DOI: https://doi.org/10.51922/2074-5044.2026.4.148

С. Н. Шубина[1], Е. К. Главницкая[1], И. А. Хрущ[1], И. Р. Перережко[1]

ОСОБЕННОСТИ НАРУШЕНИЙ КОГНИТИВНЫХ ФУНКЦИЙ У ЛИЦ С РАССТРОЙСТВАМИ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ

УО «Белорусский государственный медицинский университет», г. Минск, Беларусь[1]

Существуют научные публикации, указывающие на наличие значительных нарушений в когнитивных функциях у лиц с расстройствами пищевого поведения. Однако остаются неясными их клинические проявления, характер и интенсивность таких изменений.

Целью данного исследования явилось изучение частоты и структуры когнитивных нарушений у 58 пациенток с расстройствами пищевого поведения (средний возраст составил 10–40 лет), проходящих лечение в психиатрическом стационаре.

Авторами описывается 1 клинический случай пациентки с нервной булимией и когнитивными нарушениями. Также в настоящей статье приводятся данные научных исследований по наличию когнитивных нарушений у лиц с разным спектром расстройств пищевого поведения (нервной анорексией, нервной булимией и компульсивным перееданием).

Ключевые слова: *расстройства пищевого поведения, когнитивные нарушения*

S. N. Shubina[1], E. K. Glavnitskaya[1], I. A. Khrushch[1], I. R. Pererezko[1]

FEATURES OF COGNITIVE FUNCTIONS IN INDIVIDUALS WITH EATING DISORDERS

Belarusian State Medical University, Minsk, Belarus[1]

Scientific publications indicate significant cognitive impairment in individuals with eating disorders. However, their clinical manifestations, nature, and intensity remain unclear.

The aim of this study was to examine the frequency and structure of cognitive impairment in 58 female patients with eating disorders (average age 10–40 years) undergoing treatment in a psychiatric hospital.

The authors describe one clinical case of a patient with bulimia nervosa and cognitive impairment. This article also presents data from scientific studies on the presence of cognitive impairment in individuals with a wide range of eating disorders (anorexia nervosa, bulimia nervosa, and binge eating disorder).

Key words: *eating disorders, cognitive impairment.*

Всемирная организация здравоохранения объявила расстройства пищевого поведения (РПП) приоритетной проблемой, учитывая риски, которые они представляют для здоровья населения, включая сопутствующие неврологические, соматические, психические заболевания и высокий суицидальную активность. Однако РПП, несмотря на многогранность проявлений и смертельную опасность, остаются недостаточно изученными. Так, когнитивные функции таких пациентов редко оцениваются в связи с «кажущимся благополучием» в способности к адаптации «к жизни с болезнью», успешности в профессиональной и образовательной сферах и др. [1, 2].

Seitz J., Herpertz-Dahlmann B., Konrad K. опубликовали в 2016 году данные, согласно которым у пациентов с нервной анорексией и нервной булимией наблюдается уменьшение объемов серого и белого вещества головного мозга, которое затем восстанавливается после увеличения и стабилизации веса. Подростковый возраст являлся неблагоприятным прогностическим фактором. Причем, долгосрочное восстановление, по-видимому, приводило к редукции когнитивных нарушений только у взрослых, в то время как для подростков никаких выводов не было сделано [3].

Существуют работы, которые демонстрируют тот факт, что для пациентов с расстройствами пищевого поведения характерны перфекционизм и обсессивные черты личности. Это, возможно, связано с преувеличенным когнитивным контролем и нарушением когнитивно-поведенческой гибкости независимо от состояния питания и массы тела. Кроме того, нарушение «переключения» было обнаружено у здоровых родственников таких пациентов. Исследования с использованием методов нейровизуализации предоставили новые данные о дисфункциях стриатокортикальных цепей, которые могут лежать в основе как клинических симптомов обсессивно-компульсивных черт личности, так и нейропсихологических наблюдений нарушения когнитивно-поведенческой гибкости [4].

Цель исследования

Целью работы являлось изучение частоты и структуры когнитивных нарушений у 58 пациенток с расстройствами пищевого поведения (средний возраст составил 10–40 лет), проходящих лечение в психиатрическом стационаре.

Материалы и методы

Было проведено одномоментное поперечное исследование 58 пациенток в возрасте 10–40 лет, находившихся на лечении в 10-м психиатрическом отделении государственного учреждения «Республиканский научно-практического центр психического здоровья» со следующими клиническими диагнозами: F50.0 (нервная анорексия), F50.1 (атипичная нервная анорексия), F50.2 (нервная булимия), F50.8 (другие расстройства пищевого поведения, включающие компульсивное переедание). Для оценки когнитивного статуса использовались следующие психологические шкалы: Монреальская шкала оценки когнитивных функций (Montreal Cognitive Assessment, MoCA); Опросник оценки когнитивных функций (тест Mini-Cog («Мини-Ког»)); Краткая шкала оценки психического статуса (Mini-Mental State Examination, MMSE).

Результаты и обсуждение

Согласно результатам нашего исследования, когнитивные нарушения различной степени и структуры были выявлены у 73 % респонденток. Это подтверждает высокую распространённость нейропсихологического дефицита при РПП, который, как правило, остается нераспознанным. Причем, MoCA является более чувствительным инструментом по сравнению с MMSE.

Среди всех когнитивных доменов, оцениваемых с помощью Монреальской шкалы, наиболее часто страдали два: отсроченное воспроизведение (память) и внимание. Выраженные трудности с запоминанием и последующим воспроизведением информации наблюдались у большинства пациенток, а концентрация и устойчивость внимания были значительно снижены. Эти данные согласуются с современными представлениями о том, что дефицит питания и электролитный дисбаланс при РПП прежде всего влияют на функции гиппокампа и префронтальной коры, которые обеспечивают кратковременную память и произвольное внимание.

Монреальская шкала оценки когнитивных функций (Montreal Cognitive Assessment, MoCA)

Среди всех когнитивных доменов в MoCA наиболее часто затрагивались 2: отсроченное воспроизведение (память) и внимание. Выраженные трудности с запоминанием и последующим воспроизведением информации наблюдались у большинства пациенток, а концентрация и устойчивость внимания были значительно снижены. Эти данные согласуются с современными представлениями о том, что дефицит питания и электролитный дисбаланс при расстройствах пищевого поведения прежде всего влияют на функции гиппокампа и префронтальной коры, которые обеспечивают кратковременную память и произвольное внимание.

Опросник оценки когнитивных функций (тест Mini-Cog)

При выполнении теста Mini-Cog затруднения были зафиксированы у значительной части пациенток. Они проявлялись в 2 основных формах: снижение отсроченного воспроизведения трёх слов (пациентки не могли вспомнить все слова через 2–3 минуты); погрешности в тесте рисования часов (неправильное расположение цифр, отсутствие одной из стрелок, нарушение пространственной организации). Указанные погрешности свидетельствуют о вовлечении зрительно-конструктивных процессов, что характерно для дисфункции теменно-височных отделов головного мозга.

Краткая шкала оценки психического статуса (Mini-Mental State Examination, MMSE)

Результаты MMSE показали, что наиболее низкие баллы наблюдались при выполнении двух видов заданий: серийное вычитание (например, отнимание 7 от 100) – пациентки допускали множественные ошибки, теряли последовательность; а также отсроченное воспроизведение – аналогично данным MoCA и Mini-Cog, память на слова оказывалась нарушенной. Данные результаты приводятся в табл. 1.

У большинства респонденток отмечались повторные госпитализации в государственное учреждение «РНПЦ психического здоровья», что свидетельствует о хроническом характере расстройств пищевого поведения. Согласно нашему исследованию, это усугубляет когнитивные нарушения, возможно, в связи с усилением метаболических нарушений и кахексии. Каждая повторная госпитализация, как правило, ассоциирована с более низкими исходными когнитивными показателями. Наиболее высокая частота и выраженность когнитивного дефицита наблюдалась у пациенток с нервной анорексией, промежуточные показатели – при других формах РПП, а относительно более низкая частота – при нервной булимии. Данные результаты приводятся в табл. 2.

Таблица 1. **Частота и профили когнитивных нарушений у лиц с расстройствами пищевого поведения**

Показатель/ тест	MoCA	тест Mini-Cog	MMSE
% случаев	Общий средний балл <26; 73 %	Отсроченная память 56 %; тест рисования часов 43 %	Общий средний балл <27; 30–35 %
Наиболее частые домены	Отсроченная память, внимание, серийное вычитание	Отсроченная память, зрительно-пространственные ошибки	Серийное вычитание, отсроченная память
Чувствительность к ранним нарушениям	Высокая	Высокая для нарушений памяти	Ниже, чем MoCA

Таблица 2. **Влияние частоты госпитализаций на результаты когнитивных тестов**

Количество госпитализаций/ количество пациентов	1 госпитализация (*n* = 32)	2–5 госпитализаций (*n* = 17)	>5 госпитализаций (*n* = 9)
Результаты когнитивных функций	Средние баллы, MoCA и MMSE выше, меньше выраженных нарушений	Стабильное снижение памяти и внимания; выше частота нарушений	Наихудшие результаты: более выраженные дефициты в отсроченной памяти и исполнительских функциях

Клиническое наблюдение

Представляется разбор 1 клинического случая пациентки с нервной булимией с признаками снижения когнитивных функций, проходившей лечение в ГУ «РНПЦ психического здоровья».

Пациентка Т., 29 лет, поступила в ГУ «РНПЦ психического здоровья» впервые в связи с появлением следующей симптоматики: ежедневное переедание, выраженное беспокойство по поводу массы тела, ежедневное вызывание рвоты, употребление слабительных препаратов (бисакодил, сенадексин).

Анамнез жизни

Пациентка В. родилась старшей из двоих детей (есть 1 младший брат) в неполной семье (родители в разводе, проживала с матерью). Раннее развитие без особенностей. В школу пошла по возрасту, окончила 11 классов СШ с золотой медалью (средний балл составил 9,9). Затем окончила педагогический университет. Наследственность психопатологически не отягощена. На момент поступления в стационар не работала около 4 лет. Проживала одна.

Анамнез заболевания

Болеет около 7 лет. Психическое состояние изменилось, когда умерла бабушка. Появился навязчивый страх располнеть, стала избегать высококалорийных продуктов, одновременно появились приступы переедания, самопроизвольного вызывания рвоты (до 2 раз в сутки), участился прием слабительных препаратов.

Объективно при поступлении:

Сознание ясное. Ориентирована всесторонне правильно. Охотно пришла на беседу. Доступна продуктивному контакту. Речь тихая, замедленная. Выражение лица печальное. На вопросы отвечает односложно, свои переживания до конца не раскрывает. Эмоционально лабильна. Фон настроения снижен. Тревожна, раздражительна. Внимание рассеянное. Мышление замедленном. Оформленных бредовых идей и обманов восприятия на момент осмотра не обнаруживает. Вне суицидальных и агрессивных тенденций на момент осмотра. Ищет помощи. Мотивирована на дальнейшее лечение. Объем отсроченного воспроизведения 1 слово из 3. Серийное вычитание 7 от 100 с ошибками.

Неврологический статус без особенностей.

Соматический статус: Телосложение правильное (ИМТ = 26,1 кг/м^2, рост – 175 см, вес – 80 кг). Кожные покровы чистые. В легких – везикулярное дыхание, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные. АД = 130/80 мм.рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Стул – частые запоры. Диурез в норме.

Данные психологического обследования

В мышлении на фоне среднего уровня процессов обобщения, абстрагирования отмечаются в единичных случаях явления формальности.

В аффективной сфере диагностирована умеренно выраженная тревожность и депрессивность.

Во внимании: трудности концентрации, неспособностью уделять внимание нескольким делам одновременно.

В памяти: замедление процесса заучивания, снижение объема кратковременной памяти.

Диагноз основной: Нервная булимия F50.2, Легкое когнитивное расстройство F06.7.

На примере пациентки Т. мы видим, что у пациенток с расстройством пищевого поведения в клинической картине могут быть признаки когнитивного снижения, снижающие комплаентность, ухудшающие прогноз и требующие коррекции. Все это еще раз доказывает необходимость интегративной оценки РПП, возможность динамической изменчивости и необходимость своевременной его коррекции при работе с такими пациентами.

Таким образом, снижение когнитивных функций при расстройствах пищевого поведения представляет собой не просто индивидуальную медицинскую проблему, но и серьезную угрозу для общественного развития, учитывая достаточно молодой возраст таких пациентов.

Полученные нами результаты исследования обосновывают необходимость интеграции нейропсихологической диагностики в клиническую практику работы психиатрических стационаров, оказывающих помощь лицам с расстройствами пищевого поведения.

Литература/References

1. *Jalali, F. S.* Factors affecting eating disorders in Iranian adolescent girls: a scoping review / F. S. Jalali, M. Ghanbari-Jahromi // Health Science Reports. – 2025. – Vol. 8, № 8. – P. 711–718.

2. *Keeler, J. L.* «Your mind doesn't have room for anything else»: a qualitative study of perceptions of cognitive functioning during and after recovery from anorexia nervosa / Keeler J. L. [et al.] // Journal of eating disorders. – 2022. – Vol. 10, № 1. – P. 201–211.

3. *Seitz, J.* Brain morphological changes in adolescent and adult patients with anorexia nervosa / J. Seitz, B. Herpertz-Dahlmann, K. Konrad // Journal of neural transmission. – 2016. – Vol. 123, № 8. – P. 949–959.

4. *Friederich, H. C.* Cognitive-behavioral flexibility in anorexia nervosa / H. C. Friederich, W. Herzog // Behavioral neurobiology of eating disorders. – 2010. – P. 111–123.

Поступила 28.06.2026 г.