

## 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 подростках 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 sertralofit 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 sertralofit 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, sertralofit, 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-

тя втомі, загальної слабкості, нездужання, підвищеної фізичної і інтелектуальної стомлюваності. Для цих пацієнтів характерна також надмірна заклопотаність з приводу виконання своєї роботи, боязнь не встигнути завершити її до встановленого терміну, безсоння, дифузні головні болі, зниження загального емоційного тону тощо [5, 14-16].

Важливим аспектом проблеми є також те, що поряд з посилюванням клінічних проявів СПЕВ, знижуються показники імунітету і природної антиінфекційної резистентності. У клінічному плані це обумовлює значне почастищення захворюваності таких хворих на ГРВІ, повторні ангіни, формування хронічної патології гепатобіліарної системи (ГБС) та ЛОР-органів [1]. Найчастіше СПЕВ виникає у менеджерів, торгових агентів, вчителів, викладачів коледжів, лікарів і медичних сестер психіатричних клінік, соціальних працівників і осіб інших професій, пов'язаних з постійним спілкуванням із значною кількістю людей; останнім часом з'явилися повідомлення про нерідку наявність СПЕВ у працівників правоохоронних органів і пенітенціарної системи [3, 14, 15, 17, 19, 23].

Не зважаючи на значну кількість робіт, присвячених синдрому вигорання в науковій літературі [3, 5, ] і розробці підходів до його діагностики, проблема патогенезу і лікування СПЕВ залишається відкритою. У більшості публікацій приводяться лише загальні рекомендації, що стосуються необхідності проведення психологічного тренінгу, психотерапії і використання методів аутогенного тренування [5, 23]. При цьому повідомляється, що психологічні методи ефективні на ранніх стадіях СПЕВ, тоді як переважна більшість хворих з даною патологією звертаються до лікаря вже в розгорненій стадії синдрому вигорання, коли у них виявляються психосоматичні порушення з астено-невротичною або астено-депресивною симптоматикою на тлі вторинного імунодефіциту II - III ступеня [1, 19]. Тому в терапії межових патологічних станів, зокрема СПЕВ, необхідним є використання сучасних імуноактивних препаратів, які не лише сприяють відновленню імунітету в таких пацієнтів, але й також забезпечують покращення їхнього психоемоційного стану [23]. При лікуванні хворих на СПЕВ, який є хронічним процесом зі

схильністю до рецидивуючого перебігу, необхідно проведення тривалого прийому лікарських засобів, в тому числі повторними курсами [5, 15]. Тому ми вважаємо, що найбільш перспективним в терапії СПЕВ можуть бути препарати рослинного походження внаслідок їхньої відносно низької токсичності у порівнянні з синтетичними ліками, особливо антидепресантами [4, 21], наявності імуноактивних властивостей, а також чітко вираженою адаптогенною дією, яка характерна саме для фітопрепаратів [6, 22]. В цьому плані нашу увагу привернув сучасний комбінований фітозасіб алфагін, показаннями для застосування якого є астеничні прояви та астеничний синдром [2].

Фітозасіб алфагін затверджений Наказом МОЗ України №417 від 23.07.2007 р. в якості лікарського препарату, зареєстрований в Україні та дозволений до клінічного застосування (реєстраційне посвідчення № UA/6713/01/01). До складу фітопрепарату алфагіну входять екстракти коріння женьшеню, плодів ембліки лікарської, стебел та листя люцерни посівної, насіння пажитника грецького, коріння елеутерококка колючого [2]. До складу коріню женьшеню (*Rad. Panax ginseng*) входять тритерпенові глікозиди (панаксозиди), які за хімічним складом відносяться до тетрациклических тритерпенів даммаранового ряду, що обумовлюють тонізуючу дію, стимулюють синтез білків, знижують рівень цукру у крові, підвищують розумову та фізичну активність [4, 24]. Препарати з женьшеню володіють стимулюючим, адаптогеним, тонізуючим та загальнозміцнюючим ефектами.

Плоди ембліки лікарської (*Fruct. Emblicae officinalis*) містять в значній кількості аскорбінову та нікотинову кислоти, а також каротин, рибофлавін, тіамін, метіонін, триптофан, залізо, фосфор, кальцій; крім того, у м'якуші плодів багато флавоноїдів, дубильних речовин і пектину. Препарати з ембліки лікарської застосовують як стимулятор травлення, а також з метою сповільнення процесів старіння, подолання депресивних станів, підсилення антиінфекційних спроможностей сироватки крові та шкіри [24, 25].

У стеблах та листях люцерни посівної (*Hb. Medicago sativa*) містяться сапонозиди, циклічні сполуки, фітоестрогени (геністеїн, куместрол), амінокислоти, таніни, ненасичені жирні кислоти, віта-

міни А та С, кальцій, фосфор, залізо. Засоби з люцерни посівної підвищують апетит, стимулюють життєздатність, володіють сечогінним ефектом, що обумовлює дезінтоксикаційну дію [24, 25].

Насіння пажитника грецького (*Fruct. Trigonella foenum-graecum*) містить стероїдні глікозиди (сапогеніни), холестерин, холін, дубильні речовини, нуклеопротейни, ефірні масла, алкалоїди (тригонелін), жирне масло, слизисті речовини [18]. Пажитник грецький володіє зміцнюючою, протизапальною, кардіотонізуючою, сечогінною та гіпотензивною діями [4, 24].

Корінь елеутерококку колючого (*Rad. Eleutherococci senticosus*) містить полісахариди, що мають імуностимулюючу дію, елеутерозиди (даукостерол, глікозид кумарину, сирінгарезитенол), сапоніни, гетероглікани (елеутерани) [6]. Завдяки наявності елеутерозидів засоби з елеутерококку колючого стимулюють розумову та фізичну працездатність, стійкість до неблагоприятних чинників довкілля, підвищують гостроту зору, покращують обмін речовин, оказують помірно виражений стимулюючий гонадотропний та гіпоглікемічний ефекти, володіють адаптогенною дією [18, 25].

Раніше нами вже була досліджена ефективність алфагіну при СПЕВ [8]. При цьому було встановлено, що включення до терапевтичного комплексу у хворих на СПЕВ комбінованого фітозасобу алфагіну сприяє покращенню загального стану хворих, зменшенню в них астеничних, невротичних та депресивних проявів [7-12]. В імунологічному плані призначення алфагіну сприяє підвищенню функціональної спроможностей активності системи фагоцитуючих макрофагів [8], нормалізації показників клітинної ланки імунітету [11] та концентрації у крові циркулюючих імунних комплексів [9]. Виявлено позитивний вплив алфагіну на деякі біохімічні показники, зокрема на рівень ліпопероксидації [10] та стан системи глутатіону [12]. Встановлений також позитивний вплив алфагіну на показники мікрогемоциркуляції у хворих на СПЕВ [7]. Отже, ми вважаємо актуальним подальше дослідження ефективності алфагіну з урахуванням його впливу на показники цитокінового профілю крові, зокрема на динаміку прозапальних цитокінів.

**Зв'язок роботи з науковими програмами, планами,**

**темами:** робота є фрагментом теми комплексної науково-дослідницької роботи Медичного інституту асоціації народної медицини України (Київ), Луганського державного медичного університету та Луганського інституту праці і соціальних технологій "Синдром психоемоційного вигорання: іммунопатогенез, лікування, медична і соціальна реабілітація" (№ держреєстрації 0104U003267).

**Метою** роботи було оцінка ефективності засобу рослинного походження алфагіну в лікуванні хворих на СПЕВ, сполучений з хронічною патологією ГБС, та його вплив на динаміку прозапальних цитокінів.

#### **Матеріали та методи дослідження**

Під наглядом знаходилося 67 хворих на СПЕВ з наявністю хронічної патології ГБС - 30 чоловіків (44,8%) та 37 жінок (55,2%) у віці від 20 до 59 років. Серед обстежених в якості фонові патології діагностовано стеатозу печінки встановлений у 34 (50,7%) хворих, неалкогольного стеатогепатиту - у 33 (49,3%), при цьому у всіх пацієнтів даної групи за результатами клініко-інструментального дослідження (сонографія органів черевної порожнини, багатофракційне дуоденальне зондування) виявлений ХНХ. Клінічна картина хронічної патології ГБС була типовою [22]; у більшості обстежених виявлені захворювання знаходилися у фазі помірного загострення або неповної ремісії. Теоретико-методологічну основу дослідження склали концепції професійного вигорання в професіях системи "людина - людина" згідно загальноприйнятих методик [5]. За даними анамнезу тривалість захворювання у обстежених складала від 1,5 до 4,5 років з поступовим погіршенням психоемоційного стану.

Обстежені пацієнти були розподілені на дві групи - основну (33 особи) та групу зіставлення (34 хворих), що були рандомізовані за віком, статтю, терміном розвитку СПЕВ. Хворі основної групи в комплексі лікування отримували сучасний комбінований фітопрепарат алфагін по 2 капсули 2 рази на день після вживання їжі протягом 30-40 діб поспіль, пацієнти групи зіставлення лікувалися лише за допомогою загальноприйнятої терапії (полівітаміни, загальнозміцнюючі засоби).

Визначення рівня прозапальних цитокінів (IL-1 $\beta$ , IL-2, ФНП $\alpha$ ,

IL-6) у крові проводилося за допомогою ІФА на лабораторному обладнанні виробництва фірми Sanofi Diagnostics Pasteur (Франція), в тому числі на імуноферментному аналізаторі PR 2100 на базі імунологічної лабораторії Луганського обласного центру по боротьбі та профілактиці СНІД. Концентрацію ЦК у крові визначали за допомогою сертифікованих в Україні реагентів виробництва ТОВ "Протеиновый контур" (ProCon) (РФ - СПб) [20].

Статистичну обробку одержаних результатів досліджень здійснювали на персональному комп'ютері AMD Athlon 3600 за допомогою дисперсійного аналізу з використанням пакетів ліцензійних програм Microsoft Office 2000, Stadia 6.1/prof і Statistica, при цьому враховували основні принципи використання статистичних методів у медико-біологічних дослідженнях [13].

#### Отримані результати та їх обговорення

При клінічному обстеженні хворих на СПЕВ до початку проведення лікування було встановлено, що найбільш типовими скаргами були виражена загальна слабкість, нездужання, дифузний головний біль тиснучого або невизначеного характеру без їх чіткої локалізації, що істотно посилювалися при розумовому навантаженні професійного характеру, напруження м'язів шиї і спини, яке поєднувалося з відчуттям їх скутості, зниження апетиту, а у окремих пацієнтів, навпаки, його різке підвищення, що граничить з булімією, порушення сну у вигляді пізнього засипання, раннього просинання, поверхневого нічного сну з частими пробудженнями і кошмарними сновидіннями з відсутністю відчуття утрішньої свіжості і повноцінного нічного відпочинку. У частини пацієнтів, що спостерігалися нами, відзначалося часткове або повне перекидання формули сну у вигляді безсоння в нічний час і підвищеної сонливості вдень, особливо в період виконання пацієнтами своїх професійних обов'язків.

Серед основних нервово-психічних проявів в обстежених були недолік емоцій, песимізм, цинізм і черствість в роботі та особистому житті, байдужість і втома, відчуття фрустрації і безпорадності, безнадійність, дратівливість, агресивність, тривога, посилення ірраціонального занепокоєння, нездатність зосередитися, депресія, відчуття провини, втрата сподівань як особис-

того так і професійного характеру, що вважають характерним для СПЕВ [19,23]. Практично у всіх обстежених з діагнозом СПЕВ мала місце зниження фізичної і розумової, перш за все професійної працездатності, падіння ефективності трудового процесу і якості праці. Таким чином, у хворих зі СПЕВ відмічалися психологічні прояви астено-невротичного або астено-депресивного регістрів. Крім того, обстежених пацієнтів турбували тяжкість в правому підребер'ї, гіркота або металевий присмак у роті; при об'єктивному обстеженні нерідко також відмічалася субіктеричність або блакитний відтінок склер, пальмарна еритема, обкладеність язика брудним білим або жовтуватим нальотом, помірно виражене збільшення печінки, слабо позитивний симптом Кера, рідкіше - Ортнера.

При проведенні імунологічного дослідження на момент початку лікування було встановлено, що у хворих обох груп, які були під наглядом, відмічалася вірогідне підвищення концентрації прозапальних цитокінів у крові (табл.1).

Таблиця 1

#### Вміст прозапальних цитокінів у сироватці крові хворих на СПЕВ, сполучений з хронічною патологією ГБС, до початку лікування (M±m)

Показники	Норма	Групи хворих		P
		основна (n=33)	зіставлення (n=34)	
IL-1β, пг/мл	18,8±1,2	44,8±1,7***	44,1±1,5***	>0,1
IL-2, пг/мл	20,8±2,1	39,1±1,8**	37,9±1,9**	>0,1
ФНП $\alpha$ , пг/мл	39,6±2,2	72,4±3,1***	71,7±3,2***	>0,1
IL-6, пг/мл	24,4±2,3	46,8±2,1***	46,1±2,0***	>0,1

**Примітки:** в табл. 1 та 2 ймовірність різниці показників відносно норми \* - при P<0,05, \*\* - P<0,01, \*\*\* - P<0,001; стовпчик P - вірогідність різниці між показниками основної групи та групи зіставлення.

Так, в основній групі обстежених пацієнтів концентрація IL-1β у крові була в цей період обстеження в 2,38 рази вище норми (P<0,001) і складала 44,8±1,7 пг/мл, рівень IL-2 становив 39,1±1,8 пг/мл, що в 1,88 рази вище норми (P<0,01), вміст ФНП $\alpha$  був вище норми в 1,82 рази і дорівнював 72,4±3,1 пг/мл (P<0,001), та концентрація IL-6 в сироватці крові складала - 46,8±2,1 пг/мл, що в 1,91 рази вище норми (P<0,001). Ана-

логічні результати отримані при обстеженні пацієнтів з наявністю СПЕВ та хронічної патології ГБС групи зіставлення. Дійсно, в цій групі концентрація ІЛ-1 $\beta$  у крові хворих була вище норми в середньому в 2,34 рази ( $44,1 \pm 1,5$  пг/мл;  $P < 0,001$ ), ІЛ-2 - в 1,82 рази ( $37,9 \pm 1,9$  пг/мл;  $P < 0,01$ ), ФНПа - в 1,81 рази ( $71,7 \pm 3,2$  пг/мл;  $P < 0,001$ ), ІЛ-6 - в 1,89 рази ( $46,1 \pm 2,0$  пг/мл;  $P < 0,001$ ).

При повторному дослідженні концентрації цитокінів у крові хворих після завершення лікування було встановлено чітко виражений позитивний вплив сучасного комбінованого фітозасобу алфагіну у хворих основної групи на динаміку прозапальних цитокінів. Дійсно, в основній групі хворих, яка отримувала даний препарат, відмічалася практично повна нормалізація вмісту прозапальних ЦК у крові (табл. 2).

Таблиця 2

**Концентрація прозапальних цитокінів у сироватці крові хворих на СПЕВ, сполучений з хронічною патологією ГБС, після завершення лікування ( $M \pm m$ )**

Показники	Норма	Групи хворих		P
		основна (n=33)	зіставлення (n=34)	
ІЛ-1 $\beta$ , пг/мл	$18,8 \pm 1,2$	$19,6 \pm 1,4$	$31,2 \pm 1,6^{**}$	$< 0,01$
ІЛ-2, пг/мл	$20,8 \pm 2,1$	$21,2 \pm 1,7$	$35,0 \pm 1,9^*$	$< 0,05$
ФНПа, пг/мл	$39,6 \pm 2,2$	$40,5 \pm 2,4$	$56,5 \pm 2,3^*$	$< 0,05$
ІЛ-6, пг/мл	$24,4 \pm 2,3$	$25,9 \pm 2,0$	$38,1 \pm 2,1^{**}$	$< 0,01$

Так, в основній групі обстежених пацієнтів концентрація ІЛ-1 $\beta$  знизилася стосовно вихідного показника в 2,28 рази і складала  $19,6 \pm 1,4$  пг/мл, що було в межах верхньої границі норми ( $P > 0,1$ ). Рівень ІЛ-2 зменшився відносно початкового показника в 1,84 рази і досяг верхньої межі норми -  $21,2 \pm 1,7$  пг/мл ( $P > 0,1$ ). Вміст ФНПа у сироватці крові хворих основної групи також знизився в середньому в 1,78 рази відносно вихідного значення і становив  $40,5 \pm 2,4$  пг/мл, що вірогідно не відрізнялось від норми ( $P > 0,1$ ). Концентрація ІЛ-6 в сироватці крові знизилася у порівнянні з початковою в 1,8 рази і складала  $25,9 \pm 2,0$  пг/мл, що відповідало верхній межі норми ( $P > 0,1$ ).

У групі зіставлення, яка отримувала лише загальноприйняте лікування, спостерігалася суттєво менш виражена позитивна динаміка ЦК у сироватці крові, тому вивчені показники в цей пері-

од обстеження вірогідно відрізнялися від норми. Дійсно, рівень ІЛ-1 $\beta$  в середньому в 1,66 рази перевищує відповідний показник норми ( $P < 0,01$ ), ІЛ-2 - в 1,68 рази вище норми ( $P < 0,05$ ), ФНПа - в 1,42 рази ( $P < 0,05$ ), ІЛ-6 - в 1,56 рази вище норми ( $P < 0,01$ ).

Отже, у хворих на СПЕВ, сполучений з хронічною патологією ГБС, виявлено зростання вмісту прозапальних (ІЛ-1 $\beta$ , ІЛ-2, ІЛ-6, ФНПа) цитокінів. Це можна вважати патогенетично значимим в патогенезі розвитку чергового загострення даної сполученої патології. Використання в комплексі лікування сучасного комбінованого фітопрепарату алфагіну сприяє позитивній динаміці вмісту прозапальних цитокінів у хворих на СПЕВ, сполучений з хронічною патологією ГБС.

В клінічному плані застосування алфагіну сприяло покращенню загального самопочуття хворих, ліквідації загальної слабкості, нездужання, забезпечило відновленню апетиту, покращення емоційного стану, нормалізацію сну, підвищенню розумової та фізичної працездатності, ліквідації гіркоти у роті, відчуття тяжкості у правому підребір'ї, а також збільшення печінки, позитивних симптомів Кера та Ортнера; в цілому пацієнти почали більш позитивно ставитися до своєї роботи і особистого життя.

Таким чином, отримані дані свідчать, що включення сучасного комбінованого фітопрепарату алфагіну до комплексу лікування хворих на СПЕВ, сполучений з хронічною патологією ГБС, патогенетично обґрунтовано та клінічно ефективно, оскільки даний засіб сприяє як ліквідації клінічних проявів захворювання, так і нормалізації показників цитокінового профілю крові, зокрема концентрації прозапальних цитокінів.

#### Висновки

1. Клінічна картина СПЕВ, сполученого з хронічною патологією ГБС, в обстежених хворих характеризувалася наявністю астено-невротичної або астено-депресивної симптоматики (загальна слабкість, нездужання, підвищена стомлюваність, напруження та скутість м'язів шиї і спини, дифузний головний біль, зниження апетиту та працездатності, дративлівість, емоційна лабільність, порушення сну, зниження фізичної і розумової працездатності тощо). Крім того, обстежених пацієнтів тур-

бували тяжкість в правому підребер'ї, гіркота або металевий присмак у роті; при об'єктивному обстеженні нерідко також відмічалася субіктеричність або блакитний відтінок склер, пальмарна еритема, обкладеність язика брудним білим або жовтуватим нальотом, помірно виражене збільшення печінки, слабо позитивний симптом Кера, рідкіше - Ортнера.

2. У хворих на СПЕВ, сполучений з хронічною патологією ГБС у фазі загострення, виявлено підвищення рівня прозапальних цитокінів, зокрема концентрація IL-1 $\beta$  у крові хворих основної групи була в цей період в 2,38 рази вище норми, а у пацієнтів групи зіставлення - в середньому в 2,34 рази, рівень IL-2 відповідно в 1,88 рази та 1,82 рази вище норми, вміст ФНПа був вище норми в 1,82 рази та в 1,81 рази відповідно, концентрація IL-6 в сироватці крові перевищувала нормальні значення в 1,91 та 1,89 рази відповідно.

3. Включення до комплексу лікування хворих на СПЕВ, сполучений з хронічною патологією ГБС сучасного комбінованого фітопрепарату алфагіну (який містить у своєму складі екстракти коріння женьшеню, плодів ембліки лікарської, стебел та листя люцерна посівної, насіння пажитника грецького, коріння елеутерококка колючого) сприяє покращенню загального стану хворих, зменшенню в них вираженості астено-невротичних або астено-депресивних проявів та ліквідації ознак загострення хронічної патології ГБС.

4. Поряд з позитивним впливом фітозасобу алфагіну на клінічні показники та загальний стан хворих на СПЕВ, сполучений з хронічною патологією ГБС, було встановлено, що в основній групі хворих, які отримували даний фітопрепарат, в ході лікування мало місце зниження концентрації прозапальних цитокінів (IL-1 $\beta$ , IL-2, ФНПа та IL-6) в сироватці крові до верхньої межі норми.

5. Виходячи з отриманих даних, можна вважати патогенетично обгрунтованим, доцільним та клінічно перспективним включення до комплексної терапії хворих на СПЕВ, сполучений з хронічною патологією ГБС, сучасного комбінованого фітопрепарату алфагіну.

6. В подальшому можна вважати перспективним продов-

ження досліджень механізмів фармакологічної дії алфагіну при лікуванні хворих на СПЕВ, сполучений з хронічною патологією ГБС, в тому числі вивчення його впливу на інтерфероновий статус організму.

### Література

1. Александровский Ю.А. Клиническая иммунология пограничных психических расстройств // Ю.А. Александровский, В.П. Чехонин. - М.: Гэотар-Медиа, 2005. - 256 с.
2. Алфагін: інструкція для медичного застосування препарату / Затверджена 23.07.2007 р. Наказом МОЗ України № 417.
3. Бойко В.В. Синдром "емоціонального вигорання" в професійній діяльності / Бойко В.В. - СПб.: Питер, 1999. - 216 с.
4. Вайс Р.Ф. Фитотерапия: руководство / Р.Ф. Вайс, Ф. Финдельман; пер. с нем. - М.: Медицина, 2004. - 552 с.
5. Водопьянова Н.Е. Синдром вигорання: діагностика і профілактика / Н.Е. Водопьянова, Е.С. Старченкова. - СПб.: Питер, 2005. - 336 с.
6. Гарник Т.П. Деякі аспекти застосування лікарських рослин в медицині / Т.П. Гарник, Ф.А. Мітченко, Т.К. Шуряєва // Фітотерапія. Часопис. - 2002. - № 1 - 2. - С. 70-72.
7. Гарник Т.П. Вплив фітопрепарату алфагіну на морфологічні показники мікрогемодинаміки у хворих з синдромом психоемоційного вигорання / Т.П. Гарник, В.М. Фролов, М.О. Пересадін // Український морфологічний альманах. - 2009. - Т. 7, № 1. - С. 22-26.
8. Гарник Т.П. Оцінка ефективності сучасного фітозасобу алфагіну в лікуванні хворих з синдромом психоемоційного вигорання та його вплив на стан системи фагоцитуючих макрофагів / Т.П. Гарник, В.М. Фролов, М.О. Пересадін // Український медичний альманах. - 2009. - Т. 12, № 1. - С. 45-48.
9. Гарник Т.П. Ефективність комбінованого фітозасобу алфагіну в лікуванні хворих з синдромом "вигорання", його вплив на рівень циркулюючих імунних комплексів та

їх молекулярний склад у крові хворих / Т.П. Гарник, В.М. Фролов, М.О. Пересадін // Український медичний альманах. - 2009. - Т. 12, № 2. - С. 61-68.

10. Гарник Т.П. Вплив сучасного фітозасобу алфагіну на показники ліпопероксидації у хворих з синдромом психоемоційного вигорання / Т.П. Гарник, В.М. Фролов, М.О. Пересадін // Український медичний альманах. - 2009. - Т. 12, № 3. - С. 71-75.

11. Гарник Т.П. Фітозасіб алфагін в лікуванні хворих на синдром психоемоційного вигорання та його вплив на стан клітинної ланки імунітету / Т.П. Гарник // Проблеми екологічної та медичної генетики і клінічної імунології: зб. наук. праць. - Київ; Луганськ, 2009. - Вип. 4 (91). - С. 163 - 173.

12. Гарник Т.П. Вплив фітозасобу алфагіну на стан системи глутатіону у хворих на синдром психоемоційного вигорання / Т.П. Гарник, В.М. Фролов, М.О. Пересадін // Проблеми екологічної та медичної генетики і клінічної імунології: зб. наук. праць. - Київ; Луганськ, 2009. - Вип. 5 (92). - С. 245-254.

13. 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.

14. Лукьянов В.В. Синдром эмоционального "выгорания" и механизмы психологической защиты у психиатров-наркологов / В.В. Лукьянов // Наркология. - 2007. - № 3. - С. 47 - 51.

15. Обознов А.А. Выгорание и увлеченность работой / А.А. Обознов // Современные проблемы исследования синдрома выгорания у специалистов коммуникативных профессий / под ред. В.В. Лукьянова, Н.Е. Водопьяновой, В.Е. Орла [и др.]. - Курск: КГУ, 2008. - С. 99-105.

16. Орел В.Е. Феномен "выгорания" в зарубежной психологии: эмпирические исследования и перспективы / В.Е. Орел // Психологический журнал. - 2001. - Т. 2, №1. - С. 23 - 26.

17. Полунина О.В. Синдромы увлеченности работой и выгорания: особенности взаимосвязей / О.В. Полунина // Психологический журнал. - 2009. - Т. 30, № 1. - С. 1-13.

18. Преображенский В. Современная энциклопедия лекарственных растений / Преображенский В. - Донецк: ООО ИКФ "Бао", 2006. - 592 с.

19. Ронгинская Т.И. Синдром выгорания в социальных профессиях / Т.И. Ронгинская // Психологический журнал. - 2002. - Т.2, № 3. - С. 18 - 25.

20. Тест системы ProCon IL1 beta (интерлейкин-1β человека), ProCon TNF alpha (фактор некроза опухолей альфа человека), ProCon IL4 (интерлейкин-4 человека), ProCon IL10 (интерлейкин-10 человека) [Электронный ресурс]. - Режим доступа: <http://www.protc.spb.ru/russian.html>.

21. Фитотерапия больных с синдромом психоэмоционального выгорания / В.М. Фролов, Т.П. Гарник, Н.А. Пересадін, В.С. Гришина // Фитотерапия. Часопис. - 2007. - № 1. - С. 22 - 29.

22. Харченко Н.В. Клиническая гастроэнтерология / Н.В. Харченко, Г.А. Анохина, Н.Д. Опанасюк. - Киев: Здоровья, 2000. - 448 с.

23. Юрьева Л.Н. Профессиональное выгорание у медицинских работников (формирование, профилактика, коррекция) / Юрьева Л.Н. - Киев: Сфера, 2004. - 272 с.

24. Khare C.P. Indian medicinal plants / Khare C.P. - Springer-Science, 2007. - 836 p.

25. The ayurvedic pharmacopoeia of India. - Government of India Ministry of health and family welfare department of aush. - Dely, 2007. - 862 p.

#### Резюме

**Гарник Т.П., Фролов В.М., Пересадін М.О., Поканевич В.В.** Вплив сучасного комбінованого фітопрепарату алфагіну на динаміку прозапальних цитокінів у хворих на синдром психоемоційного вигорання, сполучений з хронічною патологією гепатобіліарної системи.

Застосування засобу рослинного походження алфагіну в лікуванні хворих на синдром психоемоційного вигорання, сполучений з хронічною патологією гепатобіліарної системи (ГБС), забезпечує нормалізацію клінічних і імунологічних показників, які характеризують концентрацію прозапальних цитокінів, що свідчить про ліквідацію порушень імунологічного гомеостазу і в цілому сприяє підвищенню якості життя

обстежених пацієнтів. Отримані дані дозволяють вважати патогенетично обґрунтованими і клінічно доцільним включення алфагіну в комплексну програму лікування хворих на синдром психоемоційного вигорання, сполучений з хронічною патологією ГБС.

**Ключові слова:** синдром психоемоційного вигорання, хронічна патологія гепатобіліарної системи, алфагін, цитокіни, лікування.

#### Резюме

**Гарник Т.П., Фролов В.М., Пересадин Н.А., Поканевич В.В.**  
*Влияние современного комбинированного фитопрепарата алфагина на динамику провоспалительных цитокинов у больных синдромом психоемоционального выгорания, сочетанного с хронической патологией гепатобилиарной системы.*

Применение препарата растительного происхождения алфагина в лечении больных синдромом психоемоционального выгорания, сочетанный с хронической патологией гепатобилиарной системы (ГБС), обеспечивает нормализацию клинических и иммунологических показателей, характеризующих концентрацию провоспалительных цитокинов, что свидетельствует о ликвидации нарушений иммунологического гомеостаза и в целом способствует повышению качества жизни обследованных пациентов. Полученные данные позволяют считать патогенетически оправданным и клинически целесообразным включение алфагина в комплексную программу лечения больных с синдромом психоемоционального выгорания, сочетанным с хронической патологией ГБС.

**Ключевые слова:** синдром психоемоционального выгорания, хроническая патология гепатобилиарной системы, алфагин, цитокіни, лечение.

#### Summary

**Garnik T.P., Frolov V.M., Peresadin N.A., Pokanevich V.V.**  
*Influence of modern combined phytopreparation alfagin on the dynamics of proinflammatory cytokines at patients with burn-out syndrome combined with chronic pathology of the hepatobiliar system.*

Application of phytopreparation alfagin in treatment of patients with burn-out syndrome, combined with chronic pathology of the hepatobiliar system (HBS) provides normalization of clinical and immunological indexes, characterizing the concentration of proinflammatory cytokines, that testifies to liquidation of violations of immunological homeostasis and on the whole instrumental in upgrading life of the inspected patients. Findings allow to consider nosotropic justified and clinically expedient plugging of alfagin in the complex program the treatment of patients with burn-out syndrome, combined with chronic pathology of HBS.

**Key words:** burn-out syndrome, chronic pathology of the hepatobiliar system, alfagin, cytokines, treatment.

**Рецензент:** д.мед.н., проф. Г.А.Ігнатенко

УДК 615.214.22:547.581.2

## ИССЛЕДОВАНИЕ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ 5-СУЛЬФАМОИЛЗАМЕЩЕННЫХ ФЕНИЛАНТРАНИЛОВОЙ И БЕНЗОЙНОЙ КИСЛОТ С ЭТАМИНАЛ-НАТРИЕМ

Л.В.Григорьева

Харьковский национальный университет им.В.Н.Каразина

### Вступление

В настоящее время отмечается рост заболеваемости невротическими расстройствами в Украине, при котором актуальность профилактики и лечения определяется их значительной распространенностью в структуре жалоб больных, обращающихся за медицинской помощью. Для проведения безопасной фармакотерапии наиболее оптимальными являются антипсихотические средства [4,5]. На организм человека антипсихотические препараты проявляют успокаивающее действие, которое сопровождается уменьшением реакции на внешние стимулы, ослаблением психомоторного возбуждения, подавлением чувства страха, ослаблением агрессивности, а также потенцируют действие снотворных, наркотических, анальгетиков и др. [1, 7, 11, 12].

Несмотря на эффективность, антипсихотические препараты проявляют побочные эффекты: сонливость, депрессию, плохое настроение, повышение судорожной активности [4, 8, 9]. В пожилом возрасте, развиваются экстрапирамидные расстройства: пароксизмальные дискинезии, паркинсонизм, нарушения сердечного ритма, ортостатический коллапс и др. [13, 14].

Попытки избежать нежелательных побочных эффектов путем применения малых доз препаратов приводит к развитию терапевтической резистентности, вторичной негативной симптоматике, что ухудшает реабилитацию неврологических больных [5].

В ряду 5-сульфамойлзамещенных фенилантраниловой и бензойной кислот выявлено ряд биологически активных веществ,