

И. А. Хрущ, С. Н. Шубина, А. Ф. Крот

ПРОБЛЕМА ЛЕЧЕНИЯ КОМПУЛЬСИВНОГО ПЕРЕЕДАНИЯ

УО «Белорусский государственный медицинский университет»

Компульсивное переедание и коморбидное ему ожирение остаются серьезной угрозой для жизни и здоровья человека в связи с высокой распространенностью заболеваемости и смертности, как при данных нозологиях, так и при связанных с ними сопутствующих расстройствах. Изменение образа жизни, включающего в себя сочетание ограниченного потребления ежедневной калорийности, физических упражнений и изменений в поведении, широко рекомендуются в качестве поэтапного подхода к контролю/лечению компульсивного переедания и, соответственно, ожирения. Однако эти меры обычно приводят лишь к незначительному снижению веса с коротким периодом его сохранения – результаты, схожие с результатами фармакотерапии. Причем, результаты хирургического лечения ожирения в ближайшем 5-летнем периоде имеют значительно лучшие показатели [1].

Таким образом, лечение компульсивного переедания и других сопутствующих расстройств является непростой задачей в медицинской практике, большинство результатов научных исследований, затрагивающих описанную проблему, остаются достаточно противоречивыми.

Цель работы: проанализировать данные литературных обзоров по вопросу лечения компульсивного переедания и коморбидного ему ожирения с анализом клинического случая из практики.

Ключевые слова: компульсивное переедание, ожирение, лечение.

I. A. Khrushch, S. N. Shubina, A. F. Krot

THE PROBLEM OF TREATMENT FOR COMPULSIVE OVEREATING (WITH A CASE DESCRIPTION)

Binge eating disorder and comorbid obesity remain a serious threat to human life and health due to the high prevalence of morbidity and mortality in both these nosologies and associated comorbidities. Lifestyle changes, including a combination of limited daily calorie intake, exercise, and behavioral changes, are widely recommended as a step-by-step approach to the control/treatment of binge eating disorder and, accordingly, obesity. However, these measures usually lead to only a slight decrease in weight with a short period of its maintenance – results similar to the results of pharmacotherapy. Moreover, the results of surgical treatment of obesity in the next 5-year period have significantly better indicators [1].

Thus, the treatment of binge eating disorder and other comorbid disorders is a difficult task in medical practice; most of the results of scientific studies touching on the described problem remain quite contradictory.

The aim of the work: to analyze the data of literature reviews on the issue of treatment of compulsive overeating and comorbid obesity with an analysis of a clinical case from practice.

Key words: compulsive overeating, obesity, treatment.

С 1975 года распространенность ожирения в мире и коморбидного ему компульсивного переедания увеличилась почти втрое и продолжает расти ускоренными темпами. Ожирение стало фактором риска преждевременной смертности, связанной с образом жизни. Поэтому необходимость разработки эффективных методов лечения ожирения и компульсивного переедания становится неоспоримой задачей. Склонность к таким заболеваниям может быть результатом воздействия факторов окружающей среды (питания и образ жизни) на эпигенетические процессы [1, 2].

«Изменение образа жизни» остается краеугольным камнем борьбы с ожирением и компульсивным перееданием. Людям с ожирением рекомендуется снизить не менее 10 % массы тела с помощью сочетания диеты, физической активности и поведенческой терапии (или изменения образа жизни). При соблюдении диеты с контролируемыми порциями потребляемой пищи можно добиться существенной потери веса в краткосрочной перспективе. Долгосрочный контроль веса может быть достигнут благодаря высокому уровню физической активности и постоянному контакту пациента с лечащим врачом (эндокринологом, психотерапевтом). Последнее достигается крайне редко [3, 4].

За последние 20 лет распространенность ожирения и связанных с ним проблем со здоровьем резко возросла [5]. Так, нами найдены отдельные исследования долгосрочных последствий диет с ограниченным потреблением калорий, чтобы оценить, является ли диета эффективным средством лечения ожирения. Данные работы показывают, что около 2/3 пациентов, применяющих ограничение в приеме пищи, набрали больше веса, чем потеряли во время диеты. Кроме того, исследования не дают убедительных доказательств того, что соблюдение диеты приводит к значительному улучшению состояния здоровья,

независимо от изменения веса. В целом, мнение о том, что диеты приводят к длительной потере веса или приносят пользу здоровью достаточно противоречивы [6, 7].

Хотя патофизиология ожирения и компульсивного переедания сложна, в основе механизма увеличения веса лежит избыточное потребление калорий [8]. Одним из факторов, связанных с увеличением потребления пищи, безусловно, является большая вместимость желудка натощак [9]; таким образом, очевидным решением часто является проведение бариатрических операций.

Доказано, что структурированное бариатрическое лечение является лучшим средством борьбы с ожирением и сопутствующими заболеваниями. По результатам некоторых исследований доказано, что базовая стоимость хирургического вмешательства была примерно таковой же, как годовая стоимость лечения сахарного диабета плюс 1 год лечения артериальной гипертензии [8]. Пациенты, получающие хирургическую помощь, могут добиться значительных улучшений, но со временем они чаще исчезают из поля зрения (в среднем, наблюдение составляет 5-летний период). В других исследованиях было доказано, что для большинства таких пациентов дополнение к бариатрической хирургии (эндокринологическое, психотерапевтическое сопровождение) приводит к значительному снижению веса и ремиссии сопутствующих заболеваний по сравнению только с интенсивным хирургическим лечением в долгосрочной перспективе [9].

Существует также исследование, проводившееся в Англии для оценки отношения врачей к пациентам с ожирением, а также к причинам и лечению ожирения [10, 11]. С помощью анкеты оценивалось отношение к пациентам в двух географически репрезентативных национальных случайных выборках из 5000 врачей первичного звена здравоохранения. В одной выборке (N = 2500) ожирение определялось

как ИМТ от 30 до 40 кг/м², а в другой (N = 2500) ожирение определялось как ИМТ > 40. Ответили на анкеты около 620 врачей. Они оценили отсутствие физической активности как значительно более важную причину ожирения, чем любую другую причину ($p < 0,0009$). Два других поведенческих фактора, переедание и диета с высоким содержанием жиров, получили следующие средние оценки. Более 50 % врачей считали пациентов с ожирением «неуклюжими, непривлекательными, некрасивыми и несговорчивыми». Лечение ожирения было оценено как значительно менее эффективное ($p < 0,001$), чем лечение 9 из 10 хронических заболеваний. Около 10 % практикующих врачей согласились с тем, что негативно относятся к этому заболеванию. Такое отношение, вероятно, приводит к избеганию общения с пациентами, страдающими ожирением, по вопросам контроля веса [12].

Существуют исследования, оценивающие влияние психиатрических препаратов на снижение массы тела [13].

Мы выявили 9 исследований по лечению флуоксетином, в которых сообщалось о результатах снижения веса (флуоксетин обычно назначают для лечения депрессивных расстройств, обсессивно-компульсивного расстройства и нервной булимии). Следует отметить, что дозы, используемые для снижения веса, были выше (60 мг), чем дозы, используемые для лечения депрессивных расстройств (20 мг). Средний возраст пациентов, участвовавших в этих исследованиях, составил 48 лет. 69 % из них составляли женщины, а средний индекс массы тела составлял 35,5 кг/м². У 78 % испытуемых диета была сопутствующим вмешательством; 33 % включали в себя образовательные, поведенческие или психосоциальные мероприятия; и 12 % включали в себя физические упражнения в качестве сопутствующего вмешательства. Статистические тесты и результаты отдельных исследований показали слишком

большую неоднородность, поэтому объединенные анализы не были представлены [14].

Мы выявили 1 исследование, посвященное сертралину. В этом исследовании оценивалось влияние сертралина на поддержание снижения веса у 53 женщин, которые прошли 26-недельную программу снижения веса, сочетавшую в себе низкокалорийную диету и поведенческую терапию. К концу 54-недельного исследования пациенты, получавшие сертралин, набрали в среднем 17,7 кг, в то время как пациенты, получавшие плацебо, набрали в среднем 11,8 кг, и эта разница, по мнению авторов, не была статистически значимой [15].

Проведенный нами поиск литературы выявил 1 исследование, в котором оценивалась эффективность препарата топирамата для снижения веса. Следует отметить, что в этом исследовании данные были представлены только в процентах от потери веса, поэтому результатом этого анализа был процент потери веса. Согласно полученным результатам, наиболее распространенными дозами для снижения массы тела были следующие дозы: 96 мг/сут и 192 мг/сут. Более высокая доза приводила к значительно большей потере веса [16].

Представляется разбор клинического случая пациентки с компульсивным перееданием и ожирением, проходившей амбулаторное лечение в Профессорском консультационном центре учреждения образования «Белорусский государственный медицинский университет», в котором показана необходимость мультидисциплинарного подхода в лечении нарушений пищевого поведения (компульсивного переедания).

Краткое описание

Пациентка У., 22 года, была записана на консультацию к врачу-психотерапевту с целью лечения компульсивного переедания и ожирения. При поступлении жалобы на наличие частых повторяющихся эпизодов

неукротимого потребления пищи около 3 раз в неделю (при этом, приступы переедания переживаются как крайне неприятное явление), увеличение веса на 20 % от изначального за прошедшие 3 года. Во время сбора анамнестических сведений пациентка рассказала об отсутствии эпизодов компенсаторного поведения, направленного на предотвращение набора веса (прием слабительных, мочегонных препаратов, вызывание рвоты и т. п.).

Анамнез жизни

Наследственность У. психопатологически отягощена (сообщила, что мать страдает нервной булимией). Раннее развитие без особенностей. Имела высшее фармацевтическое образование, работала провизором. Проживала одна.

Из анамнеза заболевания: нарушения пищевого поведения начались около 3 лет назад с эпизодов патологического переедания, когда появилась постоянная тяга к еде, что сопровождалось приступами переедания (не менее 3 раз в неделю) без очистительного поведения. За помощью к врачам-эндокринологам, врачам-диетологам не обращалась по данной проблеме. Проходила лечение у врача-психотерапевта, но безрезультатно. Принимала т. Эсциталопрам 10 мг в день в течение 6 месяцев.

Объективно при поступлении

Сознание ясное. Ориентирована все-сторонне правильно. Доброжелательна во время беседы. Речь четкая. Объем внимания не снижен. Основным направлением беседы с врачом выбирает тему «проблемы лишнего веса». Со слов пациентки, «самое гласное для меня – изменить свой внешний вид». Эмоционально лабильна. Тревожна. Фон настроения снижен. Мышление последовательное, в обычном темпе. Бредовых идей и обманов восприятия на момент осмотра не обнаруживает. Вне

суицидальных и агрессивных тенденций. Ищет помощи. Мотивирована на дальнейшее лечение.

Неврологический статус без особенностей.

Соматический статус: Телосложение правильное. Избыток массы тела (ИМТ = 5,7 кг/м², рост – 170 см, вес – 95 кг). Кожные покровы чистые, сухие. В легких – везикулярное дыхание, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные. АД = 150/100 мм.рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Стул – частые запоры. Диурез в норме.

Диагноз основной: F50.4 Переедание, связанное с другими психологическими расстройствами (компульсивное переедание).

Диагноз сопутствующий: Хронический гастродуоденит, неполная ремиссия. Хронический фарингит, неполная ремиссия. Избыток массы тела (ИМТ = 25,7 кг/м²).

Рекомендовано: отмена т. Эсциталопрама 10 мг, назначен капс. Флуоксетин 20 мг с дальнейшей коррекцией дозы, наблюдение у врача-эндокринолога, рациональное питание, занятие физкультурой, групповая, индивидуальная, семейная психотерапия.

Обсуждение

Характерной особенностью клинической картины пациентки У. является наличие расстройства пищевого поведения в виде компульсивного переедания. Случай пациентки У. демонстрирует трудности в лечении нарушений пищевого поведения при отсутствии мультидисциплинарного подхода.

Заключение

Описанный клинический случай пациентки У. иллюстрирует, как часто пациенты с компульсивным перееданием и ожирением проходят безрезультатное лечение у врача одного профиля. Следует отметить необходимость комплексной работы врача-

психотерапевта, врача-эндокринолога, врача-кардиолога и других специалистов с целью дальнейшего достижения лучшего терапевтического успеха в ведении и лечении таких пациентов.

Выводы

В будущем необходимы дальнейшие исследования, направленные на разработку эффективных методов лечения компульсивного переедания и коморбидного ему ожирения с применением мультidisциплинарного подхода.

Литература/References

1. Stavrou, G. Six intragastric balloons: Which to choose? / G. Stavrou, A. Shrewsbury, K. Kotzampassi // *World Journal of Gastrointestinal Endoscopy*. – 2021. – Vol. 13, № 8. – P. 238–242.
2. Koskinas, K. C. et al. Obesity and cardiovascular disease: an ESC clinical consensus statement / K. C. Koskinas [et al.] // *European Heart Journal*. – 2024. – Vol. 45, № 38. – P. 4063–4098.
3. Aderinto, N. Recent advances in bariatric surgery: a narrative review of weight loss procedures / N. Aderinto [et al.] // *Annals of Medicine and Surgery*. – 2023. – Vol. 85, № 12. – P. 6091–6104.
4. Dave, N. Endobariatrics: a still underutilized weight loss tool / N. Dave, E. Dawod, O. L. Simmons // *Current Treatment Options in Gastroenterology*. – 2023. – Vol. 21, № 2. – P. 172–184.
5. Hazzard, V. M. Intuitive eating longitudinally predicts better psychological health and lower use of disordered eating behaviors: findings from EAT 2010–2018 / V. M. Hazzard [et al.] // *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*. – 2021. – Vol. 26. – P. 287–294.
6. Pucci, A. Mechanisms underlying the weight loss effects of RYGB and SG: similar, yet different / A. Pucci, R. L. Batterham // *Journal of endocrinological investigation*. – 2019. – Vol. 42. – P. 117–128.
7. Hall, K. D. Maintenance of lost weight and long-term management of obesity / K. D. Hall, S. Kahan // *Medical Clinics*. – 2018. – Vol. 102, № 1. – P. 183–197.
8. Davis, J. A. Earlier provision of gastric bypass surgery in Canada enhances surgical benefit and leads to cost and comorbidity reduction / J. A. Davis, R. Saunders // *Frontiers in public health*. – 2020. – Vol. 8. – P. 515–519.
9. ZHAO, K. Association of Therapeutic Effects on Psychological Status of Post-bariatric Patients One Year after Surgery / K. ZHAO [et al.] // *Chinese General Practice*. – 2022. – Vol. 25, № 36. – P. 4528–4535.
10. Westbury, S. Obesity stigma: causes, consequences and potential solutions / S. Westbury [et al.] // *Current obesity reports*. – 2023. – Vol. 12, № 1. – P. 10–23.
11. Lawrence, B. J. Weight bias among health care professionals: a systematic review and meta-analysis / B. J. Lawrence [et al.] // *Obesity*. – 2021. – Vol. 29, № 11. – P. 1802–1812.
12. Alimoradi, Z. Weight-related stigma and psychological distress: A systematic review and meta-analysis / Z. Alimoradi [et al.] // *Clinical Nutrition*. – 2020. – Vol. 39, № 7. – P. 2001–2013.
13. Müller, T. D. Anti-obesity therapy: from rainbow pills to polyagonists / T. D. Müller [et al.] // *Pharmacological reviews*. – 2018. – Vol. 70, № 4. – P. 712–746.
14. Batsis J. A. A systematic review of dietary supplements and alternative therapies for weight loss / J. A. Batsis [et al.] // *Obesity*. – 2021. – Vol. 29, № 7. – P. 1102–1113.
15. Li Z. Meta-analysis: pharmacologic treatment of obesity / Z. Li [et al.] // *Annals of internal medicine*. – 2005. – Vol. 142, № 7. – P. 532–546.
16. Pilitsi E. Pharmacotherapy of obesity: available medications and drugs under investigation / E. Pilitsi [et al.] // *Metabolism*. – 2019. – Vol. 92. – P. 170–192.

Поступила 12.12.2024 г.