЗС за нервової булімії та компульсивного переїдання натеper не встановлено, зазвичай використовують дозування, затверджені для лікування пацієнтів із депресією
Антипсихотичні препарати	Оланзапін (5–10 мг/добу) асоційований із невеликим збільшенням ваги порівняно з плацебо ($g = 0,283$; 95 % ДІ 0,051–0,515) за даними шести досліджень (Fornaro et al., 2023)			Оланзапін, імовірно, сприяє збільшенню споживання їжі, але чинить обмежений вплив на симптоми психічних розладів. Метаболічні побічні ефекти (як-от підвищення рівня глюкози в крові) спостерігаються зрідка (Attia et al., 2019)
Стимулятори			Ліздексамфетамін (50–70 мг/добу) значно зменшує компульсивне переїдання ($g = 0,57$; 95 % ДІ 0,28–0,86; за даними трьох досліджень) і сприяє зниженню ваги ($g = 0,259$; 95 % ДІ 0,071–0,446; за даними трьох досліджень); схвалений FDA (Fornaro et al., 2023)	Лікування ліздексамфетаміном пов'язане з незначною втратою ваги, хоча після припинення приймання препарату можливе її відновлення. Ліздексамфетамін асоційований із незначним підвищенням ЧСС та АТ, тому ці параметри необхідно контролювати під час лікування; до початку терапії ліздексамфетаміном пацієнтів слід обстежити на наявність ССЗ
Антиконвульсанти			За даними двох РКД, терапія топіраматом (300 мг/добу) сприяла значущому зменшенню компульсивного переїдання та зниженню ваги (McElroy et al., 2003; Misra et al., 2016)	Топірамат може бути асоційований із когнітивними побічними ефектами (як-от сплутаність свідомості), які можна купірувати поступовим збільшенням дозування до максимального (300 мг/добу)

Примітки: СІЗЗС — селективні інгібітори зворотного захоплення серотоніну; ШКТ — шлунково-кишковий тракт; FDA — Управління за контролю за якістю харчових продуктів і лікарських засобів США; СРС — стандартизована різниця середніх; ЧСС — частота серцевих скорочень; АТ — артеріальний тиск; ССЗ — серцево-судинні захворювання.

Адаптовано згідно з Attia E. and Walsh T. Eating Disorders. A Review. JAMA. 2025. Vol. 333, № 14. P. 1242–1252.

Використання оланзапіну, антипсихотичного препарату, що стимулює апетит, може бути корисним для окремих пацієнтів із РХП, оскільки сприяє збільшенню ваги, але не є достатнім окремим засобом лікування (Fornaro et al., 2023). У наймасштабнішому дослідженні лікування оланзапіном у 152 пацієнтів із нервовою анорексією було пов'язане зі збільшенням ІМТ на $0,259 \pm 0,051$ на місяць проти $0,095 \pm 0,053$ у групі приймання плацебо ($p = 0,03$), що еквівалентно $0,7$ кг/міс. проти $0,26$ кг/міс. для пацієнта середнього зросту, без побічних ефектів, як-от гіперглікемія та гіперліпідемія (Attia et al., 2019).

Застосування пероральної гормонозамісної терапії в пацієнок із нервовою анорексією не поліпшує мінеральну щільність кісток і маскує симптоми аменореї (Misra et al., 2016). Так, за результатами проведених досліджень із невеликими вибірками (20–70 пацієнок

із нервовою анорексією), незначне збільшення мінеральної щільності кісток спостерігалось в разі трансдермального застосування естрадіолу, алендронату та ризедронату в поєднанні з низькими дозами тестостерону та деносумабу (Singhal et al., 2022; Golden et al., 2005; Miller et al., 2011; Haines et al., 2022).

Нервова булімія

Лікування антидепресантами ефективніше, ніж плацебо, щодо зменшення частоти переїдання та епізодів очищення ШКТ у пацієнтів із нервовою булімією. Порівняно з плацебо використання СІЗЗС було пов'язане зі зменшенням частоти переїдання (10 РКД; 911 учасників; стандартизована середня різниця -0,29; 95 % ДІ від -0,51 до -0,08) та очищення ШКТ (дев'ять РКД; 884 учасники; стандартизована середня різниця -0,51; 95 % ДІ від -0,81

до -0,21) (Argyrou, 2023). Флуоксетин нині є єдиним препаратом, схваленим FDA для лікування пацієнтів із нервовою булімією; терапевтичний ефект настає протягом трьох тижнів після початку лікування. За даними РКД ($n = 387$), в осіб, яким призначали флуоксетин (60 мг/добу), порівняно з групою приймання плацебо частіше спостерігалось зниження на ≥ 50 % кількості епізодів переїдання (63 проти 43 %) та блювання (57 проти 26 %; $p < 0,001$ для обох порівнянь) (Fluoxetine Bulimia Nervosa Collaborative Study Group, 1992).

Терапія антидепресантами (як-от флуоксетин, дезипрамін) може бути ефективною для осіб із нервовою булімією навіть без ознак тяжкої депресії та для тих, стан яких не поліпшився після проходження курсу психотерапії (Hughes et al., 1986; Walsh et al., 2000). Згідно з настановою APA (2023) рекомендовано продовжувати приймання СИЗС пацієнтам із нервовою булімією, які реагують на лікування, щонайменше протягом дев'яти місяців.

Компульсивне переїдання

Використання стимулятора ліздексамфетаміну, схваленого FDA 2015 року для лікування пацієнтів, які страждають від компульсивного переїдання, асоційований зі зменшенням кількості епізодів вживання їжі за межею насичення та зниженням маси тіла. За даними РКД за участю 259 осіб із компульсивним переїданням, упродовж 11 тижнів кількість днів, протягом яких відбувалися епізоди переїдання, зменшилася в середньому на $4,1 \pm 1,52$ дня на тиждень серед тих, хто отримував лікування ліздексамфетаміном (50 мг/день), проти $3,2 \pm 2,04$ дня у групі приймання плацебо ($p = 0,008$); у середньому вага знизилася на 4,9 кг в учасників групи застосування ліздексамфетаміну проти 0,1 кг у групі використання плацебо ($p < 0,001$) (McElroy et al., 2015).

У двох РКД спостерігалось зниження частоти переїдання та зменшення ознак психопатології, пов'язаної з вагою та РХП, у разі застосування топірамату порівняно з прийманням плацебо (McElroy et al., 2003, 2007). Зниження частоти переїдання відбувалось на тлі терапії антидепресантами, зокрема СИЗС: флуоксетину, флувоксаміну і сертраліну (Arnold et al., 2002; Hudson et al., 1998; McElroy et al., 2000).

Рецидив та одужання

Серед пацієнтів із нервовою анорексією рівень рецидивів після лікування з метою відновлення ваги є високим (майже 50 % протягом наступного року) (Walsh et al., 2006). За даними обсерваційного дослідження тривалістю 8,3 року, серед 212 підлітків, госпіталізованих із приводу нервової анорексії, 45,7 % були повторно госпіталізовані щонайменше двічі (Steinhausen et al., 2009).

У більшості дослідження РХП аналізували дані про відносно короткострокові результати (спостереження тривалістю від 6–12 місяців), що ускладнює довгостроковий прогноз. Результати поздовжніх досліджень

продемонстрували, що одужання часто настає лише після тривалого лікування. За даними когортного дослідження за участю 228 пацієнтів, рівень одужання від нервової анорексії становив 31,4 % через 9 років і 62,8 % через 22 роки; рівень одужання від нервової булімії — 68,2 % через 9 років і 68,2 % — через 22 роки (Eddy et al., 2017).

Метааналіз даних 415 когортних і клінічних досліджень за участю 88 372 осіб із РХП (середній період спостереження $38,3 \pm 76,5$ місяця) підтвердив об'єднаний рівень одужання (загалом 46 %) для всіх РХП, який збільшувався зі зростанням тривалості спостереження: через < 2 роки — 42 %; через 2–4 роки — 43 %; через 4–6 років — 54 %; через 6–8 років — 59 %; через 8–10 років — 64 %; через ≥ 10 років — 67 % (без суттєвих відмінностей для різних РХП) (Solmi et al., 2024).

Смертність

Пацієнтам із РХП притаманний вищий рівень смертності. Відповідно до проведеного метааналізу даних 36 досліджень (загалом 17 272 учасників із РХП), смертність становила:

- За нервової анорексії — 5,1 випадку на 1000 людино-років (95 % ДІ 4,0–6,1; стандартизований коефіцієнт смертності 5,86; 95 % ДІ 4,17–8,26).
- Для осіб із діагнозом «розлад харчової поведінки неуточнений» згідно з DSM-IV, зокрема за компульсивного переїдання — 3,3 випадку на 1000 людино-років (стандартизований коефіцієнт смертності 1,92; 95 % ДІ 1,46–2,52).
- За нервової булімії — 1,7 випадку на 1000 людино-років (стандартизований коефіцієнт смертності 1,93; 95 % ДІ 1,46–2,52) (Arcelus et al., 2011).

Крім того, для пацієнтів із нервовою анорексією характерний один із найвищих показників смертності серед усіх осіб, які страждають від психічних розладів. Близько 25 % випадків смертей, як зазначають дослідники, були зумовлені самогубством (Arcelus et al., 2011).

Висновки

Протягом життя РХП вражають 2–5 % населення світу та частіше виникають у жінок, ніж у чоловіків. Вказані розлади, окрім суттєвого зменшення / збільшення ваги, можуть спричиняти серйозні зміни водно-електролітного обміну людини, брадикардію (частота серцевих скорочень < 60 ударів за хвилину), серйозні коливання рівнів репродуктивних гормонів і зниження щільності кісткової тканини, а також асоціюватися з підвищеним ризиком розвитку депресії, тривожних розладів і спроб самогубства. До першої лінії лікування пацієнтів із РХП належать: нутритивна підтримка (забезпечення організму людини необхідними поживними речовинами, коли це неможливо завдяки звичайному харчуванню), психотерапевтичні підходи та фармакотерапія.

Підготувала **Наталія Купко**