

/ А. И. Яичник // Журнал практичного лікаря. - 2004. - № 4. - С. 21-26.

11. Global Initiative For Chronic Obstructive Lung Disease. - WHO, 2002.

12. Randomized study of two "rescue" therapies for *Helicobacter pylori*-infected patients after failure of standard triple therapies / F. Perri, V. Festa, R. Clemente [e.a.] // *Am. J. Gastroenterol.* - 2001. - V. 96. - P. 58-62.

13. Systemic effects of chronic obstructive pulmonary disease / A. G. N. Agusti, A. Noguera, J. Sauleda [e.a.] // *Eur. Respir. J.* - 2003. - 21. - P. 347-360.

#### Резюме

**Арбузова О.И.** Клинические проявления у больных хроническим обструктивным заболеванием легких в сочетании с синдромом раздраженного кишечника.

У больных с сочетанной патологией (ХОЗЛ и СРК) прослеживалось влияние факторов риска; клиническими проявлениями было наличие нейровегетативных признаков, кашля, экспираторной одышки, болевого абдоминального и диспептического синдромов.

**Ключевые слова:** хроническое обструктивное заболевание легких, синдром раздраженного кишечника, клиника.

#### Резюме

**Арбузова О.И.** Клінічні прояви у хворих на хронічне обструктивне захворювання легень в сполученні з синдромом подразненого кишечника.

У хворих на сполучену патологію (ХОЗЛ і СПК) простежувався вплив факторів ризику; клінічними проявами були наявність нейровегетативних ознак, кашлю, експираторної задихки, абдомінального болювого та диспепсичного синдромів.

**Ключеві слова:** хронічне обструктивне захворювання легень, синдром подразненого кишечника, клініка.

#### Summary

**Arbuzova O.I.** The clinical picture in patients with irritable bowel syndrome associated with chronic obstructive pulmonary disease.

At the patients with combined pathology (COPD and IBS) was tracked the influence of risk factors. The clinical picture was presented with neurovegetative syndromes, cough, expiratory dyspnea, abdominal painful and dyspeptic syndromes.

**Key words:** chronic obstructive pulmonary disease, irritable bowel syndrome, clinic.

Рецензент: д.мед.н., проф. Ю.Г. Бурмак

Проблеми екологічної та медичної генетики і клінічної імунології

УДК 616.895.4-092:612.012.1.015

## ЕФЕКТИВНІСТЬ СУЧАСНОГО ПРЕПАРАТУ РОСЛИННОГО ПОХОДЖЕННЯ РЕЛАКСИЛУ В ЛІКУВАННІ ХВОРИХ ПІДЛІТКІВ З СОМАТИЗОВАНИМИ ДЕПРЕСИВНИМИ РОЗЛАДАМИ

Є.В. Височин, Г.С. Рачкаускас

Луганський державний медичний університет  
Луганська обласна клінічна психоневрологічна лікарня

#### Вступ

Значна розповсюдженість в сучасних умовах захворюваності на депресивні розлади (СДР), поперед усього серед осіб підліткового віку та недостатня ефективність існуючих у теперішній час способів лікування та профілактики даного захворювання призводять у підлітків, як правило, до хронічного перебігу 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. Згідно епідеміологічних досліджень, поширеність депресивних розладів тривалістю понад 12 місяців у дітей коливається в межах від 0,4 до 2,5% пропорційно розподілених між хлопчиками та дівчатками [1]. Серед підлітків показник поширеності великої депресії коливається в межах 5-7% (при цьому на одного хлопчика доводиться дві дівчинки), тоді як при використанні одних і тих же діагностичних критеріїв (DSM IV-TR, ICD - 10) в популяції дітей препубертатного віку цей показник складає від 0,5 до 2-3%. Показник поширеності протягом життя (всього підліткового віку) сягає приблизно 15-20%. Нарешті, за даними досліджень дистимії, хай і не таких численних, її частота складає близько 5% на момент вивчення. Крім того, "депресивний настрій" часто описують як похмурість, похмурість, тривожно-депресивна криза або депресивність, яке спостерігається у 30-40% підлітків [16].

Незважаючи на велику поширеність СДР та його термінологічну різноманітність, своєчасна діагностика, визначення

Екологічні проблеми експериментальної та клінічної медицини

клінічних рамок, принципів та методів лікування залишаються актуальними для лікарів різного фаху [1]. Раніше нами вже вивчалися деякі імунологічні та біохімічні показники у хворих підлітків на СДР [4,5,6,14], тому нашу увагу привернуло вивчення ефективності сучасного препарату рослинного походження релаксилу в лікуванні таких хворих.

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

**Метою** роботи було вивчення ефективності сучасного препарату рослинного походження релаксилу в лікуванні хворих підлітків з соматизованими депресивними розладами.

#### **Матеріали і методи дослідження**

Під наглядом знаходилося 105 хворих (67 дівчин та 38 хлопців) віком від 12 до 18 років. Усі пацієнти отримували загальноприйнятну терапію ДР (СІЗЗС у середньотерапевтичних дозах для підліткового віку + психотерапія) [2]. Клінічні прояви хвороби відповідали рубрикам F33.11 (рекурентний депресивний розлад) або F32.11 (біполярний афективний розлад, помірний депресивний епізод із соматичними симптомами) згідно критеріїв МКХ-10 [19]. Хворі були розподілені на 2 групи: основну (55 підлітків) та групу зіставлення (50 підлітка). Усі пацієнти отримували загальноприйнятну терапію депресій, а хворі основної групи - додатково отримували релаксил усередину 3 рази на добу зранку та вдень по 1 капсулі (0,175 г) та ввечері по 2 капсули (0,35 г) протягом 25-30 діб поспіль, в залежності від досягнутого ефекту.

Релаксил - капсули, з вмістом у кожній з них 0,8% сухого водно-спиртового екстракту валеріани 0,125 г, м'яти перцевої екстракту сухого 0,025 г, меліси лікарської екстракту сухого 0,025 г. Це вітчизняний комбінований препарат рослинного походження, який випускається ВАТ "Київський вітамінний завод". Дія даного препарату обумовлена властивостями компонентів, що входять до його складу. Так, валеріана лікарська містить алкалої-

ди валерин, шатинін та інші, що знижують збудженість центральної нервової системи, мають седативну та деяку спазмолітичну дію [3,7,9]. Активний седативний компонент (валепотріатна фракція) виявляє седативно-анксиолітичну, 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 [12]. Меліса лікарська містить ефірні олії, гіркоти, органічні кислоти, мінеральні речовини, макро- та мікроелементи, вітаміни, дубильні речовини, що зумовлюють гепатопротекторну, протиспастичну, спазмолітичну, седативну, протизапальну, бактерицидну, протипухлинну, стимулюючу дію на шлунково-кишковий тракт [15]. 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).

Для контролю ефективності терапії, що проводиться, використовували наступні психометричні шкали: госпітальну шкалу тривоги і депресії (HADS) [8], шкалу Гамільтона для оцінки депресії (HDRS) [17], а також шкалу Монтгомері-Асберг для оцінки депресії (MADRS) [18]. Статистичну обробку отриманих результатів здійснювали на персональному комп'ютері Intel® Core 2 Duo® 2,6 MHz за допомогою багатофакторного дисперсійного аналізу з використанням пакетів ліцензійних програм Microsoft® Windows® Vista Ultimate Edition, Microsoft® Office 2007, Microsoft® Excel Stadia 6.1 / prof та Statistica [10,11].

#### **Отримані результати та їх обговорення**

До початку проведення лікування в обох групах обстежених пацієнтів спостерігалися зниження емоційного настрою, почуття провини, ангедонія, стомлюваність, порушення уваги, збудження, безсоння або навпаки сонливість, порушення апетиту, підвищення ваги, суїцидальні думки або навіть 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., %)

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 табл. 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 вираженої 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 згідно з сучасними психометричними шкалами. У пацієнтів основної групи 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 вираженої різниці між відповідними показниками у хворих основної групи та групи зіставлення ( $P > 0,1$ ), що свідчило про однакову вираженість основних депресивних проявів в обох групах (табл. 2).

Проблеми екологічної та медичної генетики і клінічної імунології

Таблиця 2

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

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

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./ %)

Психопатологічні прояви	Групи хворих		P
	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 самозвинувачення	1/1,8±0,2	3/6,0±0,7	<0,05

Екологічні проблеми експериментальної та клінічної медицини



З таблиці 3 видно, що у хворих групи зіставлення частота виявлення психопатологічних проявів як і у основній групі 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 додатково до загальноприйнятої терапії отримувала препарат рослинного походження релаксил. У пацієнтів групи зіставлення після лікування утримувались слабкість, 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 додатково отримувала релаксил практично усі показники, стосовно психометричних шкал, нормалізувалися. Так, з таблиці 4 видно, що в основній групі хворих на ДР 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 (таблиця 4).

Таблиця 4

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

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

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, після завершення лікування зі застосуванням сучасного препарату рослинного походження релаксилу відмічається практично повна та більш швидка нормалізація стану пацієнтів, в той час як при використанні лише загальноприйнятої терапії позитивна динаміка вказаних показників менш значуща, та повної їх нормалізації не відмічається. Отже, отримані дані свідчать, що застосування релаксилу в комплексі лікування хворих підлітків із СДР є клінічно ефективним та доцільним.

#### Висновки

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

2. До початку лікування в обох групах обстежених пацієнтів були виявлені однотипові порушення афективного фону стосовно до сучасних психометричних шкал. У пацієнтів основної групи 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.

3. Після проведення лікування з включенням релаксилу 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.

4. При повторному вивченні стану хворих після завершення курсу лікування було встановлено, що в основній групі, яка додатково отримувала релаксил практично усі показники,

стосовно психометричних шкал, нормалізувалися.

5. Таким чином, отримані дані свідчать, що застосування релаксилу в комплексі лікування хворих підлітків із СДР є клінічно ефективним та доцільним.

6. В подальшому вважаємо доцільним продовжити вивчення основних патогенетичних механізмів розвитку депресивних розладів у підлітків.

### Література

1. Антропов Ю.Ф. Психосоматические расстройства и патологические привычные действия у детей и подростков / Ю.Ф. Антропов, Ю.С. Шевченко. - М.: Изд-во Инст. Психотерапии, Изд-во НГМА, 2000. - 320 с.

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

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

4. Височин Є.В. Показники активності ферментної ланки системи антиоксидантного захисту у підлітків, які хворіють на депресивні розлади, при лікуванні релаксилом та імуноплюсом / Є.В. Височин, Г.С. Рачкаускас // Проблеми екологічної та медичної генетики і клінічної імунології: зб. наук. праць. - Київ; Луганськ; Харків, 2007. - Вип. 1-2 (76-77). - С. 274-284.

5. Височин Є.В. Уровень перекисного окисления липидов у больных эндогенными депрессивными расстройствами в подростковом возрасте / Є.В. Височин, Г.С. Рачкаускас // Укр. медичн. альманах. - 2008. - Т. 11, № 3. - С. 34-35.

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

7. Гиндикин В.Я. Травы, нервы, возраст: применение лекарственных трав при невротических и неврозоподобных расстройствах / В.Я. Гиндикин. - М., 2002 - 226 с.

Проблеми екологічної та медичної генетики і клінічної імунології

8. Критерії діагностики і психотерапії розладів психіки та поведінки [Електронний ресурс] / під ред. Б.В. Михайлова, С.І. Табачнікова, О.К. Напреєнка, В.В. Домбровської // Новини української психіатрії. - Харків, 2003. - Режим доступу: <http://www.psychiatry.ua/books/criteria/paper14.htm>.

9. Лад В. Травы и специи / В. Лад, Д. Фроули; пер. с англ. - [4-е изд., с испр.]. - М., 2003 - 304 с.

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

11. 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.

12. Лесиовская Е.Е. Фармакотерапия с основами фитотерапии: Учебное пособие / Е.Е. Лесиовская, Л.В. Пастушенко; 2-е изд. - М.: Медицина, 2003. - 592 с.

13. Минутко, В. Л. Депрессия / В. Л. Минутко. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006. - 319 с.

14. Рачкаускас Г.С. Динаміка показників циркулюючих імунних комплексів у підлітків, які хворіють на соматизовані депресії / Г.С. Рачкаускас, Є.В. Височин // Проблеми екологічної та медичної генетики і клінічної імунології: зб. наук. праць. - Київ; Луганськ; Харків, 2008. - Вип. 3-4 (84-85). - С. 101-106.

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

16. Caces F., Harford T. Time series analysis of alcohol consumption and mortality in the United States, 1934-1987 // J. Stud. Alcohol. 1998. - Vol. 59(4). - P. 455-461.

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

18. Lewinsohn P.M. Major depression in community adolescents: age at onset, episode duration, and time to recurrence / P.M. Lewinsohn, G.N. Clarck, I.R. Seeley // J. Am. Acad. Child. Adolesc. Psychiatry. - 1994. - Vol. 33. - P. 809-818.

Екологічні проблеми експериментальної та клінічної медицини

19. *The ICD-10 classification of Mental and Behavioural Disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines/WHO: World Health Organization, Geneva, 1992.*

**Резюме**

**Височин Є.В., Рачкаускас Г.С.** *Ефективність сучасного препарату рослинного походження релаксилу в лікуванні хворих підлітків з соматизованими депресивними розладами.*

У хворих підлітків із соматизованими депресивними розладами (СДР) спостерігаються зниження настрою, почуття провини, ангедонія, стомлюваність, порушення уваги, збудження, порушення сну, апетиту та ваги, суїцидальні думки та спроби, іпохондрія, соціальна відгородженість, маячні ідеї самопригнічення та самозвинувачення та порушення афективного фону за сучасними психометричними шкалами. Застосування сучасного препарату рослинного походження релаксилу в комплексі лікування підлітків із СДР сприяє практично повній та швидкій нормалізації стану пацієнтів.

**Ключові слова:** соматизовані депресивні розлади, підлітки, релаксил, лікування.

**Резюме**

**Высочин Е.В., Рачкаускас Г.С.** *Эффективность современного препарата растительного происхождения релаксила в лечении подростков с соматизированными депрессивными расстройствами.*

У больных подростков с соматизированными депрессивными расстройствами (СДР) отмечаются снижение настроения, ощущение вины, ангедония, утомляемость, нарушение внимания, возбуждение, нарушения сна, аппетита и массы тела, суицидальные мысли, ипохондрия, социальная огражденность, а также нарушения аффективного фона касательно современных психометрических шкал. Применение современного препарата растительного происхождения релаксила в комплексе подростков с СДР способствует практически полной нормализации состояния пациентов.

**Ключевые слова:** соматизированные депрессивные расстройства, подростки, релаксил, лечение.

**Summary**

**Vysochyn E.V., Rachkauskas G.S.** *Efficiency of a modern preparation of a phytogenesis relaxylum in treatment of teenagers with somatic depressive disorders.*

At sick teenagers with somatic depressive disorders (SDD) mood depression, sensation of fault, fatigability, attention disturbance, excitation, drowsiness, a sleeplessness, depression or appetite rising, depression or rising of mass of a body, suicidal thoughts, a hypochondria, and also disturbances of an affective background concerning modern psychometric scales become perceptible. Application of a modern preparation of a phytogenesis relaxylum in a complex of teenagers with SDD promotes practically full normalisation of a condition of patients.

**Key words:** somatic depressive disorders, teenagers, relaxylum, treatment.

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

Для нотаток