

СИНДРОМ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ: СУЩНОСТЬ ПОНЯТИЯ И ИСТОРИЯ ЕГО ИЗУЧЕНИЯ

Нурмухамедова М.А., Маджидова Я.Н.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Ключевые слова. Синдром эмоционального выгорания, стресс, профессия, медицинские работники, социальное, деперсонализация.

В современном обществе меняется отношение людей к работе. Люди теряют уверенность в стабильности своего социального и материального положения, в гарантированности рабочего места. Обостряется конкуренция за престижную и высокооплачиваемую работу. Параллельно идут процессы узкой специализации в профессии и, одновременно, глобализации со смежными отраслями. Быстро меняются запросы рынка труда. Падает рейтинг ряда социально значимых профессий – медицинских работников, учителей, учёных. Как следствие, растёт психическое, эмоциональное напряжение, которое связано со стрессом на рабочем месте. Выявляются тревога, депрессия, психосоматические расстройства, зависимости от психоактивных веществ (включая алкоголь, наркотики и др.). Всё это является симптомами синдрома эмоционального выгорания. Синдром эмоционального выгорания (СЭВ) – это реакция организма, возникающая вследствие продолжительного воздействия профессиональных стрессов средней интенсивности [1,2,3].

СЭВ – это процесс постепенной утраты эмоциональной, когнитивной и физической энергии, проявляющийся в симптомах эмоционального, умственного истощения, физического утомления, личной отстраненности и снижения удовлетворения исполнением работы. В литературе в качестве синонима синдрома эмоционального выгорания, используется термин "синдром психического выгорания".

Так же это выработанный личностью механизм психологической защиты в форме полного или частичного исключения эмоций в ответ на избранные психотравмирующие воздействия. Это приобретенный стереотип эмоционального, чаще всего профессионального, поведения. "Выгорание" – отчасти функциональный стереотип, поскольку позволяет дозировать и экономно расходовать энергетические ресурсы. В то же время могут возникать его дисфункциональные следствия, когда "выгорание" отрицательно сказывается на исполнении профессиональной деятельности и отношениях с партнерами. Иногда СЭВ (в иностранной литературе – "burn-out") обозначается понятием "профессиональное выгорание", что позволяет рассматривать это явление в аспекте личной деформации под влиянием профессиональных стрессов [5,6,7].

По классификации профессий по «критерию трудности и вредности»

(А.С. Шафранова), медицина относится к профессии высшего типа по признаку необходимости постоянной внеурочной работы над предметом и собой. В 60–х годах в США впервые был введен термин «профессиональная деформация» в профессиях «человек – человек», в которых на эффективность работы существенно влияет социальное окружение. Были сделаны выводы о существовании профессиональной деформации и необходимости особого профессионального отбора в профессиях системы «человек – человек».

СЭВ был впервые описан в 1974 году американским психологом Фрейденбергером для описания деморализации, разочарования и крайней усталости, которые он наблюдал у работников психиатрических учреждений. Разработанная им модель оказалась удобной для оценки данного состояния у

медицинских работников – профессии с наибольшей склонностью к «выгоранию». Ведь их рабочий день – это постоянное теснейшее общение с людьми, к тому же больными, требующими неусыпной заботы и внимания, сдержанности [10, 11, 13, 14].

Развитие представлений о выгорании на первых этапах изучения проходило путем накопления описаний симптомов, которые связаны с ним. Большинство исследований имело сугубо эмпирическую направленность и не пыталось дать теоретически обобщенного определения [18]. Авторы обзора, посвященного выгоранию, Т. Кокс и А. Гриффитс, перечисляют около 150 симптомов, которые исследователи относят к выгоранию. Среди них аффективные симптомы: угрюмость, плаксивость, пониженность и нестабильность настроения, истощение эмоциональных ресурсов, когнитивные симптомы – ощущение безысходности и безнадежности, ригидность мышления, циничность, отстраненность в общении с коллегами и клиентами, стереотипное отношение. Все это сопровождается типичными для стресса жалобами на здоровье: головные боли, тошнота, головокружение, беспокойство и бессонница. К мотивационным симптомам относится исчезновение присущих человеку мотиваций: старания, энтузиазма, заинтересованности и идеализма; и напротив, появление разочарования, неудовлетворенности, возможен отказ от должности. [].

Е. Эделвич и А. Бродский описывают выгорание, как процесс крушения иллюзий. Они определяют выгорание в «помогающих профессиях», как прогрессирующую потерю идеализма и энергии, которую испытывают люди в результате специфических условий их работы. Исследователи считают, что изначальный идеализм и благородные стремления становятся залогом фрустрации в будущем [39].

Д. Этzioni определяет «выгорание» как «психологическую эрозию». Она считает, что выгорание возникает постепенно и незаметно для человека, и невозможно отвести его к конкретным стрессовым событиям. Исследователь также говорит о несоответствии между индивидуальными и средовыми характеристиками (ожиданиями и требованиями среды). Это несоответствие действует как постоянный источник стресса [15]. К. Маслак и М. Ляйтер также назвали выгорание «эрозией души». «Оно представляет собой эрозию в ценностях, настроении и воле — эрозию человеческой души» [17].

Проблема выгорания исследуется в российской науке начиная с 1980х гг. Равноправно при этом используются такие термины, как «профессиональное выгорание», «эмоциональное выгорание» и «психическое выгорание». Первоначально в российской психологии появился термин «эмоциональное сгорание», введенный Форманюк []. Использование термина «эмоциональное выгорание» закономерно потому, что симптом эмоционального истощения является самым первым и основным в данном синдроме и запускает остальные симптомы. Используя термин «профессиональное выгорание», исследователи подчеркивают, что данный синдром проявляется в профессиональной сфере и связан с отношением человека к работе. Наиболее распространенный в данное время термин «психическое выгорание» [21; 22; 19.] акцентирует внимание на том, что выгорание происходит в сфере психического и затрагивает все сферы личности. Хотя

использование термина «психическое выгорание» является на данный момент наиболее популярным, мы считаем термин «эмоциональное выгорание» более удачным.

По данным исследований В.В. Лебедева, С.Э. Тимошенко, 1993; Б.Д. Новикова, 1993; С.П. Безносоева, 1997, к категории работников, подверженных риску развития «эмоционального выгорания», относятся и пенитенциарные служащие, профессиональная деятельность которых имеет ряд специфических особенностей, осложнена множеством негативных факторов. Её успешность определяется не только и не столько профессиональными знаниями, сколько умениями реализовать их в своей деятельности за счёт развития профессионально важных и личностных качеств. Особенно это касается тех отделов уголовно-исполнительной системы (УИС), представители которых непосредственно общаются с заключёнными. Все это требует разработки и использования соответствующих профилактических мероприятий в пенитенциарной системе.

Несмотря на немалое количество работ, посвященных изучению отдельных форм профессиональных деформаций у сотрудников УИС (В.С. Медведев, 1992; Б.Д. Новиков, 1993; В.В. Лебедев, 1993; С.П. Безносоев, 1997; С.Е. Борисова, 1998; Е.Г. Лунина, 1997; И.М. Долматова, 2001), исследований синдрома эмоционального выгорания явно недостаточно, следствием чего является дефицит научного знания о сущностях и механизмах данного явления и отсутствие надежных, эффективных методов его профилактики и коррекции.

В этот исторический период наука ставит перед собой цели профилактики, коррекции профессионального выгорания. Анализируются отдельные факторы профессиональных деформаций. Ярко выделяется взаимосвязь между формированием СЭВ и личностными особенностями личности, а также стрессогенными факторами. Наука делает большой шаг вперед в изучении этого вопроса.

Исторический период научных исследований СЭВ с 2000 года. В этот период В. Бойко указывает следующие личностные факторы, способствующие развитию синдрома эмоционального выгорания: склонность к эмоциональной холодности, склонность к интенсивному переживанию негативных обстоятельств профессиональной деятельности, слабая мотивация эмоциональной отдачи в профессиональной деятельности.

Решетова Т.В. (2002 г.) считает, что СЭВ больше всего подвержены люди, у которых наблюдается:

- неэмоциональность или неумение общаться;
- алекситимия во всех проявлениях (невозможность выразить словами свои ощущения), всегда связано с тревогой;
- трудоголизм, когда происходит камуфлирование какой-либо проблемы работой (трудоголик чаще всего прикрывает темпом свою профессиональную несостоятельность);
- люди без ресурсов (социальные связи, родственные связи, любовь, профессиональная состоятельность, экономическая стабильность, цель, здоровье и т.д.)

Орел В.Е. отмечает, что перерывы в работе оказывают положительный эффект и снижают уровень выгорания, но этот эффект носит временный характер: уровень выгорания частично повышается через три дня после возвращения к работе и полностью восстанавливается через три недели.

Профессор К. Чернисс в своей статье «Профессиональное выгорание: беспокойство за работников и боссов растет» (2003г.) говорит о том, что большая ответственность за развитие выгорания в организации лежит на руководителе, потому что существуют такие рабочие места и ситуации, которые, в некотором смысле, просто созданы для выгорания. Большинство людей, работающих в этих местах, очень уязвимы. Они находятся в высоко-стрессовых ситуациях, где от них ожидается высокий уровень выполнения работы, и где

они имеют небольшой контроль над тем, что или как они делают.

К. Чернисс отмечает, что выгоранием страдают не только люди, но и организации. Также как и у индивидуума, страдающего от выгорания, в организациях проявляются различные симптомы этого явления, они следующие: С 2000-го года научные исследования делают акцент на факторы формирования синдрома эмоционального выгорания в профессиональной деятельности. Исследования выходят на другой, более расширенный уровень и высказывается научное мнение о СЭВ организаций. Интерес к исследованию синдрома выгорания вырос после того, как американские ученые Маслач и Джексон систематизировали описательные характеристики данного синдрома и разработали опросник для его количественной оценки. Согласно авторам, синдром выгорания проявляется в трех группах переживаний: эмоциональном истощении, деперсонализации и редукции личных достижений.

Основными симптомами СЭВ являются: усталость, утомление, истощение после активной профессиональной деятельности; психосоматические проблемы (колебания артериального давления (АД), головные боли, заболевания пищеварительной и сердечно – сосудистой систем (ССС), неврологические расстройства, бессонница); появление негативного отношения к пациентам (вместо имевшихся ранее позитивных взаимоотношений); отрицательная настроенность к выполняемой деятельности; агрессивные тенденции (гнев и раздражительность по отношению к коллегам и пациентам); функциональное, негативное отношение к себе; тревожные состояния, пессимистическая настроенность, депрессия, ощущение бессмысленности происходящих событий, чувство вины [8, 9, 10, 11].

Психическое выгорание понимается как профессиональный кризис, связанный с работой в целом, а не только с межличностными взаимоотношениями в процессе ее. Выгорание можно приравнять к дистрессу: тревога, депрессия, враждебность, гнев в его крайнем проявлении и к третьей стадии общего синдрома адаптации – стадии истощения. Выгорание – не просто результат стресса, а следствие неуправляемого стресса [3, 4, 6, 7, 13, 14].

Данный синдром включает в себя три основные составляющие: эмоциональную истощенность, деперсонализацию (цинизм) и редукцию профессиональных (снижение личных) достижений: эмоциональное истощение – чувство эмоциональной опустошенности и усталости, вызванное собственной работой; деперсонализация – циничное, безразличное отношение к труду и объектам своего труда; редукция профессиональных достижений – возникновение чувства некомпетентности в своей профессиональной сфере, осознание неуспеха в ней [5, 8, 9, 11, 12, 17, 18, 19].

Более всего риску возникновения СЭВ подвержены лица, предъявляющие непомерно высокие требования к себе. Входящие в эту категорию личности ассоциируют свой труд с предназначением, миссией, поэтому у них стирается грань между работой и личной жизнью. Выделены три категории людей, которым грозит СЭВ: «педантичный» тип – характеризуется добросовестностью, возведенной в абсолют; чрезмерной, болезненной аккуратностью, стремлением в любом деле добиться образцового порядка (пусть в ущерб себе); «демонстративный» тип, характеризуется стремлением первенствовать во всем, всегда быть на виду. Вместе с тем им свойственна высокая степень истощаемости при выполнении незаметной, рутинной работы, а переутомление проявляется излишней раздражительностью, гневливостью.

Третий тип – «эмотивный», характеризуется противостественной чувствительностью и впечатлительностью. Их отзывчивость, склонность воспринимать чужую боль как соб-

стенную граничит с патологией, с саморазрушением, и все это при явной нехватке сил сопротивляться любым неблагоприятным обстоятельствам [3, 4, 7, 8, 10, 12, 14].

СЭВ включает в себя 3 стадии, каждая из которых состоит из 4–х симптомов.

Первая стадия – Напряжение характеризуется следующими симптомами: неудовлетворенность собой; «загнанность» клетку; переживание психотравмирующих ситуаций; тревожность и депрессия.

Вторая стадия – Резистенция: неадекватное, избирательное эмоциональное реагирование; эмоционально – нравственная дезориентация; расширение сферы экономики эмоций; редукция профессиональных обязанностей.

Третья стадия – Истощение: эмоциональный дефицит; эмоциональная отстраненность; личностная отстраненность; психосоматические и психовегетативные нарушения [7, 10, 11, 13, 14].

На появление и степень выраженности СЭВ влияет множество факторов. Наиболее тесную связь с выгоранием имеет возраст и стаж работы в профессии. Выявлено, что средний медицинский персонал психиатрических клиник «выгорает» через 1,5 года после начала работы, а социальные работники начинают испытывать данный симптом через 2–4 года. Склонность более молодых по возрасту работников к выгоранию объясняется эмоциональным шоком, который они испытывают при столкновении с реальной действительностью, часто не соответствующей их ожиданиям. Установлено, что у мужчин более высокие баллы по деперсонализации, а женщины в большей степени подвержены эмоциональному истощению. Это прежде всего связано с тем, что у мужчин преобладают инструментальные ценности, женщины же более эмоционально отзывчивы и у них меньше чувство отчуждения от своих клиентов. Работающая женщина испытывает более высокие рабочие перегрузки (по сравнению с мужчинами) из-за дополнительных домашних и семейных обязанностей, но женщины продуктивнее, чем мужчины, используют стратегии избегания стрессовых ситуаций [1, 3, 10, 13, 14].

Проведены исследования, свидетельствующие о наличии связи между семейным положением и выгоранием. В них отмечается более высокая степень предрасположенности к выгоранию лиц (особенно мужского пола), не состоящих в браке. Причем холостяки в большей степени предрасположены к выгоранию даже по сравнению с разведенными мужчинами.

По данным английских исследователей, у медицинских работников нетрудоспособность почти в половине случаев связана со стрессом. Треть врачей принимала медикаментозные средства для коррекции эмоционального напряжения, количество употребляемого алкоголя превышало средний уровень. Установлено, что одним из факторов синдрома "выгорания" является продолжительность стрессовой ситуации, ее хронический характер.

На развитие хронического стресса у представителей коммуникативных профессий влияют: ограничение свободы действий и использования имеющегося потенциала; монотонность работы; высокая степень неопределенности в оценке выполняемой работы; неудовлетворенность социальным статусом [1, 3, 5, 7, 9, 11, 13].

У многих врачей нет никого, кроме супруги или супруга, с кем можно было бы поговорить о чем – нибудь личном. При этом они рискуют испортить личные взаимоотношения, внося профессиональные вопросы в дом и будучи не в состоянии выполнять другие обязанности. По данным западных периодических изданий, число разводов в семьях врачей на 10–20% выше, чем в общей популяции. Браки, в которых муж и жена – медицинские работники, чаще бывают не-

счастливыми [3, 4, 5, 9, 10, 11, 14].

Проведено большое количество исследований, в которых документально подтверждена широкая распространенность неудовлетворенностью профессией и чувство сожаления в связи с выбором медицинской карьеры. Повышенные нагрузки в деятельности, продолжительность рабочего дня, сверхурочная работа стимулируют развитие выгорания.

Врачи и медсестры испытывают более сильное выгорание по сравнению с обслуживающим персоналом больницы, при чем выше уровень наблюдается у медицинского персонала онкологических отделений. Сравнительный анализ персонала, работающего за пределами больниц (например: врачи, занимающиеся частной практикой) с психически больными людьми и в больницах, показывает, что первая группа работников наиболее подвержена выгоранию. Pines и Maslach (1978) обнаружили, что чем дольше персонал работает в психиатрических учреждениях, тем меньше им нравится работать с больными, тем в меньшей мере они ощущают себя успешно работающими и тем менее гуманна их позиция по отношению к душевнобольным [4, 5, 8, 14].

При изучении эмоционального дистресса у врачей психолог King (1992) сделал поразительный вывод: «Врачи, работающие в медицинском учреждении, подвержены значительному личностному дистрессу, им трудно раскрыться перед кем-нибудь за пределами своей непосредственной семьи и круга друзей». Преобладающая особенность врачебной профессии – отрицать проблемы, связанные с личным здоровьем. Выгорание – не просто результат стресса, а следствие неуправляемого стресса. По словам Grainger (1994): «Врачей много учат теории и практике медицины, но почти не учат тому, как заботиться о себе и справляться с неизбежными стрессами».

СЭВ – почему он часто встречается у врачей?

СЭВ (как и другим расстройствам, связанным с профессиональной деятельностью), в первую очередь подвержены представители профессий, связанных с непосредственной работой с людьми или высокой ответственностью за других (особенно если речь идет о жизни, здоровье и безопасности) [1, 2, 5, 9, 10, 12, 14].

Работа врача по определению требует значительных эмоциональных вложений, так как связана с общением с людьми и со всеми трудностями, которые из этого проистекают (негативные эмоции, перенос, переживания, конфликты) [1, 4, 5, 6, 9, 10, 13, 14].

Работа врача требует интеллектуальных и временных вложений в учебу и постоянное последипломное образование как в рамках курсов повышения квалификации, так и самостоятельно.

Работа врача зачастую связана со стрессами, ночными дежурствами, ненормированным рабочим днем [4, 5, 10, 13, 14].

Врачу необходим круг профессионального общения. И проблемы в отношениях с коллегами (изоляция, конфликты) врач, как правило, переживает тяжело, даже если и не осознает этого. Люди такой сложной профессии, как врач, очень подвержены изменениям настроения и мотивации к труду при конфликтах с коллегами и затруднениями в коммуникации с руководством.

Также в работе врача есть немало трудностей, связанных с ведением медицинской документации, что требует затрат времени и может быть источником конфликтов с руководством. Необходимость финансового обеспечения себя и семьи нередко входит в конфликт с профессиональными стремлениями врача [1, 4, 5, 8, 9, 12, 13, 14].

Все перечисленные факторы дамокловым мечом висят над головой каждого врача, угрожая ему развитием синдрома хронической усталости (СХУ), влекущее за собой

целый спектр психосоматических расстройств. Именно поэтому СЭВ является серьезной проблемой данной категории работающих людей.

СЭВ развивается постепенно в течение длительного периода времени. Он не наступает неожиданно, в одночасье. Если вы вовремя не будете обращать внимание на предупреждающие признаки выгорания, то он непременно наступит. Эти признаки вначале незаметны, но со временем все больше ухудшаются. Необходимо помнить о том, что ранние признаки СЭВ – своего рода красные флажки, подсказывающие вам, что что-то у вас не в порядке и необходимо принятие решения для предотвращения срыва. Если вы проигнорируете их, то в конечном итоге у вас наступит СЭВ [1, 2, 4, 6, 8, 9, 14].

Физические признаки СЭВ: чувство усталости, истощения, головокружение, изменение веса; снижение иммунитета, плохое самочувствие, чрезмерная потливость, дрожь; проблемы с аппетитом и сном, болезни ССС; частые головные боли, головокружение, боли в спине и мышцах.

Эмоциональные признаки СЭВ: чувство неудачи и неуверенность в себе, безразличие, изнеможение и усталость; чувство беспомощности и безнадежности, эмоциональное истощение, потеря идеалов и надежд, истерика; все чаще делается циничный и негативный прогноз, остальные люди становятся безликими и безразличными (дегуманизация); отрешенность, чувство одиночества, депрессия и чувство вины; снижение удовлетворения и чувства выполненного долга, душевные страдания; потеря мотивации и профессиональных перспектив, негативное восприятие своей профессиональной подготовки.

Поведенческие признаки СЭВ: уход от ответственности, импульсивное эмоциональное поведение; социальная самоизоляция; перенос своих неурядиц на других; выполнение отдельных работ требует больше времени, чем раньше; работа более 45 часов в неделю, недостаточная физическая нагрузка; использование пищи, наркотиков или алкоголя, чтобы справиться с проблемами [1, 4, 5, 8, 9, 10, 14].

Безусловно, только на основании перечисленных симптомов диагностировать СЭВ достаточно сложно – для этого разработаны специальные тесты, многие из которых можно найти в интернете и книгах по психодиагностике. В частности, вопросами психологии труда (и, соответственно, проблемой выгорания) занимался российский ученый Е. Климов. Есть и авторский тест – опросник В.Бойко, который позволяет определить эмоциональное выгорание. Он довольно громоздкий, и требует определенных временных затрат для выполнения, но возможность своевременно выявить такую серьезную проблему как СЭВ стоит всех усилий. [20,21].

Значимость изучения эмоционального выгорания продиктована его многокомпонентностью, которая проявляется в состоянии психофизиологического истощения, отчуждении и нарушении самосознания, обесценивании себя как профессионала. Чаще всего данный феномен возникает в связи с активным взаимодействием в работе с людьми, определяющейся как насыщенностью эмоциональной сферы, так и сложностью когнитивной стороны трудового процесса [20]. Такой сложный по своей структуре феномен как синдром эмоционального выгорания, неоднозначный в области интерпретации причин его возникновения и проявлений объясняет неугасающую актуальность данной темы для научно-исследовательского интереса.

Выводы. Стресс у работников здравоохранения оказывает негативное влияние на их профессиональную деятельность. И в первую очередь это связано с ошибками при назначении терапии (в назначении лекарственных средств, их дозировках, способах введения). Контроль уровня стресса и напряжения у врачей необходимы не только для сохранения

их собственного здоровья и благополучия, но и для обеспечения качества медицинской помощи и безопасности для пациента.

В последние годы в разных странах мира остро стоит вопрос необходимости разработки системы поощрения медиков к принятию ими более здорового образа жизни. Это позволит защитить от стресса, вызванного требованиями работы в медицинских структурах.

Литература

1. Агибалова Т.В. Синдром «эмоционального выгорания» / Агибалова Т.В., Козин В.А. // Независимость личности. – 2012. – Т.4, № 2(9). – С. – 33 – 41.
2. Емельянова А.А., Куташов В.А., Хабарова Т.Ю. [Телоретические основы изучения феномена эмоционального выгорания у врачей и среднего медицинского персонала](#) / А.А. Емельянова, В.А. Куташов, Т.Ю. Хабарова // [Центральный научный вестник](#). – 2017. – Т. 2, № 2 (19). – С. 23 – 26.
3. Валентина Беляева «Эмоциональное выгорание медицинских работников». Издательство: "LAP LambertAcademicPublishing", 2013. – 100с.
4. Вараева Н. В. «Программа профилактики эмоционального выгорания специалистов «Работа в радость»». Издательство: "ФЛИНТА", 2013. – 108с.
5. Винокур В.А. Клинико-психологические характеристики синдрома профессионального "выгорания" у врачей// Новые Санкт-Петербургские врачебные ведомости. - 2004. №1. - с. 73-75. 67
6. Водопьянова Н. Е. Профессиональное выгорание врачей стоматологов: [текст] / Н. Е. Водопьянова // Журнал Стоматолог, №7, - 2002.
7. Водопьянова Н. Е., Старченкова Е. С. Синдром выгорания: диагностика и профилактика [текст] / Н. Е. Водопьянова, Е. С. Старченкова // СПб.: Питер, 2008. - с. 109 - 113.
8. Водопьянова Н.Е. Профилактика и коррекция синдрома выгорания. - СПб: Изд-во С. - Петерб. ун-та, 2011. - 160 с. (С.104-106).
9. Водопьянова Н.Е. Синдром выгорания: диагностика и профилактика [Текст] / Н.Е. Водопьянова, Е.С. Старченкова. – СПб.: Питер. - 2008. - 338с.
10. Водопьянова Н.Е. Синдром психического выгорания в коммуникативных профессиях // Психология здоровья / под ред. Г.С. Никифорова. СПб.: Изд-во СПбГУ, 2000. С. 443-463.
11. Водопьянова Н.Е., Старченкова Е.С. Синдром выгорания: диагностика и профилактика. 2-е изд. СПб.: Питер, 2008. 338 с. 18 Воронина Т.А. Роль медицинской сестры // Сестринское дело. - 2004. –
12. Грабе М. Синдром выгорания - болезнь нашего времени. Почему люди выгорают и что можно против этого предпринять. Пер. с нем. – СПб.: Речь, 2008
13. Захаров О.П., Куташов В.А., Ульянова О.В. Прогнозирование распространенности и качества жизни пациентов с психическими расстройствами на основе математического моделирования / О.П. Захаров, В.А. Куташов, О.В. Ульянова // Центральный научный вестник. – 2016. – Т. 1, №17. – С. 10–12.
14. Куташов В.А. Аналитическое исследование синдрома эмоционального выгорания / Куташов В.А. // Системный анализ и управление биомедицинских системах. – 2015. – Т.14, №2. – С. 295 – 299.
15. Оценка функционального состояния сердечно – сосудистой системы у здоровых добровольцев в 520 суточном эксперименте / Судаков О.В. [и др.] // Кардиоваскулярная терапия и профилактика – 2015. – Т.14, № 1. С. 48.

16. Скугаревская М.М. Синдром эмоционального выгорания // Медицинские новости. — 2002. — №7. — С. 3–9.
17. Ульянова О.В., Куташов В.А., Скороходов А.П., Дудина А.А. [Синдром эмоционального выгорания у врачей неврологов](#) / О.В. Ульянова, В.А. Куташов, А.П. Скороходов, А.А. Дудина // [Прикладные информационные аспекты медицины](#). — 2016. — Т. 19, № 1. — С. 119 – 123
18. Ульянова О.В., Куташов В.А. Принципы организации питания пациентов неврологического и психосоматического профиля / О.В. Ульянова, В.А. Куташов // Кардиоваскулярная терапия и профилактика— 2016. — спец. выпуск, № 15. — С. 163 – 164
19. Швецова Е.Ю. Пути повышения эффективности терапии тревожных расстройств в практике невролога / Е.Ю. Швецова, В.А. Куташов // [Центральный научный вестник](#). — 2016. — Т. 1, № 1(1). — С. 28 – 31.
20. Чутко Л.С. Синдром эмоционального выгорания. Клинические и психологические аспекты. / Чутко Л.С., Козина Н.В. М. — Москва: МЕДпрессинформ, 2013. — 256 с
21. Baggio M.A., Formaggio F.M. Nursing professionals: understanding self-care. Rev Gaúcha de Enferm. 2007, 28 (2), 233.
22. Oliveira L.C.B., Chaves-Maia E.M. The psychic wellbeing of health personnel working in public hospitals. Rev. Saude Publica. 2008, p. 405–413.
23. Tsai Y.C., Liu C.H. Factors and symptoms associated with work stress and health-promoting lifestyles among hospital staff: a pilot study in Taiwan. BMC Health Serv Res. 2012, 12, 199.

УДК: 616.857-06:616.831-005.8-036.1

НОВЫЙ, РЕВОЛЮЦИОННЫЙ ПОДХОД ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ ПРИСТУПА МИГРЕНИ – АНТАГОНИСТЫ РЕЦЕПТОРОВ CGRP (ГЕПАНТЫ)

Ядгаров И.С., Абдукадирова Д.Т., Абдуллаева Л.И., Касимова С.А.

Андижанский государственный медицинский институт

Ключевые слова: приступы мигрени, гепанты, лечения мигрени.

Исследования последних трех десятилетий показали, что мигрень связана с повышенной чувствительностью к пептиду, связанному с геном нейропептида кальцитонина (neuropeptide calcitonin gene-related peptide — CGRP). Выявлено, что CGRP тесно связан на молекулярном уровне с каскадом патогенетических событий, которые приводят к приступу мигрени, что в свою очередь легло в основу нового патогенетического лечения (Азимова Ю., 2014; Дубенко О., 2013; Табеева Г.Р., 2018; Durhman P., 2006; Burstein R. 2015; Edvinsson L, Warfvinge K. 2019; Silberstein S. D., Lipton R. B., Dodick D. W. 2019; Viana M., 2019; и др.).

Во время приступа мигрени именно из окончаний тройничного нерва (который является главным источником CGRP) выделяется множество активных воспалительных белков (пептидов). Одним из основных активных пептидов является CGRP. CGRP вызывает асептическое нейрогенное воспаление, приводящее к активации и сенсилизации окончаний тригеминальных чувствительных афферентных волокон, иннервирующих ткани мозга, в том числе оболочки мозга и их крупные сосуды, что является ключевым механизмом развития мигрени (Villalon C., Olesen J., 2009; Parikh S., Silberstein A., 2011; Nosedá R., Burstein R., 2016).

Патофизиологический механизм действия гепантов при купировании приступов мигрени и других видов первичных ГБ направлен на блокирование рецепторов CGRP и, «блокируя» воспалительный пептид CGRP, при этом не вызывая сужения сосудов. Поэтому гепанты считаются патогенетически малоопасными для людей с сердечно-сосудистыми или церебро-васкулярными заболеваниями (в отличие от триптанов).

Исходя из этого, было сделано заключение, что:

- 1) CGRP может играть важную роль в патофизиологии мигрени;
- 2) блокада рецепторов CGRP может способствовать профилактике мигрени;
- 3) CGRP является основой нового вида патогенетического лечения острого приступа мигрени (Goadsby P., Holland P., Martins-Oliveira M et al. 2017; Storer R., Akerman S., Goadsby P. 2004; Edvinsson S., Warfvinge K., 2019; Loder E., Tfelt-Hansen P., 2019).

Показания к применению гепантов при мигрени:

- пациенты, безуспешно принимавшие нестероидные противовоспалительные средства, препараты триптанового ряда;
- пациенты, которые не переносят триптаны;
- пациенты со значительными сердечными или церебро-васкулярными факторами риска (Negro A., Martelletto P., 2019; Dodick D., Lipton R., Ailari J., 2020; Hong P., Tan T., Xiao J., 2020 и др).

Следует также отметить, что в последние 30 лет в мигренологии не было новых средств в abortивной терапии острых приступов мигрени. Суматриптан — первый триптан, одобренный в США для купирования приступа мигрени в 1992 г.

В течение последних лет исследуется эффективность ряда антагонистов рецепторов CGRP (называемых гепантами) при острой мигрени, включая олцегепант (BIBN4096BS), телкагепант (MK-0974), (MK-3207), (BI-44370 TA), римегепант (BMS-927711) и уброгепант (MK-1602) (Negro A., Martelletti P., 2019; Xu F., Sun W., 2019; Chan T., Cowan R., 2020). Согласно предыдущим исследованиям (Lipton R., Coric V., Stock, et al., 2019; Xu F., Sun W., 2019), олцегепант и BI-44370 и другие гепанты первого поколения обладают хорошей эффективностью против мигрени, но относительно высоко токсичны, что ограничивает их клиническое применение.

В последние два года разработаны два негепатотоксичных ингибитора CGRP, уброгепант (Ubrovelvy) и римегепант (Nurtec ODT), которые дополнили список средств для купирования приступа мигрени. В настоящее время римегепант и уброгепант (гепанты второго поколения) являются единственными средствами для купирования приступов мигрени, которые могут в конечном итоге заменить триптаны и анальгетики, которые часто назначают пациентам с острой мигренью. Каждый из двух препаратов CGRP имеет одинаковую эффективность, безопасность и переносимость.

Можно предположить, что развитие оральных гепантов (gepants), в том числе уброгепантов и римегепантов, может представлять собой революционный шаг вперед в лечении приступов головной боли при мигрени и может стать новым стандартом терапии при лечении этого тяжелого состояния. Это эпоха надежд.