

Лечение больных нервной анорексией должно проводиться поэтапно:

1 этап — неспецифического лечения, направленный на улучшение соматического состояния;

2 этап — специфического лечения — лечения основного заболевания в соответствии с его нозологической принадлежностью.

Цель первого этапа лечения — приостановить снижение массы тела, укрепить соматическое состояние и подготовить больных к последующему специфическому, патогенетическому лечению.

Терапия нервной анорексии требует дифференцированного, индивидуализированного лечения, направленного, в первое время, на нормализацию водно-солевого обмена, электролитов, углеводного, жирового и белкового обмена, к таким препаратам для парентерального питания относятся полиамин — белковый препарат, который вводится внутривенно капельно — скорость введения — 25—35 капель в 1 мин., суточная доза 400—1200 мл, берламин — препарат для введения через зонд и ряд других для парентерального введения.

Должен проводиться ежедневный контроль артериального давления, пульса, массы тела. Наряду с коррекцией метаболических нарушений целесообразно назначение одного из антидепрессантов, таких как эглонил, лудиомил, паксил, ципралекс, феварин, золофт, а также флорисед. По данным ряда авторов хороший терапевтический эффект при нервной анорексии оказывает френолон, который стимулирует пищевое поведение.

С первых же дней больным необходимо назначать дробное, небольшими порциями питание, 6—7 раз в день. Строго следует следить за тем, чтобы больные искусственно не вызывали рвоту.

Специфический этап лечения наиболее сложен, т. к. терапия здесь направлена на основное заболевание: шизофрения, биполярное, депрессивное расстройство, неврозы, акцентуация характера. Ведущим методом лечения больных с нервной анорексией является сочетание медикаментозной терапии с различными видами психотерапии. Методы психотерапии должны варьировать от рациональной и суггестивной до аутоотренинга. При этом обязательно необходимо учитывать личностные особенности пациентов. Особое место в психокоррекционной работе с больными нервной анорексией, независимо от ее нозологической принадлежности, занимает семейная психотерапия. Важен и комплаенс врач — больно́й — семья — общество.

Необходима комплексная терапия с включением гепатопротекторов, полиоксидоний, адаптогены, поливитамины с минеральными добавками, нормотимики.

Лечение должно быть длительным, до полного выхода из психотерапевтического состояния и стабильностью соматического статуса.

После выписки из стационара больные должны переводиться на поддерживающее лечение в амбулаторных условиях современными антидепрессантами и постоянным систематическим контролем веса больных.

При ухудшении психического состояния (бред/отравления, психогенная рвота и др.) и снижении массы тела показана инфузионная терапия, полиоксидоний, постепенное увеличение доз антидепрессантов в стационарных условиях с активизацией психокоррекционной работы.

Проведенный комплекс лечебно-реабилитационных мероприятий дает положительные результаты при нервной анорексии и других психосоматических формах анорексии.

УДК 616-082:159.61:615.011.3

Бучок С. Ю.

Ужгородський національний університет

ТРАНСФОРМАЦІЯ ПРОФЕСІЙНИХ НАСТАНОВ СТУДЕНТІВ МЕДИЧНОГО ФАКУЛЬТЕТУ ЩОДО ПСИХІЧНО ХВОРИХ ПІСЛЯ ВИВЧЕННЯ КУРСУ ПСИХІАТРІЇ

Згідно з даними офіційної статистики, в Україні за допомогою до лікаря-психіатра за минулий рік звернулись майже 2,5 % відсотка українців. Переважна більшість користувачів психіатричної допомоги, що хоча б одноразово зверталися за допомогою до відповідних спеціалістів, не вважає доцільним чи «престижним» про це говорити з оточуючими, очікуючи (часто небезпідставно) упередженого до себе ставлення. В багатьох розвинутих країнах світу існує подібна проблема під назвою «стигматизація».

Стигма (від др. — грец. στίγμα — знак, клеймо, тавро — негативне виділення суспільством особистості чи соціальної групи за окремою ознакою з наступною сукупністю соціальних реакцій на дану особистість чи представників соціальної групи. Це поняття

якнайкраще відображає відокремлення людей, що звертались до лікаря-психіатра, із суспільного загалу. Тому, без вирішення проблеми дестигматизації психічно хворих, неможливо розраховувати на їхню успішну соціально-психологічну адаптацію в суспільстві, навіть враховуючи очевидні успіхи сучасної психофармакології, що значно розширюють медичні ресурси реабілітаційного процесу. Відповідно, усвідомлення та виявлення шляхів подолання складного кола питань ставлення до психічно хворих серед різних груп населення, а в даному дослідженні — студентів-медиків, є важливим та принциповим завданням, що має на меті створення оптимальних моделей взаємодій у тріаді «суспільство — працівники служб охорони психічного здоров'я — хвора людина».

Метою дослідження було вивчити трансформацію ставлення студентів 4-го курсу медичного факультету УжНУ до психічно хворих в процесі вивчення курсу «Психіатрія та наркологія».

Для проведення анкетування була використана спеціальна анкета, розроблена в ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України». Вона включає в себе 39 запитань, які стосуються рівня поінформованості респондентів в галузі психіатричної проблематики, а також питань довіри до колишніх пацієнтів психіатричних закладів, їх уявної чи дійсної суспільної безпеки та ін.

У дослідженні взяли участь 136 студентів 4-го курсу медичного факультету, які вивчали предмет «Психіатрія та наркологія».

В процесі ознайомлення з проявами симптоматики психічних розладів, варіантами перебігу патології, можливостями сучасної психофармакології та юридично-правовими аспектами надання гарантій психічно нездоровим особам у 39,7 % студентів покращилося ставлення до психічно хворих, з'явилося розуміння необхідності дестигматизації цих груп пацієнтів і подолання існуючої соціальної упередженості. Виразною ознакою позитивних трансформацій виявилася зміна професійної орієнтації студентів в напрямку вибору професії психіатра. Проте у більшості респондентів залишається сталим упереджене ставлення до пацієнтів психіатричних закладів, активне несприйняття можливостей соціальної чи професійної співпраці з ними в майбутньому.

УДК 616.895.8:615.214-08

Варшавський Я. С., Завалко Ю. Н., Левченко А. Д.

КУ «Днепропетровская клиническая психиатрическая больница Днепропетровского областного совета» (г. Днепропетровск)

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА СЕРОКВЕЛЬ XR® ДЛЯ КОРРЕКЦИИ ГИПЕРПРОЛАКТИНЕМИИ У БОЛЬНЫХ С ШИЗОАФЕКТИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Лечение больных шизоаффективными расстройствами остается одной из сложных проблем современной психиатрии. Основной задачей психофармакологии является создание максимально эффективных препаратов, обладающих терапевтическим действием в отношении психопатологических симптомов, при минимуме побочных эффектов. Наглядным подтверждением тому служит факт, что внедрение в клиническую практику атипичных антипсихотиков не привело к однозначному предпочтению при определении терапевтической тактики. Вероятно, это объясняется тем, что согласно исследованиям, внимание которых уделялось не только показателям большей эффективности антипсихотиков второго поколения в отношении коррекции ряда психопатологических расстройств, но и безопасности, было отмечено частое появление у больных нейроэндокринных дисфункций за счет повышения содержания в крови пролактина.

Нами обследовано 17 больных, находящихся на стационарном лечении в остром мужском отделении № 31 КУ «ДКПБ» ДООС по поводу шизоаффективного расстройства, из них — маниакальный тип имели 10 чел. (58,8 %), депрессивный — 4 (23,5 %), смешанный — 3 (17,6 %). Средний возраст — 32,3 ± 1,8 года. Все пациенты принимали до госпитализации атипичные антипсихотики как минимум 12 недель: амисульприд — 7 чел. (41,2 %) в средней дозировке 256 ± 144 мг/сут, рисперидон — 6 чел. (35,3 %) в средней дозировке 4,7 ± 1,4 мг/сут, оланзапин — 4 чел. (23,5 %) в средней дозировке 19,3 ± 5,9 мг/сут. У всех пациентов на момент поступления отмечались нейроэндокринные расстройства: снижение либидо — 7 (41,2 %), нарушение эрекции — 6 (35,3 %), нарушение эякуляции — 2 (11,8 %), гинекомастия — 2 (11,8 %). Контроль уровня пролактина выявил существенное повышение пролактогенной активности у всех пациентов: так, у принимающих рисперидон средний показатель уровня пролактина составил 1471 ± 203,4 мкМЕ/мл, оланзапин — 935,1 ± 137,3 мкМЕ/мл, амисульприд — 753 ± 159,6 мкМЕ/мл (при норме у мужчин — 96—456 мкМЕ/мл).