

О.С. Чабан, д.м.н., професор, Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця, м. Київ

Місце нейролептиків у загальносоматичній практиці, в т. ч. можливості психофармакокорекції сформованого синдрому вигорання медичних працівників



О.С. Чабан

Синдром професійного вигорання (СВ, або СПВ) медичних працівників у XXI столітті набирає обертів за поширенням як стрес-реакція на виробничі й емоційні вимоги, що з'являються внаслідок надмірної відданості своїй роботі з одночасним нехтуванням сімейним життям, відпочинком тощо (ВООЗ, 2019). СВ є процесом поступової втрати емоційної, когнітивної та фізичної енергії [1-4]. Отже, доречно розглядати це явище в аспекті особистої деформації внаслідок дії тривалого впливу професійних стресів середньої інтенсивності [1, 5-8].

Водночас за показниками втрати працездатності друге місце серед усіх захворювань (після серцево-судинних) посідають депресивні розлади серед молодих людей. Також зростає та зростатиме захворюваність на депресію серед людей похилого віку з огляду на стрімке старіння населення планети та зниження відсоткової частки нормального фізіологічного старіння популяції [9]. Медичні працівники різних спеціальностей не є винятком із наведених даних [9].

Від 25 до 75% медичних працівників у всьому світі стикаються з емоційним вигоранням різного ступеня тяжкості [10, 11]. Зокрема, за останні 5 років СВ серед лікарів США зріс із 45 до 54% [1, 8, 12, 13]. За даними англійських дослідників, серед лікарів виявляється високий рівень тривоги (41% випадків) і клінічно вираженої депресії (26% випадків). Водночас 1/3 лікарів використовують медикаментозні засоби для корекції емоційного напруження, а кількість уживаного алкоголю лікарями перевищує середній рівень у загальній популяції [1, 14]. Внутрішні та зовнішні фактори медичної професії можуть зумовити як психологічний дискомфорт у фахівця, так і зміну його ставлення до пацієнта, що проявляється станом виснаження (фізичного й емоційного), розвитком негативної самооцінки та ставленням до роботи, втратою розуміння та співчуття до пацієнтів [1, 3, 15-18]. К. Маслач і С. Джексон звернули увагу на те, що СВ з'являється переважно у фахівців, які працюють із людьми [1, 12, 19].

Дослідники дедалі більше схильні пов'язувати синдром із психосоматичними проявами та зазначають про його належність до станів передхвороби [1, 4, 20]. Дані сучасних досліджень свідчать про біопсихосоціальну (психосоматичну) природу СВ [1, 4, 20]. Інша термінологія для біопсихосоціального генезу – діатез-стресова модель [21], згідно з якою наявна в кожного біологічна вразливість (біологічний діатез) стає хворобою лише за впливу стресорів – несприятливих психологічних і соціально-психологічних факторів [21].

Залежно від вираженості факторів ризику та ступеня впливу стресу у фахівців медичної галузі з прогресивним СВ можуть розвиватися розлади широкого спектра, до яких належать постійна втома, пригнічення настрою з високим ризиком розвитку депресивних афективних розладів, відчуття виснаження, емоційного спустошення, фізична слабкість та апатія; спроби розслабитися й відпочити за допомогою вживання алкоголю, що іноді переходить до зловживання та розвитку залежної саморуйнівної поведінки [14]. Крім того, найвищий суїцидальний ризик у лікарів, серед яких перше місце посідають психіатри, далі – офтальмологи, анестезіологи, стоматологи [22].

Дослідження також демонструють, що ризик інфаркту міокарда та суїциду збільшується з підвищенням рівня тяжкості депресивних симптомів, при цьому (незалежно від віку та статі) ознаки психічних порушень випереджають клінічні прояви серцево-судинної патології, в т. ч. ішемічної хвороби серця [23].

Суб'єктивне реагування емоціями напруження, занепокоєння, заклопотаності з відповідною активацією симпатоадреналової системи

об'єктивно відображається як реактивна тривожність [6, 23, 24]. Дослідження свідчать, що тривога (як і депресія) є частою відповіддю на соціальний стрес із формуванням дезадаптивних реакцій за типом невротизації (невротичні реакції) тощо [23, 24].

На індивідуальному рівні тривожні розлади у світі зумовлюють значне збільшення витрат на охорону здоров'я [23, 24]. На рівні населення спостерігається схильність багатьох пацієнтів до гіпнозогностії тривоги та недооцінки її негативних соматичних і психосоціальних наслідків [23, 24].

Значущість діатез-стресових моделей доведена для постстресових, тривожних та афективних розладів, а також суїциду; вона полягає в поєднанні стресових подій, які передують хворобливому стану. Стрес-фактори (тригери) не лише підвищують захворюваність, а й зумовлюють уразливість, тобто схильність до розвитку в клінічну симптоматику. Діатез і стрес взаємно підсилюють один одного. Отже, за наявності в медичного працівника труднощів поза робочим середовищем, зокрема особистісно-психологічного характеру, значно збільшується ризик розвитку вигорання, що актуалізує проблему оцінки ризику та профілактики професійної проблеми для лікарів-психологів, психіатрів, психотерапевтів у співпраці з адміністративним складом закладів охорони здоров'я [21].

Упродовж декількох останніх років на території України в різних областях і великих містах проводилося обстеження лікарів щодо емоційного вигорання. Виявлено деякі факти щодо того, чи відрізняється прояв емоційного вигорання серед різних лікарських спеціальностей, чи є різниця в наявності емоційного вигорання залежно від регіону, чи однакове ставлення до роботи в лікарів, які мешкають і працюють у різних кутках України [11]. Для обстеження 370 лікарів із медичним стажем від 17 до 26 років у 6 великих містах та їхніх регіонах було застосовано «Питальник на виявлення синдрому емоційного вигорання» (Чабан О.С., 2018).

Завданнями іншого сучасного вивчення були виявлення особливостей емоційного вигорання в працівників сфери неврологічного та психічного здоров'я в Україні, а також дослідження можливостей лікарського засобу Сонапакс® у його корекції. Встановлено, що ознаки СВ різного ступеня вираженості наявні в 68,4% обстежених, тоді як 31,6% осіб не виявили жодних із них; також зафіксовано високий рівень деперсоналізації (50,29%), що проявляється в цинічному чи беземоційному ставленні до праці й об'єктів своєї праці (пацієнтів) [1]. Редукція відчуття задоволення від роботи (професійних досягнень) зіставляється з ослабленням відчуття самокомпетентності, продуктивності власної роботи [1]. Аналіз цього показника професійної успішності продемонстрував, що в 43,3% респондентів спостерігався низький і в 35,1% середній рівні редукції професійної успішності [1]; цей компонент виявляє самооцінку величини вигорання [1].

З метою корекції та подолання наслідків СВ у медичних працівників необхідним

є поєднання фармако- та психотерапії. Звичайно, розпочинати її слід зі зміни тактики та стратегії життя працівника. Мабуть, це є найскладнішим, але вкрай необхідним завданням. Коли людина починає усвідомлювати психотравматичність власного життя й ознаки формування професійного вигорання, лише тоді відбувається рух до власного здоров'я. Наступний етап – психотерапія, котру необхідно проводити тоді, коли саморегуляція не дає ефекту. Третій етап – поєднання психотерапії, зусиль самого пацієнта, спрямованих на зміну власного життя, а також застосування психофармакотерапії.

Серед фармакологічних впливів особливої значущості набувають засоби, що впливають на афективні та когнітивні функції [1]. З огляду на ширину спектра ознак, а також їх поєднання в картині СВ медичних працівників найдоцільнішим є застосування відповідних препаратів, які якнайповніше охопили би прояви синдрому та мали би водночас якомога менше небажаних ефектів, тобто були з доведеним рівнем безпеки й ефективності в застосуванні.

Сонапакс® (активна речовина – тіоридазин) відомий у медицині понад 50 років; широко застосовується як у психіатричній, так і в загально-соматичній практиці [25-28].

Одразу від початку застосування Сонапакс® віднесено до т. зв. малих нейролептиків у зв'язку з відсутністю в нього потужної антипсихотичної дії. Проте своєрідність психотропних властивостей препарату (насамперед за рахунок седативного й анкіолітичного ефектів) зумовила досить широкий спектр його психотропної активності при найрізноманітніших психопатологічних синдромах у рамках різних нозологічних форм психічних розладів [25-28].

Тіоридазин належить до піперидинових похідних фенотіазину, має високу тропність до мускаринових рецепторів, блокує дофамінергічні та холінергічні рецептори, що пояснює відсутність екстрапірамідних ускладнень під час його застосування [25-28].

Тіоридазин блокує периферичні М-холінорецептори та знижує підвищену активність вегетативної нервової системи; блокуючи Н₁-антигістамінні рецептори, має найвираженішу антигістамінну й антихолінергічну дію серед усіх препаратів групи нейролептиків [25-28].

Тіоридазин є препаратом із вираженим дозозалежним ефектом; у малих і середніх дозах стимулює та має антидепресивну дію, а у великих дозах переважає седативна дія [25-28].

Тіоридазин проявляє сильну седативну дію як снодійне та середньої вираженості активувальний і антіманіакальний ефекти; його гіпотензивна дія оцінюється як середня, а екстрапірамідна – як дуже слабка. Іноді препарат відносять до «великих» транквілізаторів, які не мають переважного впливу на інтелектуально-мнестичні функції [25-28].

Отже, тіоридазин добре застосовувати як препарат вибору при психічній патології непсихотичного спектра [25-28]; в невеликих дозах він зумовлює специфічну для нього стимуляцію нервової системи людського організму, що виявляється корисним насамперед для загально-м'яких пацієнтів [25-28].

Особливість психотропної дії тіоридазину полягає в тому, що (на відміну від багатьох нейролептиків) із підвищенням доз до високих стимуляція зменшується, проте зростання загальмованості не відбувається [25-28].

Прийом препарату не спричиняє появи патологічної розслабленості, а також посилення емоційної байдужості, що є значною перевагою його застосування для подолання СВ.

Тіоридазин серед психотропних засобів поєднує найважливіші для процесу терапії властивості – має високу ефективність і практично безпечний у разі коректного використання призначених доз за умови доведених показань для його застосування [25-28].

Зокрема, високий ступінь безпеки застосування тіоридазину є підставою для істотного розширення вікових меж його використання та призначення пацієнтам таких вікових груп, які мають найвищий ступінь ризику розвитку лікарських ускладнень або непереносимості (в пізньому віці) [25-28].

Вагомою особливістю цього препарату є широкий спектр дії на різні прояви афективної патології [25-29].

Тіоридазин надійно усуває тривогу, страх, агресивне напруження, стан маніакальної екзальтації; фактично він є унікальним за різноманітністю своїх ефектів: може застосовуватись як транквілізатор, нейролептик чи антидепресант. Тіоридазин ефективний щодо лікування психотичних розладів, тривожних станів, поведінкових порушень, а також депресивних симптомів СВ [25-29]; його ефективність є вираженішою тоді, коли сильніше виражені афективні компоненти в структурі психопатологічного синдрому [25-29].

Доцільним є застосування препарату при невротичних і стресогенних порушеннях. Симптоматика СВ має багатофакторне походження; водночас саме стресогенні умови праці є визначальними. Отже, призначення тіоридазину не викликає жодних сумнівів у разі психогенно зумовлених депресивних і тривожно-депресивних проявів дезадаптації, тобто при широкому колі реактивних станів СВ.

В амбулаторній практиці застосування тіоридазину як засобу, необхідного в лікуванні широкого кола тривожно-невротичних розладів, доведено багаторічною практикою. Безперечними показаннями до його призначення є тривожні розлади, тривожно-фобічні порушення з різним змістом фобій, соматоформні невротичні розлади, латентні депресії із сенесто-іпохондричними та вегетативно-судинними проявами, котрі проявляються під маскою вегето-судинної дистонії чи різноманітних алгічних (больових) синдромів [25-29, 31].

Анкіолітичний ефект тіоридазину доповнюється виявленими в препараті приціпним впливом на сенесталгію, зокрема на такі найпоширеніші патологічні відчуття, як кардіалгія та цефалгія, що можуть з'являтися також у формі стрес-реакцій у медичних працівників із СВ [25-29].

При обранні дозування обов'язково враховується вік. Добова доза може варіювати від 30 до 300 мг. Оскільки діапазон доз тіоридазину, що призначаються за цих розладів, є досить широким, він визначається безпосередньо індивідуально, тобто залежно від ступеня вираженості ознак, їх структури у складі синдрому, моно- чи поліморфного його характеру, стійкості чи лабільності симптоматики [25-29].

У старшому віці (особливо амбулаторно) найширше тіоридазин призначається для нормалізації сну, адже водночас не мають страждати

фізична активність і якість роботи працівника медичної галузі, а отже, бажаною є відсутність ефектів м'язової релаксації та денної «післядії» заспокійливих-гіпнотиків. У такому разі найчастіше тіоридазину віддається перевага перед транквілізаторами [25-29]. Крім того, препарат має потужні антигістамінні властивості, що перевищують такі в інших нейролептиків [25-29].

Важливо зазначити також, що протитри-вовні та седативні ефекти тіоридазину для лікування різних психопатологічних станів, зокрема таких, які зумовлені вживанням алко-голю, використовуються для усунення абсти-нентних синдромів, при цьому вираженими ви-являються його вегетостабілізуюча, снодійна та безпечна дія [25-29, 31].

У мінімально ефективних дозах можливе призначення тіоридазину перед проведенням різних лікувально-діагностичних втручань, очі-кування котрих зумовлює страх, напруження та погіршення сну. Частіше таке застосування спостерігається в онкологічній, кардіологіч-ній і неврологічній практиці для подолання тривожно-депресивних реакцій, зумовлених і пов'язаних з емоційними переживаннями щодо виявлення й діагностики соматичного за-хворювання із загрозою для життя чи перспек-тивою тяжкої інвалідизації з очікуванням фі-зичного страждання. Отже, в загальносоматич-ній клініці дозування коливатиметься в межах від 10 до 75 мг/добу [25-29].

Для корекції сну, труднощів засинання, в разі частих пробуджень, які супроводжуються три-вовним занепокоєнням, тіоридазин у невели-ких дозах (10-25 мг) може бути призначений епізодично, якщо досягається ефект за попе-реднього курсу лікування з регулярним щоден-ним прийомом у вечірній години [25-29].

Нетривалі курси тіоридазину призначають як доповнення до основної дезінтоксикаційної, судинної й іншої терапії при розладах сну, що спостерігаються в посттравматичному, після-операційному періоді, а також в осіб із судин-ними порушеннями – кризами та транзитор-ними ішемічними атаками головного мозку (інсульт) [25-29, 31].

При комбінованій терапії психотичних ознак, поєднанні з нейролептиками й антиде-пресантами зміна дози тіоридазину може ско-регувати прояви тривоги та розлади сну без зміни призначень інших препаратів, завдяки чому такі комбінації є безпечнішими для зняття зазначеної симптоматики при СВ [25-29].

Необхідно враховувати особливості взаємодії Сонапаксу з деякими лікарськими засобами [25, 29]; він несумісний з адреналіном, анестезу-вальними засобами, резерпіном, гуанетидином [25-29]; підсилює ефект снодійних, анальгезу-вальних, наркотичних засобів, а також алко-голю, послаблює дію леводопи й амфетаміну [25-29]. Амітриптилін та антигістамінні препа-рати підвищують антихолінергічну активність тіоридазину. При одночасному застосуванні тіоридазину та протидіабетичних засобів зрос-тає ймовірність гепатотоксичного впливу й від-повідного ушкодження печінки [25-28].

Незважаючи на доведену безпеку препарату, при застосуванні Сонапаксу слід пам'ятати про доцільність контролю морфологічного складу периферичної крові. Особам похилого віку потрібно зважати на певний ризик пара-доксальних реакцій [25-29]. Під час прийому виключається вживання алкоголю, адже препа-рат потенціює дію останнього, а також не реко-мендується керувати транспортними засобами та працювати зі складними механізмами [25-29]. Протипоказаннями до прийому тіоридазину є: гіперчутливість до препарату, в т. ч. до фен-отіазинових похідних, перший триместр та ос-танній тиждень вагітності, коматозний стан, міастенія, закритокутова глаукома, гіпертрофія передміхурової залози, недостатність крово-творення та/або функції внутрішніх органів, феохромоцитома, порфірія, а також дитячий вік до 4 років [25-29].

Відміна препарату при тривалому його за-стосуванні в достатніх терапевтичних дозах відбувається поступово після періоду зни-ження дози [25-29].

Важливим у клінічній практиці є специфічне ускладнення терапії тіоридазину – токсична ретинопатія, зумовлена токсичним впливом тіоридазину на фоторецептори сітківки [25-29]. Існує великий розрив між терапевтичною та ретинотоксичною для ока дозою тіоридазину. Ушкодження сітківки тіоридазиним опи-сано в літературі як мелерілова ретинопатія.

Максимально допустимою з огляду на безпеку для ока вважається добова доза препарату до 600 мг [25, 30].

Полівалентний характер впливу тіоридазину на різні психопатологічні синдроми без істотної залежності від їх нозологічної приналежності пояснює значний спектр показань до його при-значення при СВ у медпрацівників [25-29].

Під впливом коректно підібраної фармако-терапії відзначається позитивна динаміка компонентів СВ – емоційного виснаження та деперсоналізації, що здійснюється за раху-нок достовірного регресу показників напру-ження (незадоволеність собою, «загнаність у клітку», «тривога й депресія»), резистентії (неадекватне емоційне реагування, розши-рення сфери економії емоцій), а також висна-ження (емоційний дефіцит; психосоматичні та психовегетативні порушення) [1].

Достеменно відомо, що лікар є найсклад-нішим пацієнтом. Медичні працівники часто вивчають мистецтво лікування саме з метою не хворіти. Отже, проігнорований (або неви-значений СВ) має вагому роль у зниженні якості

життя, зокрема зумовлює постійний стан ди-стресу, втоми, безсоння, смуток, гнів, дратів-ливість, зловживання алкоголем або іншими психоактивними речовинами, високий арте-ріальний тиск, захворювання серця, цукровий діабет 2 типу, загальну сприйнятливості до за-хворювань [8, 11, 31].

Останнім часом СВ розглядався як стан у відповідь на діяльність, пов'язану з напруже-ними емоційними зв'язками, що кардинально впливає й на професійну діяльність медичних працівників [8, 11].

Дані Всесвітньої організації охорони здо-ров'я ще до оцінки СВ як розладу вже вказу-вали на полісистемність цього феномена. СІВ поєднує психічні (емоційні, когнітивні, вольові, мотиваційні), біологічні (фізичні) та соціальні (взаємостосунки в колективі, продуктивність праці) ознаки [8, 11].

Беручи до уваги варіабельність симптомів клінічної картини СВ медпрацівників, необхід-ною є психофармакокорекція чи психофармако-терапія, котра ефективно доповнювала би психо-терапію цього синдрому в медичних працівників.

На сьогодні в Україні на фармацевтичному ринку існує лікарський засіб Сонапакс®, що дає змогу задовольнити зазначені вимоги до цієї психо-фармакотерапевтичної потреби; його переноси-мість поєднується з вираженим терапевтичним ефектом за найрізноманітніших порушень пси-хічної діяльності [25-29].

Ефективність застосування лікарського за-собу Сонапакс® доведена для пацієнтів різних вікових груп, а також за наявності соматичних захворювань та/або органічних уражень го-ловного мозку. Призначення цього препарату доступне медичним установам різного про-філю як у стаціонарних умовах, так і в амбу-латорних службах [25-29].

Отже, підтверджена рандомізованими клі-нічними дослідженнями та практикою доступ-ність, безпека й ефективність препарату при врахуванні індивідуальних особливостей і ді-агностованих ознак СВ серед професіоналів медичної галузі дають змогу рекомендувати його з метою психофармакокорекції СВ.

Список літератури знаходиться в редакції.



СКОРОЧЕНА ІНСТРУКЦІЯ ДЛЯ МЕДИЧНОГО ЗАСТОСУВАННЯ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ СОНАПАКС® 10 мг та СОНАПАКС® 25 мг¹

Склад: діюча речовина: тіоридазину гідрохлорид; 1 таблетка, вкрита оболонкою, містить тіоридазину гідрохлориду 10 мг або 25 мг. **Фармакотерапевтична група.** Антипсихотичні засоби. Піперидинові похідні фенотіазину. Код АТС N05A C02. **Показання.** Психічні та емоційні порушення, що супроводжуються страхом, тривожністю, збудженням. У психіатричній практиці: гостра та підгостра шизофренія, органічні психози, психомоторне збудження, маніакально-депресивні стани, неврози, синдром алкогольної абстиненції, психічні розлади поведінки дітей, збуджений стан у пацієнтів літнього віку. **Спосіб застосування та дози.** Дози встановлює лікар індивідуально, найменшу терапевтичну ефективну дозу визначати для кожного пацієнта окремо. Добову дозу розподіляти на 2-4 прийоми. **Дорослі та підлітки.** Психічні та емоційні розлади, такі як шизофренія, маніакальні психози та подібні стани: 150-600 мг на добу. Початкову дозу можна збільшити до 200 мг для хворих із гострою шизофренією. Щоденну дозу можна збільшити до 800 мг у резистентних пацієнтів під контролем лікаря, але не більше ніж протягом 4 тижнів. Лікування психозу в амбулаторних умовах: добова доза – 50-300 мг, пацієнтам із депресією та пацієнтам літнього віку – 25-200 мг, синдромом алкогольної абстиненції – 100-200 мг, тяжкі порушення психіки непсихотичного характеру – 25-150 мг. Як седативний засіб і транквілізатор Сонапакс® призначати дорослим у добовій дозі 10-75 мг. Звичайні дози для застосування у педіатрії. Дітям віком 5-12 років: 0,25-3 мг на 1 кг маси тіла на добу, розподілені на 2-4 прийоми. Тяжкі розлади: по 25 мг 2-3 рази на добу. Максимальна добова доза – 300 мг. При дозуванні, не кратному 25 мг, слід засто-сувати тіоридазин у відповідних лікарських формах та дозуваннях. **Побічні реакції.** Сонливість, загальмованість, особливо при прийомі високих доз на початку лікування, що зазвичай зникає при подальшому лікуванні або при зменшенні дози; псевдопаркінсонізм з іншими екстрапірамідними симптомами, сплутаність свідомості, гіперактивність, летаргія, психотичні реакції. Інші побічні реакції зазначені у інструкції для медичного застосування. **Протипоказання.** Підвищена чутливість до похідних фенотіазину або до будь-якого компонента препарату. Тіоридазин протипоказаний пацієнтам з такими станами: клінічно важливі порушення серця (серцева недостатність, стенокардія, кардіоміопатія або дисфункція лівого шлуночка) – син-дром подовженого інтервалу QTc, сімейний анамнез синдромом подовженого інтервалу QTc, він також протипоказаний при конкурентному використанні препаратів, які також здатні подовжувати інтервал QTc. Інші протипоказання зазначені у інструкції для медичного застосування. **Категорія відпуску.** За рецептом. **Виробник.** Фармацевт Ельфа А.Т., Польща. **Р.П. МОЗ України:** Сонапакс® 10 мг – НР/А/4499/01/01; Сонапакс® 25 мг – НР/А/4499/01/03.

¹ Повна інформація міститься в інструкції для медичного застосування лікарських засобів Сонапакс® 10 мг та Сонапакс® 25 мг. Р.П. НР/А/4499/01/01, НР/А/4499/01/03. Інструкція для медичного застосування лікарських засобів Сонапакс® 10 мг та Сонапакс® 25 мг. Інформація про лікарський засіб. Інформація для використання у професійній діяльності медичними та фармацевтичними працівниками. Повна інформація міститься в інструкції для медичного застосування препарату. Затверджено до друку 03.2021. SON-UA2103-061-01, ТОВ «БАУШ ХЕЛС»: 01103, м. Київ, вул. Професора Підвищенського, 6-В, Тел.: (044) 459-04-84.