

ЕФЕКТИВНІСТЬ КОМБІНАЦІЇ СЕРТРАЛОФТУ ТА РЕЛАКСИЛУ В ЛІКУВАННІ ПІДЛІТКІВ, ХВОРИХ НА СОМАТИЗОВАНІ ДЕПРЕСИВНІ РОЗЛАДИ

Є.В. Височин, Г.С. Рачкаускас

*Луганський державний медичний університет
Луганська обласна клінічна психоневрологічна лікарня*

Вступ

Однією із проблем сучасної клінічної медицини є своєчасна діагностика депресивних розладів та надання спеціалізованої допомоги. За даними ВООЗ, депресивні розлади (ДР) займають одне з провідних місць серед 10 основних хвороб, які приводять до інвалідизації населення [3]. Особливу увагу привертають до себе так звані соматизовані депресивні розлади (СДР). Це психічні розлади, які характеризуються псевдосоматичною симптоматикою, тоді як психопатологічні прояви депресії залишаються нівельованими, прихованими за різноманітним "соматичним фасадом" [1]. Згідно епідеміологічних досліджень, поширеність депресій тривалістю понад 12 місяців у дітей коливається в межах від 0,4 до 2,5% пропорційно розподілених між хлопчиками та дівчатками. В підлітковому віці поширеність ДР зростає до 5-10%. При цьому дівчата пубертатного віку хворіють на ДР вдвічі частіше ніж юнаки [2].

Хворі діти з ДР та їхні батьки частіше за все звертаються до педіатрів загального профілю та лікуються в стаціонарах з різноманітними скаргами на неприємні відчуття з боку внутрішніх органів. При більш ретельному їх обстеженні не виявляється органної патології, окрім функціональних порушень. Після трьохрічного спостереження таких хворих, органна патологія визначалася лише у 16% пацієнтів [1].

Раніше нами вже вивчалися деякі біохімічні та імунологічні показники у хворих підлітків на СДР [4,5,6,7], в теперешній час нашу увагу привернуло вивчення клінічної ефективності комбінації сертралофту та релаксилу в лікуванні таких хворих.

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами: робота виконувалась у відповідності до основного плану науково-дослідних робіт (НДР) Луганського державного медичного університету та являє собою фрагмент теми НДР "Імунні та метаболічні порушення в патогенезі шизофренії і депресивних розладів різного генезу та їх корекція" (№ держреєстрації 0108U009465).

Метою роботи було вивчення ефективності комбінації сертралофту та релаксилу в лікуванні підлітків, хворих на соматизовані депресивні розлади.

Матеріали та методи дослідження

Було обстежено 105 хворих (68 дівчин та 37 хлопців) віком від 12 до 18 років. Усі пацієнти отримували загальноприйнятну терапію СДР (СІЗЗС у середньотерапевтичних дозах для підліткового віку + психотерапія). Клінічні прояви хвороби відповідали рубрикам F33.11 (рекурентний депресивний розлад) або F32.11 (біполярний афективний розлад, помірний депресивний епізод із соматичними симптомами) згідно критеріїв МКХ-10 [14]. Хворі були розподілені на 2 групи: основну (55 підлітків) та групу зіставлення (50 підлітків). Пацієнти групи зіставлення отримували загальноприйнятну терапію депресій, а хворі основної групи - сертралофт та релаксил. Сертралофт призначали усередину 2 рази на добу зранку та ввечері по 1 таблетці (0,025 г) [13], релаксил вводили усередину 3 рази на добу зранку та вдень по 1 капсулі (0,175 г) та ввечері 2 капсули (0,35 г) [10,12].

Сертралофт - антидепресант, що є селективним інгібітором зворотного нейронального захоплення серотоніна в головному мозку, похідний нафтиламіну. На нейронне захоплення норадреналіну і допаміну практично не впливає. Не володіє специфічною спорідненістю з адрено- і М-холінорецепторами, ГАМК-ергічними рецепторами, допаминовими, гістаміном, серотониновими або бензодіазепіновими рецепторами. Не інгібує моноаміноксидазу. Період напіввиведення з організму в середньому складає 22-36 г; фармакотерапевтичний ефект препарату виявляється через 7 днів з початку лікування; досягаючи максимуму через 2-3 тижні. Вживання їжі істотно не впливає на біодоступність препарату. Сертралін і його неактивні мета-

боліти виводяться з організму з калом і сечею в рівних кількостях. Трансформація сертраліну у людей похилого віку і у підлітків не відрізняється від метаболізму препарату у дорослих [13]. Сертралофт зареєстрований в Україні в якості фармакологічного препарату та дозволений до використання в клінічній практиці (Наказ МОЗ України № 106 від 14.03.05 р., реєстраційне посвідчення № UA/2861/01/01; код препарату N06AB06).

Релаксил - капсули, з вмістом у кожній з них 0,8% сухого водно-спиртового екстракту валеріани 0,125 г, м'яги перцевої екстракту сухого 0,025 г, меліси лікарської екстракту сухого 0,025 г. Це вітчизняний комбінований препарат рослинного походження, який випускається ВАТ "Київський вітамінний завод". Дія даного препарату обумовлена властивостями компонентів, що входять до його складу. Так, валеріана лікарська містить алкалоїди валерин і шатинін, метилпірилкетон та ефірну олію, до складу якої входять борнеол (природний аналог камфори), ефіри валоранової та ацетилвалеренолової кислот. Активний седативний компонент (валепотріатна фракція) виявляє седативно-анксиолітичну, протисудомну дію, помірний позитивний інотропний та негативний хронотропний ефект на міокард [11]. Терапевтична активність м'яги перцевої зумовлена комплексом біологічно активних речовин, серед яких першочергове значення має ментол, який належить до групи терпенів і має притаманні цій групі речовин подразні, антисептичні й анестезуючі властивості. Меліса лікарська містить ефірні олії, гіркоти, органічні кислоти, мінеральні речовини, макро- та мікроелементи, вітаміни, дубильні речовини. Вони зумовлюють гепатопротекторну, антиспастичну, спазмолітичну, седативну, протизапальну, бактерицидну, протипухлинну, стимулюючу дію на шлунково-кишковий тракт, посилюють роботу серця, матки, головного мозку [12]. Релаксил зареєстрований в Україні в якості фармакологічного препарату та дозволений до використання в клінічній практиці (Наказ МОЗ України № 686 від 18.10.06 р., реєстраційне посвідчення № UA/5286/01/01; код препарату N05CM50).

В якості контролю ефективності терапії, що проводилася, використовували наступні психометричні шкали: госпітальну шкалу тривоги і депресії (HADS) [17], шкалу Гамільтона для

оцінки депресії (HDRS) [16], а також шкалу Монтгомері-Асберг для оцінки депресії (MADRS) [15].

Статистичну обробку одержаних результатів досліджень здійснювали на персональному комп'ютері Intel® Core 2 Duo® 2,6 MHz з використанням пакетів ліцензійних програм Microsoft® Windows® Vista Ultimate Edition, Microsoft® Office 2007, Microsoft® Excel Stadia 6.1 / prof та Statistica [8], з обчисленням таких показників: середньої арифметичної величини - M ; стандартного відхилення від середньої арифметичної величини - m ; показника достовірності - p [9].

Отримані результати та їхнє обговорення

До початку проведення лікування в обох групах обстежених пацієнтів спостерігалися зниження настрою, почуття провини, ангедонія, стомлюваність, порушення уваги, збудження, загальмованість, безсоння, сонливість, зниження або навпаки підвищення апетиту, зниження або підвищення ваги, суїцидальні думки, суїцидальні спроби, іпохондрія, соціальна відгородженість, маячні ідеї самопригнічення та самозвинувачення (таблиця 1).

Таблиця 1

Клінічні прояви депресивного синдрому у підлітків, хворих на СДР до початку лікування (абс. та %)

Психопатологічні прояви	Групи хворих підлітків		P
	основна (n=55)	зіставлення (n=50)	
зниження настрою	50/90,9±4,6	45/90,0±4,5	>0,1
почуття провини	47/85,4±4,3	41/82,0±4,4	>0,1
ангедонія	40/72,7±4,0	35/70,0±4,1	>0,1
стомлюваність	32/58,1±2,8	28/56,0±2,7	>0,1
порушення уваги	37/67,2±3,0	32/64,0±2,9	>0,1
збудження	29/52,7±2,6	25/50,0±2,5	>0,1
загальмованість	47/85,4±4,1	40/80,0±4,0	>0,1
безсоння	27/49,0±2,5	22/44,0±2,3	>0,05
сонливість	29/50,9±2,5	25/50,0±2,5	>0,1
зниження апетиту	16/29,0±2,0	12/24,0±1,9	>0,1
зниження ваги	14/25,4±1,9	11/22,0±1,8	>0,1
підвищення апетиту	15/27,2±2,0	12/24,0±2,0	>0,05
підвищення ваги	15/27,2±2,0	11/22,0±2,1	>0,1
суїцидальні думки	6/10,9±1,0	4/8,0±0,9	>0,1
суїцидальні спроби	2/3,6±0,8	2/4,0±0,9	>0,1
іпохондрія	6/10,9±0,9	4/8,0±0,8	>0,1
соціальна відгородженість	7/12,7±1,0	4/8,0±1,0	>0,05
маячні ідеї самопригнічення та самозвинувачення	4/7,2±0,8	3/6,0±0,7	>0,1

Примітки: в таблиці 1,3 P відображає ймовірність різниці між показниками в основній групі й групі зіставлення.

З таблиці 1 видно, що психопатологічні прояви у підлітків основної групи відносно групи зіставлення не мали виразної різниці ($P > 0,1-0,05$), що свідчить про однакову вираженість основних депресивних проявів в обох групах та їхню однотиповість, тобто про однакову ступінь важкості депресивного синдрому.

До початку лікування в обох групах обстежених пацієнтів були виявлені однотипові порушення афективного фону стосовно до сучасних психометричних шкал (таблиця 2).

Таблиця 2

Показники важкості депресивного синдрому згідно із психометричними шкалами у підлітків, хворих на СДР, до початку лікування

Психометрична шкала	Норма (бали)	Групи хворих підлітків		P
		основна (n=55)	зіставлення (n=50)	
HADS	6,5±0,5	12,5±1,5***	11,5±1,5***	>0,1
HDRS	7,1±0,6	18,5±1,9***	16,7±1,6***	>0,1
MADRS	10,1±1,5	21,5±2,6***	20,4±2,5***	>0,1

Примітки: в таблиці 2, 4 стовпчик P відображає ймовірність різниці між показниками в основній групі й групі зіставлення; ймовірність різниці відносно норми: * - при $P < 0,05$, ** - $P < 0,01$, *** - $P < 0,001$.

З таблиці 2 видно, у пацієнтів основної групи обстежених показники депресивного стану перевищували показники норми за шкалою HADS - у 1,92 рази, за шкалою HDRS - у 2,6 рази та за шкалою MADRS - у 2,12 рази. В групі зіставлення кратність перевищення стосовно норми складала за шкалою HADS - у 1,77 рази, за шкалою HDRS - у 2,4 рази та за шкалою MADRS - у 2,02 рази (рисунок 1).

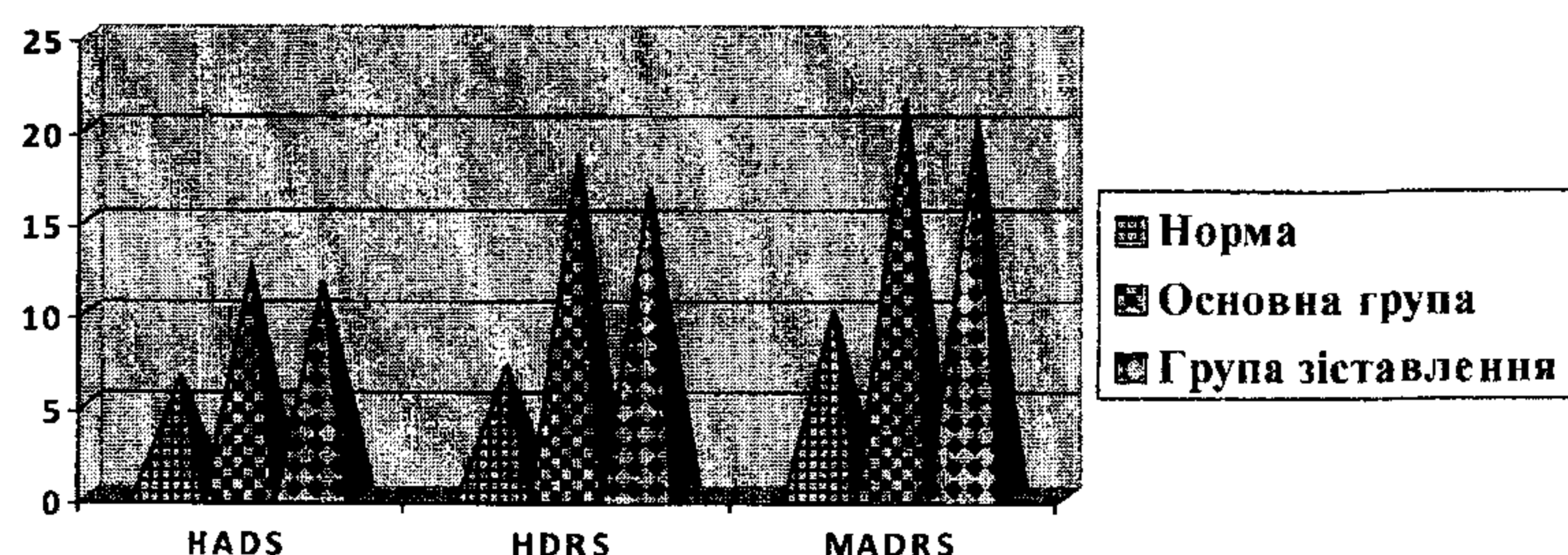


Рисунок 1. Важкість депресивного синдрому у підлітків із СДР до початку лікування.

При цьому не було встановлено виразної різниці між відповідними показниками у хворих основної групи та групи зіставлення ($P > 0,1$), що свідчило про однакову вираженість основних депресивних проявів в обох групах.

Таким чином, отримані дані свідчать про суттєві порушення з боку емоційного фону у хворих на СДР, що підтверджено при обстеженні пацієнтів згідно сучасних психометричних шкал.

Після завершення лікування у основної групи підлітків спостерігалися поліпшення настрою, зникнення почуття провини, редукція проявів ангедонії, стомлюваності, нормалізація уваги та зникнення загальмованості, а також соматичних проявів депресивного синдрому (таблиця 3).

Таблиця 3

Клінічні прояви депресивного синдрому у підлітків, хворих на СДР після завершення лікування (абс. та %)

Психопатологічні прояви	Групи хворих підлітків		P
	основна (n=55)	зіставлення (n=50)	
зниження настрою	8/14,5±1,5	10/20,0±1,5	=0,05
почуття провини	4/7,2±0,9	8/16,0±1,4	<0,05
ангедонія	6/10,9±1,3	9/18,0±1,45	<0,05
стомлюваність	3/5,4±0,4	9/18,0±1,45	<0,05
порушення уваги	6/10,9±1,3	13/26,0±1,9	<0,05
збудження	2/3,6±0,3	11/22,0±1,5	<0,01
загальмованість	4/7,2±0,9	8/16,0±1,4	<0,05
безсоння	1/1,8±0,2	4/8,0±0,9	<0,01
сонливість	2/3,6±0,8	8/16,0±1,4	<0,01
зниження апетиту	4/7,2±0,9	6/12,0±1,2	<0,05
зниження ваги	3/5,4±0,4	9/18,0±1,45	<0,05
підвищення апетиту	5/9,0±1,2	13/26,0±2,0	<0,05
підвищення ваги	3/5,4±0,4	9/18,0±1,45	<0,05
суїцидальні думки	0/0	2/4,0±0,6	-
суїцидальні спроби	0/0	1/2,0±0,2	-
іпохондрія	3/5,4±0,4	4/8,0±0,9	<0,05
соціальна відгородженість	2/3,6±0,3	4/8,0±0,9	<0,05
маячні ідеї самопригнічення та самозвинувачення	1/1,8±0,2	3/6,0±0,7	<0,05

З таблиці 3 видно, що у підлітків групи зіставлення частота виявлення психопатологічних проявів як і у пацієнтів основної групи також зменшувалася, однак була значно вище за аналогічні показники у хворих основної групи. Після проведеного лікування у хворих підлітків обох груп також наголошувалося значне поліпшення соматичного стану, яке було більш

виражене в основній групі хворих, що лікувалося за допомогою комбінації сертралофту та релаксилу. У пацієнтів групи зіставлення після завершення лікування утримувались слабкість, швидка стомлюваність, головний біль, відчуття утрудненого дихання, тахіпное, прискорене серцебиття, схуднення, закрепи або проноси.

При повторному вивченні стану хворих підлітків після завершення курсу лікування, тобто на 25-30 день з початку терапії, що проводилася, було встановлено, що в основній групі, яка отримувала сертралофт та релаксил практично усі показники, стосовно психометричних шкал, нормалізувалися (табл. 4).

Таблиця 4

Показники важкості депресивного синдрому згідно із психометричними шкалами у підлітків, хворих на СДР, після завершення лікування

Психометрична шкала	Норма (бали)	Групи хворих		P
		основна (n=55)	зіставлення (n=50)	
HADS	6,5±0,5	6,6±0,6	9,7±1,1*	<0,05
HDRS	7,1±0,6	7,4±0,8	14,4±1,3*	<0,05
MADRS	10,1±1,5	10,4±1,7	16,1±1,9*	<0,05

Так, з таблиці 4 видно, що в основній групі хворих на СДР під впливом лікування відмічалася нормалізація вивчених показників згідно з психометричними шкалами та відсутність тому їх розбіжностей відносно норми ($P > 0,1$). У той же час були виявлені вірогідні розбіжності між вивченими показниками в основній групі та групі зіставлення. Це було пов'язано з тим, що в групі зіставлення позитивна динаміка показників психометричних шкал під впливом загальноприйнятого лікування була менш виражена, ніж у пацієнтів основної групи ($P < 0,05$). Тому в більшості було встановлено наявність вірогідних розбіжностей вивчених показників у хворих основної групи та групи зіставлення.

Дійсно, показники депресії за шкалою HADS на момент завершення лікування в основній групі хворих були в 1,46 рази нижчими за даний показник після лікування в групі зіставлення. Бали за шкалами HDRS та MADRS в основній групі були нижче аналогічних показників в групі зіставлення в 1,94 та 1,54 рази відповідно (рисунок 2).

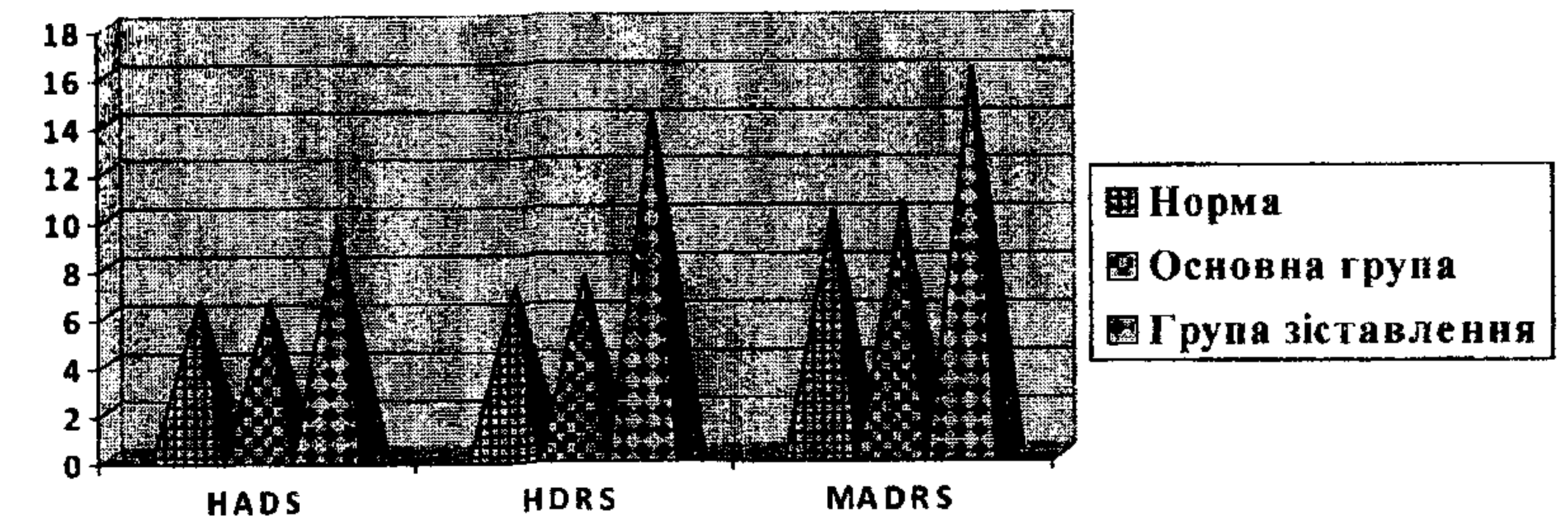


Рисунок 2. Важкість депресивного синдрому у підлітків із СДР після проведеного лікування.

Таким чином, отримані дані свідчать про ефективність комбінації сертралофту та релаксилу в лікування СДР у підлітків, оскільки даний спосіб лікування сприяє практично повній та більш швидкій нормалізації стану пацієнтів, в той час як при використанні загальноприйнятої терапії позитивна динаміка вказаних показників менш значуща, та повної їх нормалізації не відмічається.

Висновки

1. До початку проведення лікування в обох групах обстежених підлітків з СДР спостерігалися зниження настрою, почуття провини, ангедонія, стомлюваність, порушення уваги, збудження, загальмованість, безсоння, сонливість, зниження або, навпаки, підвищення апетиту та ваги тіла, суїцидальні думки або навіть суїцидальні спроби, іпохондрія, соціальна відгородженість, маячні ідеї самопригнічення та самозвинувачення.

2. До початку лікування в обох групах підлітків з СДР були виявлені однотипові порушення афективного фону стосовно результатів обстеження з використанням сучасних психометричних шкал: показники депресивного стану перевищували показники норми за шкалою HADS - в середньому у 1,85 рази, за шкалою HDRS - у 2,5 рази та за шкалою MADRS - у 2,07 рази.

3. Після проведення лікування у основної групи підлітків, яка вживала сертралофт та релаксил спостерігалися поліпшення настрою, зникнення почуття провини, редукція проявів ангедонії, стомлюваності, нормалізація уваги та зникнення загальмованості, а також соматичних проявів депресивного синдрому.

4. Після завершення курсу лікування було встановлено, що в основній групі, яка отримувала сертралофт та релаксил, показники психометричних шкал у більшості обстежених нормалізувалися. В основній групі підлітків, хворих на СДР під впливом лікування відмічалася нормалізація вивчених показників згідно з психометричними шкалами та відсутність тому їх розбіжностей відносно норми.

5. Таким чином, отримані дані свідчать про ефективність сертралофту та релаксилу в лікування СДР у підлітків, оскільки даний спосіб лікування сприяє практично повній та більш швидкій нормалізації стану пацієнтів, в той час як при використанні загальноприйнятої терапії позитивна динаміка вказаних показників менш значуща.

6. В подальшому нами планується вивчити вплив сертралофту та релаксилу на імунологічні показники у хворих підлітків на СДР.

Література

1. Антропов Ю.Ф. Соматизация психических расстройств в детском возрасте / Ю.Ф. Антропов, С.В. Бельмер. - М.: Медпрактика-М, 2005. - 444 с.

2. Венар Ч. Психопатология развития детского и подросткового возраста / Ч. Венар, П. Кериг. - СПб.: Прайм-ЕВРОЗНАК, 2007. - 670 с.

3. Вертоградова О.П. Возрастные аспекты проблемы депрессий / О.П. Вертоградова, Н.Ф. Шахматов, О.Д. Сосякало // Возрастные аспекты депрессий (клиника, диагностика, терапия). - М., 1987. - С. 5-14.

4. Височин Є.В. Стан показників енергетичного метаболізму у підлітків, хворих на депресивні розлади / Є.В. Височин, Г.С. Рачкаускас // Проблеми екологічної та медичної генетики і клінічної імунології: зб. наук. праць. - Київ; Луганськ; Харків, 2007. - Вип. 5-6 (80-81). - С. 129-135.

5. Височин Є.В. Динаміка показників фагоцитарної активності моноцитів у підлітків з депресивними розладами / Є.В. Височин, Г.С. Рачкаускас // Проблеми екологічної та медичної генетики і клінічної імунології: зб. наук. праць.

Київ; Луганськ; Харків, 2008. - Вип. 1-2 (82-83). - С. 57-63.

6. Височин Є.В. Інтерфероновий статус підлітків з депресивними розладами / Є.В. Височин, Г.С. Рачкаускас // Український медичний альманах. - 2008. - Т. 11, № 4. - С. 46-48.

7. Височин Є.В. Морфологічні та функціональні порушення мікроциркуляторного русла у підлітків з соматизованими депресивними розладами / Є.В. Височин, Г.С. Рачкаускас // Український морфологічний альманах. - 2008. - Т. 6, № 3. - С. 23-26.

8. Лапач С.Н. Статистические методы в медико-биологических исследованиях с использованием Excel / С.Н. Лапач, А.В. Чубенко, П.Н. Бабич. - Киев: Морион, 2000. - 320 с.

9. Лапач С.Н. Основные принципы применения статистических методов в клинических испытаниях / С.Н. Лапач, А.В. Чубенко, П.Н. Бабич. - Киев: Морион, 2002. - 160 с.

10. Моховикова А.Н. Многоосевая классификация психических расстройств в детском и подростковом возрасте / Моховикова А.Н. - СПб: АCADEMIA, 2008. - 408 стр.

11. Полная энциклопедия практической фитотерапии / Т.А. Виноградова, Б.Н. Гажев., В.М. Виноградов, В.К. Мартынов. - М.: Олма-Пресс, СПб., 1998. - 638 с.

12. Релаксил: інструкція для клінічного застосування препарату / Затверджена наказом МОЗ України № 686 від 18.10.06 року.

13. Сертралофт: інструкція для клінічного застосування препарату / Затверджена наказом МОЗ України №106 від 14.03.05 року.

14. Чуркин А.А. Краткое руководство по использованию МКБ-10 в психиатрии и наркологии / А.А. Чуркин, А.Н. Мартюшов. - М.: Триада-Х, 2002. - 232 с.

15. Montgomery S.A. A new depression scale designed to be sensitive to change / S.A. Montgomery, M. Asberg // Br. J. Psychiatry. - 1979. - Vol. 134. - P. 382-389.

16. Hamilton M. Rating scale for depression / M. Hamilton // J. Neurolog. Neurosurg. Psychiat. - 1960. - Vol. 23. - P. 56-62.

17. Zigmond A.S. The hospital anxiety and depression scale / A.S. Zigmond, R.P. Snaith // Acta Psychiatrica Scandinavica.

Резюме

Височин Є.В., Рачкаускас Г.С. Ефективність комбінації сертралофту та релаксилу в лікуванні підлітків, хворих на соматизовані депресивні розлади.

Встановлено, що у хворих підлітків з соматизованими депресивними розладами наголошуються клінічні прояви депресивного синдрому, а також однотипові порушення афективного фону відповідно сучасних психометричних шкал. Застосування комбінації сертралофту та релаксилу сприяє практично повній і швидкішій нормалізації стану пацієнтів, на відміну від пацієнтів, які лікувалися лише загальноприйнятною терапією.

Ключові слова: соматизовані депресивні розлади, клінічна ефективність, сертралофт, релаксил, підлітки.

Резюме

Высочин Е.В., Рачкаускас Г.С. Эффективность комбинации сертралофта и релаксила в лечении подростков, болеющих соматизированными депрессивными расстройствами.

Установлено, что у больных подростков соматизированными депрессивными расстройствами отмечаются клинические проявления депрессивного синдрома, а также однотипные нарушения аффективного фона соответственно современных психометрических шкал. Применение комбинации сертралофта и релаксила способствует практически полной и более быстрой нормализации состояния пациентов, в отличие от пациентов, которые лечились только общепринятой терапией.

Ключевые слова: соматизированные депрессивные расстройства, клиническая эффективность, сертралофт, релаксил, подростки.

Summary

Vysochyn E.V., Rachkauskas G.S. Efficiency of a combination sertralofl and relaxylum in treatment of the teenagers with somatic depressive disorders.

It is established, that at sick teenagers somatic depressive disorders clinical implications of a depressive syndrome, and also the same disturbances of an affective background accordingly modern psychometric scales become perceptible. Combination application sertralofl and relaxylum promotes practically full and faster normalisation of a condition of patients, unlike patients who were treated only by the standard therapy.

Key words: somatic depressive disorders, clinical efficiency, sertralofl, relaxylum, teenagers.

Рецензент: д.мед.н., проф. С.Є. Казакова

**ВПЛИВ СУЧАСНОГО КОМБІНОВАНОГО
ФІТОПРЕПАРАТУ АЛФАГІНУ НА ДИНАМІКУ
ПРОЗАПАЛЬНИХ ЦИТОКІНІВ У ХВОРИХ НА
СИНДРОМ ПСИХОЕМОЦІЙНОГО ВИГОРАННЯ,
СПОЛУЧЕНИЙ З ХРОНІЧНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ
ГЕПАТОБІЛІАРНОЇ СИСТЕМИ**

**Т.П. Гарник, В.М. Фролов, М.О. Пересадін,
В.В. Поканевич**

*Комітет з питань народної та нетрадиційної медицини
МОЗ України*

*Медичний інститут Української асоціації народної
медицини (Київ)*

*Луганський державний медичний університет
Луганський інститут праці і соціальних технологій*

Вступ

Синдром психоемоційного вигорання (СПЕВ) - патологічний стан, який досить часто зустрічається в сучасних умовах, був уперше зазначений у науковій літературі в 1974 р. американським психіатром Х. Дж. Фроуденбергом при обстеженні лікарів-психіатрів і середніх медичних працівників, професійно пов'язаних з обслуговуванням хворих психіатричного профілю [16]. Класична характеристика синдрому вигорання полягає в наявності у хворих стану хронічної втоми, нездужання з вираженими явищами розчарування і деморалізації [3, 5, 15]. Було встановлено, що формування СПЕВ тісно пов'язано з виконанням протягом тривалого часу роботи з постійним психоемоційним перевантаженням і формуванням внаслідок цього психологічної залежності від неї, що веде до накопичення наслідків хронічного стресу і виснаження резервів життєвої енергії [5, 17, 17]. СПЕВ характеризується розвитком межевих нервово-психічних і психосоматичних розладів, які в клінічному плані виявляються астеничною, астено-невротичною або астено-депресивною симптоматикою [3, 19]. Хворих з наявністю СПЕВ турбує відчут-