



УКРАЇНА

(19) **UA** (11) **44696** (13) **U**
(51) МПК (2009)
A61K 36/00

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИ

ДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ

ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

видається під
відповідальність
власника
патенту

(54) СПОСІБ ЛІКУВАННЯ СОМАТИЗОВАНИХ ДЕПРЕСИВНИХ РОЗЛАДІВ У ПІДЛІТКІВ

1

(21) u200904719

(22) 13.05.2009

(24) 12.10.2009

(46) 12.10.2009, Бюл.№ 19, 2009 р.

(72) ВИСОЧИН ЄВГЕН ВІКТОРОВИЧ, РАЧКАУС-КАС ГЕННАДІЙ СТАСИСОВИЧ, ФРОЛОВ ВАЛЕРІЙ МИТРОФАНОВИЧ, АНДРОСОВ ЄВГЕН ДМИТРОВИЧ

(73) ВИСОЧИН ЄВГЕН ВІКТОРОВИЧ, РАЧКАУС-КАС ГЕННАДІЙ СТАСИСОВИЧ, ФРОЛОВ ВАЛЕРІЙ МИТРОФАНОВИЧ, АНДРОСОВ ЄВГЕН ДМИТРОВИЧ

(57) 1. Спосіб лікування соматизованих депресивних розладів у підлітків, що включає введення ан-

2

тидепресантів та седативних засобів рослинного походження, який **відрізняється** тим, що як антидепресант вводять сертраллофт, а як седативний засіб - релаксил.

2. Спосіб за п. 1, який **відрізняється** тим, що сертраллофт вводять усередину 2 рази на добу зранку та ввечері по 1 таблетці (0,025 г) протягом 25-30 діб поспіль, в залежності від досягнутого ефекту.

3. Спосіб за пп. 1, 2, який **відрізняється** тим, що релаксил вводять усередину 3 рази на добу зранку та вдень по 1 капсулі (0,175 г) та ввечері 2 капсули (0,35 г) протягом 25-30 діб поспіль, в залежності від досягнутого ефекту.

Корисна модель відноситься до галузі медицини, а саме до клінічної психіатрії.

Актуальність предмету корисної моделі пов'язана зі значною розповсюдженістю в сучасних умовах захворюваності на соматизовані депресивні розлади (СДР), поперед усього серед осіб підліткового віку та недостатньою ефективністю існуючих у теперішній час способів лікування та профілактики даного захворювання. Тому СДР у підлітків, як правило, мають хронічний перебіг та характеризуються частими рецидивами, що значно обмежує навчальні здатності пацієнтів та обумовлює падіння розумової продуктивності, а також сприяє подальшій хроніфікації процесу та інвалідизації у зрілому віці. Тому потрібна подальша розробка досить ефективних способів лікування та профілактики рецидивів СДР, що має суттєве значення для клінічної психіатрії.

Існує спосіб лікування СДР у підлітків, коли пацієнтам вводяться препарати із групи трициклічних антидепресантів (ТЦА) (анафраніл, іміпрамін) у середньотерапевтичних дозах та похідні бензодіазепінів (хлордіазепоксид, діазепам) у середньотерапевтичних дозах курсами по 6-8 тижнів [В.Д. Тополянський, М.В. Струковская Психосоматические расстройства (Руководство для врачей). - М.: Медицина, 1986. - 384 с].

Проте, цей спосіб не є ефективним внаслідок швидкого формування резистентності до психо-

фармакотерапії та великої кількості побічної дії, що виникає на тлі холінолітичної дії ТЦА.

Існує також спосіб лікування СДР у підлітків шляхом введення хворим у маніфестному періоді та періоді загострення антидепресантів із групи ТЦА (амітриптіліну, іміпраміну) та у якості анксиолітиків похідних бензодіазепінів (феназепаму, хлордіазепоксиду) у середньотерапевтичних дозах [Детская психиатрия: Учебник / Под. ред. Э.Г. Эйдемиллера. - СПб.: Питер, 2005. - 1120 с].

Однак цей спосіб також недостатньо ефективний і не забезпечує чітко вираженого терапевтичного ефекту у значної кількості хворих, особливо при помірних та тяжких формах захворювання, а також не сприяє формуванню якісних ремісій

Цей спосіб більш ефективний, ніж попередній, однак при його використанні в більшості випадків відмічається лише зменшення тяжкості перебігу рецидивів СДР, хоча вони все ж таки виникають.

Тому було запропоновано вводити хворим у періоді загострення антидепресант коаксил та в якості седативного засобу рослинного походження резерпін [Ю.Ф. Антропов, С.В. Бельмер Соматизация психических расстройств в детском возрасте. - М.: Медпрактика - М, 2005. - 444 с]. Цей спосіб найбільш ефективний з існуючих і тому обраний в якості прототипу.

До недоліків прототипу відноситься те, що тривале використання коаксилу призводить до

(13) **U**

(11) **44696**

(19) **UA**

швидкої появи резистентності, а надмірне використання похідних раувольфії зміної протягом тривалого часу може проводити до посилення депресивно-ажитованих станів та появи суїцидальних тенденцій. Тому потрібне подальше удосконалення існуючого способу лікування СДР в підлітковому віці.

Задачею корисної моделі було удосконалення існуючого способу лікування СДР у підлітків, а саме підвищення ефективності способу в плані більш швидкої редукції депресивної симптоматики та водночас формування стійких якісних ремісій.

Реалізація вказаної задачі досягається шляхом введення підліткам, які хворіють на СДР додатково у якості антидепресанту сертралофту та сучасного препарату рослинного походження релаксилу, який володіє седативною та снодійною дією.

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 22-36г; фармакотерапевтичний ефект препарату виявляється через 7 днів після початку лікування; досягаючи максимуму через 2-3 тижні. Вживання їжі істотно не впливає на біодоступність препарату. Сертралін і його неактивні метаболіти 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 [дивись, наприклад, джерело: Сертралофт: інструкція для клінічного застосування препарату / Затверджена наказом МОЗ України № 106 від 14.03.05 року].

Релаксил - капсули, з вмістом у кожній з них 0,8% сухого водно-спиртового екстракту валеріани 0,125г, м'яти перцевої екстракту сухого 0,025г, меліси лікарської екстракту сухого 0,025г. 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. Дані речовини знижують збудженість центральної нервової системи, мають седативну та деяку спазмолітичну дію. Не виявляють негативної дії на спонтанну рухову активність, відчуття, ноцицепцію та температуру тіла. Активний седативний компонент (валепотріатна фракція) виявляє седативно-анксіолітичну, протисудомну дію, помірний позитивний інотропний та негативний хронотропний ефект на міокард. Терапевтична активність м'яти 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, протиспастичну, спазмолітичну, седативну, протизапальну, бактерицидну, протипухлинну, стимулюючу дію на шлунково-кишковий тракт, посилюють роботу серця, матки, головного мозку (покращує метаболічні процеси головного мозку) [дивись, наприклад, джерело: Виноградова Т.А. и др. Полная энциклопедия практической фитотерапии / Т.А. Виноградова, Б.Н. Гажев., В.М. Виноградов, В.К. Мартынов. - М.: Олма-Пресс, СПб., 1998. - 638 с]. 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 NO5CM50].

Раніше сертралофт у якості антидепресанту та релаксил - седативного засобу при лікуванні підлітків, що хворіють на СДР не використовувалися.

Наша пропозиція щодо використання в якості антидепресанту сертралофту та у якості седативного препарату - релаксилу у хворих на СДР підлітків базується на вперше встановленій авторами закономірності, що введення комбінації сертралофту та релаксилу не лише обумовлює більш швидку редукцію депресивної симптоматики та сприяє формуванню стійких якісних ремісій, але й є безпечним при тривалому використанні препаратів.

Авторами корисної моделі було також встановлено, що оптимальною є схема введення сертралофту усередину 2 рази на добу зранку та ввечері по 1 таблетці (0,025г) протягом 25-30 діб поспіль, в залежності від досягнутого ефекту та релаксилу усередину 3 рази на добу зранку та вдень по 1 капсулі (0,175г) та ввечері по 2 капсули (0,35г) протягом 25-30 діб поспіль, в залежності від досягнутого ефекту.

Авторами корисної моделі було встановлено, що саме ця схема введення сертралофту та релаксилу забезпечує максимальний позитивний ефект в плані редукції депресивної симптоматики та формування стійких якісних ремісій, тому вказана схема введення комбінації сертралофту та релаксилу є здобутком інтелектуальної праці і повинна входити до предмету корисної моделі.

Заявлений спосіб здійснюється таким чином. Хворому підлітку на СДР, який підлягає лікуванню, виходячи з даних попереднього психопатологічного обстеження, вводять сертралофт усередину 2 рази на добу зранку та ввечері по 1 таблетці (0,025г) протягом 25-30 діб поспіль, в залежності від досягнутого ефекту та релаксилу усередину 3 рази на добу зранку та вдень по 1 капсулі (0,175г) та ввечері по 2 капсули (0,35г) протягом 25-30 діб поспіль, в залежності від досягнутого ефекту.

В якості контролю ефективності заявленого способу використовують наступні психометричні шкали: госпітальна шкала тривоги і депресії (HADS), шкала Гамільтона для оцінки депресії

(HDRS), а також шкала Монтгомері-Асберг для оцінки депресії (MADRS).

При розробці корисної моделі авторами було обстежено 2 групи хворих на СДР у віці від 14 до 17 років. Основна група (55 осіб) отримувала антидепресивну та седативну терапію за допомогою заявленого способу, група зіставлення (50 осіб) - за допомогою відомого способу-прототипу. Обидві групи хворих на СДР, що знаходилися під наглядом, були рандомізовані за віком та статтю хворих, а також ступенем вираженості депресії. В обох групах переважали пацієнти з середнім сту-

пенем важкості депресивних розладів без наявності соматичної симптоматики та психотичних проявів (F 32.11 або F 33.11 стосовно МКХ-10).

До початку проведення лікування в обох групах обстежених пацієнтів спостерігалися зниження настрою, почуття провини, ангедонія, стомлюваність, порушення уваги, збудження, загальмованість, безсоння, сонливість, зниження апетиту, зниження ваги, підвищення апетиту, 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		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±4,1	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 пацієнтів основної групи відносно групи зіставлення не мали вірогідної різниці ($P>0,1$), що свідчить про однакову вираженість основних депресивних проявів в обох групах, 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 у підлітків, хворих на СДР, до початку лікування згідно із психометричними шкалами.

Психометрична шкала	Норма (бали)	Групи хворих		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

Продовження таблиці 2

Примітки: в таблиці 2,4 стовпчик Р 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.

При цьому не було встановлено вірогідної різниці між відповідними показниками у хворих основної групи та групи зіставлення ($P > 0,1$), що свідчи-

ло 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 проведення лікування у основної групи пацієнтів 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		Р
	Основна (n=55)	Зіставлення (n=50)	
зниження настрою	8/14,5±3,5	10/20,0±4,5	<0,05
почуття провини	4/7,2±0,9	8/16,0±4,4	<0,05
ангедонія	6/10,9±1,5	9/18,0±4,1	<0,05
стомлюваність	3/5,4±0,4	9/18,0±2,7	<0,05
порушення уваги	6/10,9±1,5	13/26,0±2,9	<0,05
збудження	2/3,6±0,3	11/22,0±2,5	=0,05
загальмованість	4/7,2±0,9	8/16,0±4,0	<0,05
безсоння	1/1,8±0,2	4/8,0±2,3	>0,01
сонливість	2/3,6±0,8	8/16,0±2,5	=0,01
зниження апетиту	4/7,2±0,9	6/12,0±1,9	<0,05
зниження ваги	3/5,4±0,4	9/18,0±1,8	<0,05
підвищення апетиту	5/9,0±1,6	13/26,0±2,0	<0,05
підвищення ваги	3/5,4±0,4	9/18,0±2,1	=0,05
суїцидальні думки	0/0	2/4,0±0,9	<0,05
суїцидальні спроби	0/0	1/2,0±0,9	>0,01
іпохондрія	3/5,4±0,4	4/8,0±0,8	=0,01
соціальна відгородженість	2/3,6±0,3	4/8,0±1,0	<0,05
маячні ідеї самопригнічення та самознищення	1/1,8±0,2	3/6,0±0,7	<0,05

Примітки: Р відображає ймовірність різниці між показниками в основній групі й групі зіставлення.

З таблиці 3 видно, що у хворих групи зіставлення частота виявлення психопатологічних проявів як і у основної групи також зменшувалася, однак була значно вище за аналогічні показники у хворих основної групи. Після проведеного лікування у хворих обох груп також наголошувалося значне поліпшення соматичного стану, яке було більш виражене в основній групі хворих, що лікувалося за допомогою заявленого способу. У пацієнтів групи зіставлення після лікування утримувались сла-

бкість, швидка стомлюваність, головний біль, відчуття утрудненого дихання, тахіпное, прискорене серцебиття, схуднення, закрепи або проноси.

При повторному вивченні стану хворих після завершення курсу лікування, тобто на 25-30 день з початку терапії було встановлено, що в основній групі, яка лікувалася за допомогою заявленого способу практично усі показники, стосовно психометричних шкал, нормалізувалися (таблиця 4).

Таблиця 4

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

Психометрична шкала	Норма (бали)	Групи хворих		Р
		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 у відповідності до заявленого способу 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 відомого способу лікування (прототипу) 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.

Таким чином, отримані дані свідчать про переваги заявленого способу лікування СДР у підлітків відносно відомого способу-прототипу, оскільки заявлений спосіб сприяє практично повній та більш швидкій нормалізації стану пацієнтів, в той час як при використанні відомого способу-прототипу позитивна динаміка вказаних показників менш значуща, та повної їх нормалізації не відмічається.

Приводимо конкретні приклади використання заявленого способу.

Приклад 1.

Хворий Д., 14 років, учень десятого класу середньої школи. Захворів гостро, після значних психоемоційних навантажень (смерть матері). Був обстежений в умовах обласної психоневрологічної лікарні. Встановлено наявність у нього депресивного епізоду середнього ступеня із наявністю соматичних симптомів, тобто F 32.11 стосовно МКХ-10. Упродовж тривалого часу хворий отримувал лікування коаксилем по 0,0125г 3 рази на добу, але епізод депресії мав тенденцію до тривалого перебігу із хроніфікацією психопатологічних проявів, та включенням в клінічну картину явищ ажитованої депресії. Показники депресивного стану коливалися від 9 до 11 балів за шкалою HADS, 10-12 - за шкалою HDRS, та 21-24 балів за шкалою MADRS.

У зв'язку з цим хворому Д. було призначено у відповідності до заявленого способу введення сертралофту усередину 2 рази на добу зранку та ввечері по 1 таблетці (0,025г) протягом 30 днів поспіль та релаксилу усередину 3 рази на добу зранку та вдень по 1 капсулі (0,175г) та ввечері 2 капсули (0,35г) протягом 30 днів поспіль.

На 20-й день терапії показники депресивного стану дорівнювали 9 балам за шкалою HADS, 9 - за шкалою HDRS, та 17 балам за шкалою MADRS. На 30-й день терапії за допомогою запропонованого засобу вищеперелічені показники дорівнювали 6 балів за шкалою HADS, 7 балів - HDRS та 14 балів за шкалою MADRS, що в цілому було характерним для нормального емоційного стану.

Ніяких побічних ефектів від призначення стосовно заявленого способу сертралофту та релаксилу не було виявлено. Отже, отримані дані свідчать про досягнення у хворого Д. задачі корисної моделі, тобто нормалізації емоційного стану хворого та редукції соматичної симптоматики.

Приклад 2.

Хворий Х., 17 років, студент першого курсу медичного університету. Протягом останнього року хворіє на рекурентний депресивний розлад (F 33.11 стосовно МКХ-10), двічі лікувався амбулаторно у психоневрологічній лікарні. Захворювання розвивалося поступово, на тлі хронічного стресу (конфліктна ситуація в родині, пов'язана із наркоманією батька). Отримувал загальноприйнятну терапію антидепресантами (коаксил в дозі 0,0125г 3 рази на добу). Призначена терапія на протязі тривалого часу не мала значного терапевтичного ефекту. У зв'язку з чим показники депресивного стану коливалися від 12 до 14 балів за шкалою HADS, 11-13 - за шкалою HDRS, та 22-25 балів за шкалою MADRS.

Виходячи з неефективності терапії, що проводилася, хворому К. було призначено лікування за допомогою заявленого авторами корисної моделі способу, а саме введення сертралофту усередину 2 рази на добу зранку та ввечері по 1 таблетці (0,025г) протягом 30 днів поспіль та релаксилу усередину 3 рази на добу зранку та вдень по 1 капсулі (0,175 г) та ввечері 2 капсули (0,35 г) протягом 30 днів поспіль.

На 20-й день терапії показники депресивного стану дорівнювали 9 балам за шкалою HADS, 10 - за шкалою HDRS, та 19 балам за шкалою MADRS. На 30-й день терапії за допомогою запропонованого засобу вище перелічені показники дорівнювали

6 балів за шкалою HADS, 6 балів - HRDS та 13 балів за шкалою MADRS, що в цілому було характерним для нормального емоційного стану.

Побічних ефектів від призначення стосовно заявленого способу сертралофту та релаксилу не було виявлено. Таким чином, отримані дані свідчать про досягнення у хворого К. задачі корисної моделі, тобто нормалізації емоційного стану хворого.

Отже, отримані дані свідчать, що застосування заявленого способу лікування СДР у підлітків корисне, оскільки воно сприяє найбільш швидкій редукції психопатологічної симптоматики та формуванню якісних та стійких ремісій. Заявлений

спосіб має суттєві переваги відносно відомого способу-прототипу. Наш клінічний досвід показує, що введення комбінації сертралофту та релаксилу добре переноситься підлітками.

Виходячи з отриманих даних, можна вважати, що заявлений спосіб корисний, має суттєві переваги стосовно відомого способу-прототипу. Він не потребує дефіцитних або коштовних ліків. Сертралофт та релаксил - вітчизняні препарати, які є в достатній кількості в аптечних мережах України. Виходячи з цього, можна рекомендувати заявлений спосіб для поширеного використання в умовах психоневрологічних відділень, лікарень та диспансерів.