

# Расстройства пищевого поведения в свете клинических рекомендаций по диагностике и лечению неалкогольной жировой болезни печени

И.В.Маев<sup>1</sup>, Н.В.Гегель<sup>2</sup>, Д.Т.Дичева<sup>✉1</sup>, Е.М.Миронова<sup>1</sup>, Д.Н.Андреев<sup>1</sup>, А.Н.Казюлин<sup>1</sup>, К.О.Кудряшова<sup>1</sup>

<sup>1</sup>ГБОУ ВПО Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И.Евдокимова Минздрава России. 127473, Россия, Москва, ул. Делегатская, д. 20, стр. 1;

<sup>2</sup>Европейский медицинский центр. 129090, Россия, Москва, ул. Щепкина, д. 35

Как отечественные, так и зарубежные клинические рекомендации по лечению неалкогольной жировой болезни печени (НАЖБП) важное место уделяют модификации образа жизни пациента, в частности снижению массы тела. Именно коррекция массы тела во многом является базисным методом терапии НАЖБП, позволяющим затормозить прогрессирование патологического процесса и профилактировать осложнения заболевания. Однако пациентам с НАЖБП крайне трудно выполнить данную рекомендацию в силу сформировавшихся пищевых привычек. С учетом этого практические навыки врачей-терапевтов и гастроэнтерологов в этой области позволяют выявить и сделать первые шаги по коррекции пищевых расстройств у этой группы пациентов.

**Ключевые слова:** неалкогольная жировая болезнь печени, ожирение, модификация образа жизни, пищевые привычки, пищевые расстройства.

✉ di.di4eva@yandex.ru

**Для цитирования:** Маев И.В., Гегель Н.В., Дичева Д.Т. и др. Расстройства пищевого поведения в свете клинических рекомендаций по диагностике и лечению неалкогольной жировой болезни печени. *Consilium Medicum*. 2016; 18 (8): 59–63.

## Eating disorders in the light of clinical guidelines for the diagnosis and treatment of nonalcoholic fatty liver disease

I.V.Maev<sup>1</sup>, N.V.Gegel<sup>2</sup>, D.T.Dicheva<sup>✉1</sup>, E.M.Mironova<sup>1</sup>, D.N.Andreev<sup>1</sup>, A.N.Kazyulin<sup>1</sup>, K.O.Kudriashova<sup>1</sup>

<sup>1</sup>A.I.Evdokimov Moscow State University of Medicine and Dentistry of the Ministry of Health of the Russian Federation. 127473, Russian Federation, Moscow, ul. Delegatskaia, d. 20, str. 1;

<sup>2</sup>European Medical Center. 129090, Russian Federation, Moscow, ul. Shepkina, d. 35

Both Russian and international clinical guidelines on the treatment of non-alcoholic fatty liver disease (NAFLD) have important modifications to give the image of the patient's life, such as weight loss. That body mass correction in many ways is a basic method of treatment of NAFLD, which allows to slow down the progression of the pathological process and the complications of the disease prophylaxis. However, patients with NAFLD are extremely difficult in implementing this recommendations due to the formed dietary habits. With this in mind the practical skills of GPs and gastroenterologists in this area allow to identify and take the first steps for the correction of eating disorders in this group of patients.

**Key words:** non-alcoholic fatty liver disease, obesity, lifestyle modification, dietary habits, eating disorders.

✉ di.di4eva@yandex.ru

**For citation:** Maev I.V., Gegel N.V., Dicheva D.T. et al. Eating disorders in the light of clinical guidelines for the diagnosis and treatment of nonalcoholic fatty liver disease. *Consilium Medicum*. 2016; 18 (8): 59–63.

Согласно данным Комитета по ожирению Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), избыточная масса тела и ожирение в настоящее время столь распространены, что влияют на здоровье населения в большей степени, чем традиционные проблемы здравоохранения, в частности сердечно-сосудистые заболевания, голодание и инфекционные заболевания [1]. Более 300 млн человек в мире страдают ожирением и ассоциированными с ним заболеваниями, в частности жировой болезнью печени (ВОЗ) [2, 3].

Жировая болезнь печени – заболевание, при котором происходит накопление липидов (чаще триглицеридов) в гепатоцитах. Отличительным критерием, позволяющим дифференцировать неалкогольную жировую болезнь печени (НАЖБП) от алкогольной болезни печени (АБП), является отсутствие гепатотоксичного влияния алкоголя из расчета на чистый этанол (для мужчин – более 40 г/сут, для женщин – более 20 г/сут) [4, 5]. Процесс поражения печени прогрессирует, обуславливая следующие стадии НАЖБП: стеатоз печени, неалкогольный стеатогепатит (НАСГ), цирроз печени [6–8].

Средняя распространенность НАЖБП в разных странах составляет 20–33% взрослого населения. В 2007 г. НАЖБП была выявлена у 27% населения, тогда как в 2014 г. прирост составил более 10%, патология выявлена у 37,1% обследованных. По данным проведенного на территории Российской Федерации исследования (DIREG\_L\_01903), в которое были включены 30 754 человека, обратившихся за амбулаторно-поликлинической помощью (средний возраст 47,8±16,4 года), распространенность НАЖБП составила 27,0%, из которых в 80,3% случаев выявлен стеатоз, в 16,8% –

стеатогепатит, а пациентов с циррозом было 2,9% [9]. С целью изучения эпидемиологической ситуации, особенностей НАЖБП в 2014 г. в Москве было проведено обследование в рамках проекта «Проверь свою печень», охватившее 5 тыс. москвичей в возрасте от 18 до 75 лет. Все участники были осмотрены врачом, помимо этого проводились ультразвуковое исследование органов брюшной полости, лабораторные исследования крови, в том числе и выявление антител к вирусу гепатита С и поверхностного антигена вируса гепатита В, измерение антропометрических данных. Помимо этого обследованные заполняли опросники CAGE и AUDIT, вели дневники пищевого поведения. У 30,6% вошедших в проект жителей было выявлено повышение печеночных трансаминаз и маркеров холестаза, при этом диффузные заболевания печени распределились следующим образом: НАЖБП – 7,4%, алкогольная болезнь печени – 6,9%, гепатит С – 6,7%, гепатит В – 1,9%, лекарственные поражения печени – 0,82%, аутоиммунный гепатит – 0,78%, заболевания холестатического характера – 0,69%, 5,4% составили другие болезни печени [10, 11].

На сегодняшний день методические подходы по выявлению НАЖБП в полном объеме освещены в рекомендациях Российской гастроэнтерологической ассоциации и Российского общества по изучению печени, а также в современных публикациях специалистов в этой области [11, 12]. В качестве диагностических мероприятий предложены следующие шаги:

- объективный осмотр (в том числе пальпация печени);
- лабораторная диагностика с определением активности следующих биохимических показателей: аланин- и ас-

партатаминотрансфераза,  $\gamma$ -глутамилтранспептидаза, щелочная фосфатаза, а также уровень билирубина, липидный профиль;

• диагностика инсулинорезистентности.

При обследовании больного в качестве инструментальных методов были предложены:

- ультразвуковое исследование печени;
- компьютерная и магнитно-резонансная томография;
- эластометрия;
- биопсия печени.

В рамках лечения НАЖБП ключевым пунктом, который обсуждается как в российских национальных рекомендациях, так и в зарубежных, являются изменение образа жизни и нормализация массы тела [11, 13]. В российских рекомендациях подчеркнута необходимость добиваться плавного снижения массы тела, первоначально – на 10%. При этом подчеркивается, что быстрое уменьшение массы тела может привести к прогрессированию стеатогепатита. Исходя из этого, пациентам рекомендуется похудение не более чем на 0,5–1,0 кг в неделю путем ограничения употребления высококалорийной пищи с высоким содержанием фруктозы [11]. По результатам метаанализа было показано, что уменьшение массы тела у пациентов с НАЖБП было ассоциировано с регрессом стеатоза и гипертрансаминаземии [14]. Однако практикующие врачи знают, насколько трудно привести пациентов, страдающих НАЖБП, к мысли о необходимости изменения пищевого рациона, а также стойко сформированных пищевых привычек. Как правило, пациенты с избыточной массой тела крайне негативно относятся к самой мысли об отказе от высококалорийной пищи, расширении физической активности. Однако сформировавшиеся в течение многих лет пищевые привычки во многом имеют адаптивный характер. Именно в силу этого пациентам с избыточной массой тела и ожирением трудно пересмотреть устоявшиеся предпочтения в питании.

У пациентов, склонных к избыточной массе тела, как правило, выявляются те или иные расстройства пищевого поведения. Во многом это обусловлено тем, что пища является легкодоступным источником удовольствия. Помимо этого, диетологами отмечено, что именно высококалорийная пища приводит к повышению синтеза серотонина. Согласно исследованиям, пациенты, склонные к расстройствам пищевого поведения, имеют целый ряд психологических особенностей: неотрагированность, задержанность и интравертированность эмоциональных проявлений, гипертрофированная обязательность, ответственность при повышенной ранимости и чувствительности, приводящие к повышению личностной и реактивной тревожности [15]. При этом у пациента отмечается невозможность проявить свои эмоции вовне, стремление подавить их, что способствует формированию хронической эмоциональной напряженности. В то же время гиперответственность пациента приводит к неизбежному повышению стрессогенности в условиях активного информационного потока, необходимости соответствовать профессиональным и личным требованиям. Это увеличивает неуверенность в себе, склонность к дистимическому реагированию, интрапуническому стилю поведения в ситуации фрустрации.

Для этих пациентов характерен феномен постстрессовой беззащитности, который заключается в том, что после первичной психотравмирующей (психонагрузочной) ситуации происходит значительное снижение порога реагирования на стресс [16]. Таким образом, эмоционально значимыми и патогенными становятся внешние раздражители из числа обычных, ранее индифферентных. Этот процесс приводит к дальнейшему снижению толерантности как к острым, так и хроническим стрессогенным факторам. Ситуация осложняется снижением способности па-

циентов к вербализации эмоциональных переживаний (алекситимия) [17]. Таким образом, данному типу пациентов трудно обратиться за медико-психологической помощью, потому что они не могут сформулировать для себя причину своих переживаний, и наиболее привычным для них шагом вытеснения «внутреннего беспокойства» является получение удовольствия – поощрение себя с помощью еды. Это и называется гиперфагической реакцией на стресс. Можно отметить и следующую важную психологическую особенность: пациенты часто начинают есть, не испытывая чувство голода, у них также снижено ощущение пищевого насыщения, т.е. пациенты продолжают есть вплоть до дискомфорта, вызванного переполнением желудка. Таким образом, сам процесс потребления пищи приносит пациенту радость, успокоение [16, 17].

Наиболее часто у пациентов с НАЖБП удается выделить следующие расстройства пищевого поведения [18, 19]:

- Влечение к углеводам.
- Синдром вечерней и ночной еды – обусловлен тем, что пациент ощущает повышение утренней тревожности (депрессии), нарастающей к исходу рабочего дня. С целью вознаграждения себя большой настроен на употребление высококалорийной с повышенным содержанием углеводов пищи в вечернее, а нередко и в ночное время. При этом отмечается отсутствие аппетита по утрам, которое приобретает впоследствии постоянный характер. Этот тип поведения хорошо охарактеризован следующим замечанием: «На завтрак кофе, на обед работа, на ужин – все удовольствия за прожитый день». Помимо НАЖБП данный тип питания способствует достаточно быстрому формированию гастроэзофагеальной рефлюксной болезни.
- Синдром постоянной еды. Для достижения психоэмоционального комфорта пациенту важно часто перекусывать. Дополнительные приемы пищи составляют более 25% суточного потребления калорий – при этом количество приемов пищи может превышать 5–6 раз в сутки. В дальнейшем теряется связь перекусов с «особенным» настроением и пациент привыкает есть при работе за компьютером, при чтении и т.д.
- Пищевой гедонизм заключается в приеме большого количества пищи в ответ на стрессогенные факторы с целью уменьшения психологического напряжения. Примером могут служить обильные застоля после подписания контрактов в результате проведения длительных переговоров. Это расстройство встречается чаще у мужчин и рассматривается как приспособительная реакция в стрессовых ситуациях.
- Синдром пищевых эксцессов заключается в повторяющихся кратковременных (не более 2 ч) эпизодах неконтролируемого пациентом переедания, возникающих не менее 2 раз в неделю на протяжении полугода. Важно отметить, что данные эпизоды начинаются без предшествующего чувства голода, длятся до ощущения переполнения желудка. После пищевого эксцесса пациент испытывает чувство вины, неприятия себя, что приводит к резкому снижению фона настроения. В этих условиях закрепляется интрапуническое поведение (самообвинение), а значит, неизбежное нарастание уровня тревожности приводит к необходимости «компенсации» – новому пищевому эксцессу. Формирование патологического круга «переедание – наказание себя» часто приводит к развитию маскированной либо манифестной депрессии. Так как пациенты не склонны обращаться за психологической помощью, то диагностика подобного поведения является прерогативой гастроэнтеролога или практикующего врача-интерниста.

Трудность коррекции расстройств пищевого поведения заключается в том, что необходимо изменение пищевых привычек – определенных стереотипов, уже вырабо-

танных и закрепленных программ употребления пищи, которые «срабатывают» в стрессогенных условиях. Помимо этого, гиперфагическая реакция является подчас единственным источником удовольствия для человека, от которого он не готов отказаться [16, 20].

В силу сказанного существенную роль в попытках нормализации массы тела играет формирование мотивации пациента к похудению, которое занимает подчас от нескольких месяцев до нескольких лет. Выделяют следующие этапы формирования мотивации у пациента [20, 21]:

- предварительный этап;
- этап обдумывания;
- этап планирования и действия.

Предварительный этап может быть наиболее длительным, так как пациент, как правило, не видит необходимости перемен в своей жизни и всячески избегает их.

Так как НАЖБП, даже на стадии НАСГ с начальной трансформацией в цирроз печени, может протекать бессимптомно, то пациент не мотивирован обращаться к врачу. Он прибегает к медицинской помощи только под давлением окружающих, озабоченных состоянием его здоровья. Пациент часто занимает позицию отрицания, выстраивая в своем сознании следующую цепочку: «Нет консультации врача – нет неприятных новостей – нет проблемы». Именно отсутствие осознания проблемы представляется наиболее опасным, так как пациент на длительное время выпадает из-под медицинского контроля и обращается к врачу лишь в стадии декомпенсации цирроза печени [21].

Даже неопытный врач четко диагностирует отсутствие мотивации в беседе с пациентом. Дополнительным критерием этой стадии является то, что пациенту трудно оценить характер питания: он не задумывается о соотношении белков, жиров и углеводов в своем рационе, об объеме съеденной пищи, о фактах переедания (т.е. продолжает есть после насыщения и останавливается в еде только при выраженном чувстве переполнения, тяжести в животе). Таким пациентам трудно вспомнить, что они ели на протяжении последних 1–2 дней. Их бессмысленно направлять на консультацию диетолога, психотерапевта, поэтому работа с пациентом на предварительном этапе ложится на плечи интерниста и/или гастроэнтеролога. Задача врача состоит в том, чтобы в доброжелательной форме (не пугая пациента) выстроить связь между характером его питания и состоянием здоровья. Чаще всего в силу бессимптомности течения НАЖБП выявляется при обследовании по поводу сопут-

ствующей патологии, которая может вызывать беспокойство пациента, например, когда у больного с НАЖБП сопутствующая гипертоническая болезнь требует усиления гипотензивной терапии. Задача интерниста – перевести пациента к следующему этапу [20].

**Этап обдумывания.** Большим успехом интерниста является то, что пациент начинает задумываться о путях преодоления существующей проблемы. Однако работа по формированию мотивации к снижению массы тела требует чрезвычайного терпения и деликатности, так как на этом этапе пациент не предпринимает никаких действий по нормализации массы тела. Пациент признает, что характер питания отрицательно сказывается на состоянии его здоровья, но находит много препятствий на пути к изменению образа жизни и характера питания, как правило, ссылаясь на интенсивную работу, режим труда с поздним возвращением домой, на сформировавшиеся пищевые пристрастия (то, что он любит и не любит есть). Для этого этапа характерно, что пациент начинает испытывать тревогу по поводу своего состояния, но отвечает привычной для него гиперфагической реакцией (чем больше думает о своем состоянии, тем больше беспокоится, тем больше ест) [20, 22].

Гиперфагическая реакция на стресс является вполне закономерной для человека. Она сформировалась и закрепилась на протяжении тысячелетий. Отсутствие пищи, длительные неурожайи приводили к неизбежной гибели многих людей, в то время как наличие пищи и ее доступность спасали жизнь человека. Особенностью гиперфагической реакции на стресс является начало приема пищи без предшествующего чувства голода, с неосознанной целью вернуть психоэмоциональное равновесие. Задача интерниста на этапе обдумывания – помочь пациенту в устранении препятствий к изменению образа жизни. Рекомендуется ведение пищевого дневника: выяснение, в какие часы пациент питается, где, какую пищу принимает на протяжении дня. Большое внимание уделяется коррекции представлений пациента о сбалансированной диете [21, 22]. Наряду с этим обсуждается расширение уровня его физической активности. Согласно рекомендациям Российской гастроэнтерологической ассоциации и Российского общества по изучению печени пациентам с НАЖБП показаны умеренные аэробные нагрузки: ходьба в среднем темпе не менее 20 мин не реже 5 раз в неделю, плавание, езда на велосипеде [11]. Необходимо стараться пошагово увеличивать физическую активность, снижать калорийность

пищи, а также переносить по времени прием калорийной пищи на более ранние часы.

Этап обдумывания может быть также крайне длительным, и для пациента чрезвычайно необходимы помощь близких, а также изменение пищевых привычек внутри его семьи.

Этап планирования и действия характеризуется тем, что пациент планирует определенные шаги для решения своей проблемы и начинает действовать. На этом этапе врачу важно поддерживать пациента, так как если в прошлом отмечались безуспешные попытки похудения, то они закрепляются негативным опытом [20, 21]. Задача врача – помочь пациенту разработать конкретные последовательные шаги по изменению пищевого поведения: отказ от вечерней и ночной еды, постепенный отказ от «вредных» продуктов, распределение калорийности пищи на протяжении дня, постепенное увеличение физической активности (например, подниматься на нужный этаж не на лифте, а пешком).

Задача врача заключается в том, чтобы постепенно вести пациента от состояния борьбы с самим собой, в которое его вводят строгие рестриктивные указания, так как увеличение тревожности неизбежно приводит к реализации гиперфагической реакции на стресс. Сказанное можно проиллюстрировать часто встречающимся феноменом: пациент садится на жесткую диету, а затем либо ждет ее окончания, либо прерывает ее и незаметно для себя возвращается или даже превышает исходную массу тела [19–21]. Таким образом, важная задача этапа планирования и действия – сделать бессознательные пищевые привычки осознанными.

Ранее бессознательные привычки – гиперфагическая реакция – заменяются на осознание пациентом легкого чувства голода как побуждающего мотива к приему пищи. Пациент учится осознавать, испытывает ли он чувство голода, прекращать прием пищи, достигая насыщения. Также врачу необходимо помочь пациенту найти альтернативные осознанные источники удовольствия помимо еды.

Учитывая влияние психоэмоциональных нагрузок на формирование расстройств пищевого поведения, на этапе действия пациент учится адаптивным стратегиям совладания для восстановления нормального пищевого стереотипа. Это заключается в поиске альтернативных способов совладания со стрессами и негативными эмоциями: обучение пациента техникам релаксации и стресс-менеджмент. Только на этом этапе пациент признает наличие психосоматических корней своей проблемы и готов для работы с психотерапевтом.

Таким образом, рекомендации по модификации образа жизни представляют достаточно сложную и многогранную работу интерниста [23].

Медикаментозная терапия ожирения является лишь дополнительным компонентом к соблюдению здорового образа жизни. Цели медикаментозной терапии НАЖБП – повышение чувствительности тканей к инсулину и уменьшение степени повреждения печени. Применяются следующие лекарственные средства [6, 8, 11, 13, 24]:

- Омега-3, -6, -9-полиненасыщенные жирные кислоты – используются для лечения гипертриглицеридемии при НАСГ.
- Статины – коррекция дислипидемии при НАЖБП/НАСГ. Наиболее широко изучены эффективность и безопасность аторвастатина, симвастатина, розувастатина, а также правастатина. По последним данным, статины редко оказывают гепатотоксичное действие, поэтому контроль трансаминаз при применении статинов не показан.
- Фибраты – снижение уровня триглицеридов и повышение уровня липопротеинов высокой плотности.
- Витамин Е улучшает морфологическую картину печени в дозе 800 мг/сут у пациентов с НАСГ. Ввиду отсутствия ис-

следований по применению витамина Е у пациентов с циррозом печени и сахарным диабетом лечение данной группой препаратов не рекомендуется.

- Инсулиносенситайзеры метформин и тиазолидиндионы – способствуют повышению чувствительности тканей к инсулину, уменьшению количества жира в печени. Метформин способствует снижению массы тела, стимулирует окисление свободных жирных кислот, снижает концентрацию триглицеридов, холестерина в сыворотке крови.

В клинических рекомендациях обращают внимание на прием препаратов урсодезоксихолевой кислоты (УДХК) для лечения пациентов с НАЖБП. УДХК обладает цитопротективным, антифибротическим и антиоксидантным действием, также способствует уменьшению токсичного влияния желчных кислот на гепатоциты и клетки органов желудочно-кишечного тракта, реализуя антиканцерогенное действие [11]. По данным некоторых исследований, УДХК способствует уменьшению инсулинорезистентности ( $p < 0,001$ ), а также нормализует липидный спектр, приводя к повышению уровня липопротеинов высокой плотности ( $p = 0,037$ ), достоверно снижая уровень аланин- и аспартаминотрансферазы ( $p < 0,001$ ) на фоне терапии УДХК. Следовательно, применение препаратов УДХК потенцирует уменьшение выраженности стеатоза печени, оказывает положительный метаболический эффект, нормализуя липидный профиль и уменьшая проявления инсулинорезистентности.

В 2013 г. было проведено исследование РАКУРС «Изучение влияния УДХК на эффективность и безопасность терапии статинами у больных с заболеванием печени, желчного пузыря и/или желчевыводящих путей с использованием препарата Урсосан». Целью данного проекта стала оценка возможности УДХК предупреждать нарушения функции печени у больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями и высоким риском сердечно-сосудистых осложнений, имеющих показания для назначения статинов. В данной работе было показано, что гиполипидемическая терапия статинами в комбинации с УДХК (Урсосаном) у пациентов с заболеваниями печени и желчевыводящих путей эффективна и безопасна и приводит к большему снижению общего холестерина и холестерина липопротеинов низкой плотности [25]. Приведенные литературные данные согласуются и с нашим собственным клиническим опытом использования препарата УДХК Урсосан, зарекомендовавшего себя как надежное средство, приводящее к снижению трансаминаз и нормализации липидного профиля у пациентов, страдающих НАЖБП. Важной чертой Урсосана является безопасность препарата при длительном приеме, который часто требуется у рассматриваемой группы пациентов.

#### Литература/References

1. Obesity: Preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO consultation. World Health Organ Tech Rep Ser 2000; 894: i–xii.
2. Bray G. Medical consequences of obesity. J Clin Endocrinol Metab 2004; 89: 2583–9.
3. Bray G. Obesity. In: Sleisenger and Fordtran's Gastrointestinal and Liver Disease: Pathophysiology, Diagnosis, Management. Edited by M.Feldman, L.S.Friedman, L.J.Brandt. 10th ed. 2015; p. 856–84.
4. Маев И.В., Абдурахманов Д.Т., Андреев Д.Н., Дичева Д.Т. Алкогольная болезнь печени: современное состояние проблемы. Терапевт. арх. 2014; 4: 108–6. / Maev I.V., Abdurakhmanov D.T., Andreev D.N., Dicheva D.T. Alkogol'naia bolezn' pecheni: sovremennoe sostoianie problemy. Terapevt. arkh. 2014; 4: 108–6. [in Russian]
5. Маев И.В., Абдурахманов Д.Т., Андреев Д.Н., Дичева Д.Т. Алкогольная болезнь печени. Пособие для врачей. М.: Форте-принт, 2014. / Maev I.V., Abdurakhmanov D.T., Andreev D.N., Dicheva D.T. Alkogol'naia bolezn' pecheni. Posobie dlia vrachei. M.: Forte-print, 2014. [in Russian]
6. Маев И.В., Андреев Д.Н. Неалкогольная жировая болезнь печени: механизмы развития, клинические формы и медикаментозная коррекция. Consilium Medicum. Гастроэнтерология (Прил.). 2012; 2: 36–9. / Maev I.V., Andreev D.N. Nealko-

- gol'naia zhirovaia bolezni' pecheni: mekhanizmy razvitiia, klinicheskie formy i medikamentoznaia korrektsiia. *Consilium Medicum. Gastroenterology (Suppl.)*. 2012; 2: 36–9. [in Russian]
7. Law K, Brunt EM. Nonalcoholic fatty liver disease. *Clin Liver Dis* 2010; 14: 591–604.
  8. Маев И.В., Андреев Д.Н., Дичева Д.Т. и др. Неалкогольная жировая болезнь печени: современное состояние проблемы. *Мед. вестн. МВД*. 2012; 6: 35–40. / Maev I.V., Andreev D.N., Dicheva D.T. i dr. Nealkogol'naia zhirovaia bolezni' pecheni: sovremennoe sostoianie problemy. *Med. vestn. MVD*. 2012; 6: 35–40. [in Russian]
  9. Ivashkin V, Drapkina O. The prevalence of non-alcoholic fatty liver disease in Russian Federation. *Gut* 2009; 58: 1207.
  10. Ивашкин В.Т., Драпкина О.М., Маев И.В. и др. Распространенность неалкогольной жировой болезни печени у пациентов амбулаторно-поликлинической практики в Российской Федерации: результаты исследования DIREG 2. *Рос. журн. гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии*. 2015; 6: 31–41. / Ivashkin V.T., Drapkina O.M., Maev I.V. i dr. Rasprostranennost' nealkogol'noi zhirovoi bolezni pecheni u patsientov ambulatorno-poliklinicheskoi praktiki v Rossiiskoi Federatsii: rezul'taty issledovaniia DIREG 2. *Ros. zhurn. gastroenterologii, gepatologii, koloproktologii*. 2015; 6: 31–41. [in Russian]
  11. Ивашкин В.Т., Маевская М.В., Павлов Ч.С. и др. Клинические рекомендации по диагностике и лечению неалкогольной жировой болезни печени Российской общества по изучению печени и Российской гастроэнтерологической ассоциации. *Рос. журн. гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии*. 2016; 2: 24–42. / Ivashkin V.T., Maevskaia M.V., Pavlov Ch.S. i dr. Klinicheskie rekomendatsii po diagnostike i lecheniiu nealkogol'noi zhirovoi bolezni pecheni Rossiiskogo obshchestva po izucheniiu pecheni i Rossiiskoi gastroenterologicheskoi assotsiatsii. *Ros. zhurn. gastroenterologii, gepatologii, koloproktologii*. 2016; 2: 24–42. [in Russian]
  12. Маев И.В., Кузнецова Е.И., Андреев Д.Н., Дичева Д.Т. Современные и перспективные подходы к диагностике неалкогольной жировой болезни печени. *Consilium Medicum*. 2015; 8: 20–7. / Maev I.V., Kuznetsova E.I., Andreev D.N., Dicheva D.T. Sovremennye i perspektivnye podkhody k diagnostike nealkogol'noi zhirovoi bolezni pecheni. *Consilium Medicum*. 2015; 8: 20–7. [in Russian]
  13. EASL-EASD-EASO Clinical Practice Guidelines for the management of non-alcoholic fatty liver disease. *J Hepatol* 2016; 64 (6): 1388–402.
  14. Thoma C, Day CP, Trenell MI. Lifestyle interventions for the treatment of non-alcoholic fatty liver disease in adults: a systematic review. *J Hepatol* 2012; 56: 255–66.
  15. Марилов В.В. Общая психопатология. М., 2002. / Marilov V.V. Obshchaia psikhopatologiya. M., 2002. [in Russian]
  16. Neumark-Sztainer D. Obesity and Eating Disorder Prevention: An Integrated Approach? *Adolescent Med (Rev)* 2003; 14 (1): 159–73.
  17. Day J, Ternouth A, Collier DA. Eating disorders and obesity: two sides of the same coin? *Epidemiol Psychiatr Soc* 2009; 18 (2): 96–100.
  18. Josie Geller Book review: Helping people with eating disorders: a clinical guide to assessment and treatment (Second Ed). *J Eat Disord* 2016; 4: 12.
  19. Cooper M, Kelland H. Medication and psychotherapy in eating disorders: is there a gap between research and practice? *J Eat Disord* 2015; 3: 45.
  20. Гурова О.Ю., Бобров А.Е., Романцова Т.И., Роик О.В. Метаболические и психопатологические особенности у больных морбидным ожирением. Ожирение и метаболизм. 2007; 3. / Gurova O.Yu., Bobrov A.E., Romantsova T.I., Roik O.V. Metabolicheskie i psikhopatologicheskie osobennosti u bol'nykh morbidnym ozhireniem. *Ozhirenie i metabolism*. 2007; 3. [in Russian]
  21. Arcelus J, Mitchell AJ, Wales J, Nielsen S. Mortality rates in patients with anorexia nervosa and other eating disorders. A meta-analysis of 36 studies. *Arch Gen Psychiatry* 2011; 68 (7): 724–31.
  22. Field AE, Sonneville KR, Micali N et al. Prospective association of common eating disorders and adverse outcomes. *Pediatrics* 2012; 130 (2): e289–95.
  23. Sonneville KR, Horton NJ, Micali N et al. Longitudinal associations between binge eating and overeating and adverse outcomes among adolescents and young adults: does loss of control matter? *Arch Pediatr Adolesc Med* 2012; p. 1–7.
  24. Маев И.В., Дичева Д.Т., Андреев Д.Н. Современные подходы к терапии неалкогольной жировой болезни печени. В сб. Научно-практической конференции ГКГ МВД России. М.: ГКГ МВД России, 2011; с. 52–3. / Maev I.V., Dicheva D.T., Andreev D.N. Sovremennye podkhody k terapii nealkogol'noi zhirovoi bolezni pecheni. V sb. Nauchno-prakticheskoi konferentsii GKG MVD Rossii. M.: GKG MVD Rossii, 2011; s. 52–3. [in Russian]
  25. Марцевич С.Ю., Кутишенко Н.П., Дроздова Л.Ю. и др., рабочая группа исследования РАКУРС. Изучение влияния урсodeзоксихолевой кислоты на эффективность и безопасность терапии статинами у больных с заболеваниями печени, желчного пузыря и/или желчевыводящих путей (исследование РАКУРС). Рациональная фармакотерапия в кардиологии. 2014; 10 (2): 147–52. / Martsevich S.Yu., Kutishenko N.P., Drozdova L.Yu. i dr., rabochaya gruppy issledovaniia RAKURS. Izuchenie vliianiia ursodezoksikholevoi kisloty na effektivnost' i bezopasnost' terapii statinami u bol'nykh s zabolevaniiami pecheni, zhelchnogo puzyria i/ili zhelcheyvodiashchikh putei (issledovanie RAKURS). *Ratsion. farmakoterapiia v kardiologii*. 2014; 10 (2): 147–52. [in Russian]

## СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ

**Маев Игорь Вениаминович** – чл.-кор. РАН, д-р мед. наук, проф., зав. каф. пропедевтики внутренних болезней и гастроэнтерологии ГБОУ ВПО МГМСУ им. А.И.Евдокимова

**Гегель Наталья Викторовна** – психиатр, психотерапевт Клиники психиатрии и психотерапии ЕМЦ

**Дичева Диана Тодоровна** – канд. мед. наук, доц. каф. пропедевтики внутренних болезней и гастроэнтерологии ГБОУ ВПО МГМСУ им. А.И.Евдокимова. E-mail: di.dicheva@yandex.ru

**Миронова Екатерина Михайловна** – клин. ординатор каф. пропедевтики внутренних болезней и гастроэнтерологии ГБОУ ВПО МГМСУ им. А.И.Евдокимова

**Андреев Дмитрий Николаевич** – ассистент каф. пропедевтики внутренних болезней и гастроэнтерологии ГБОУ ВПО МГМСУ им. А.И.Евдокимова

**Казолин Александр Нисонович** – акад. РАЕН, д-р мед. наук, проф. каф. пропедевтики внутренних болезней и гастроэнтерологии ГБОУ ВПО МГМСУ им. А.И.Евдокимова

**Кудряшова Ксения Олеговна** – лаборант каф. пропедевтики внутренних болезней и гастроэнтерологии ГБОУ ВПО МГМСУ им. А.И.Евдокимова