

УДК 616.89-008.454-085-056.6

© Рачкаускас Г.С., Височин Є.В., 2011.

ВПЛИВ КОМБІНАЦІЇ ЗОЛОФТУ ТА ІМУНОПЛЮСУ НА ДИНАМІКУ ПОКАЗНИКІВ КЛІТИННОГО ІМУНІТЕТУ У ПІДЛІТКІВ З СОМАТИЗОВАНИМИ ДЕПРЕСИВНИМИ РОЗЛАДАМИ

Рачкаускас Г.С., Височин Є.В.

ДЗ «Луганський державний медичний університет»; Луганська обласна клінічна психоневрологічна лікарня

Вступ. Згідно з статистичними даними ВООЗ, ДР на сьогодні є однією з найбільш поширених форм психічної патології [22]. Фахівці прогнозують подальше зростання чисельності пацієнтів з ДР, оскільки на даний час зареєстровано більше ніж 110 млн. людей, хворих на дану патологію, та кожного року додатковий приріст складає ще 122,8 млн. випадків [12]. Слід підкреслити, що хоча б один депресивний епізод в своєму житті переживають біля 20-25% жінок та 7-12% чоловіків [17]. Особливе значення у сучасній медицині, а саме в педіатрії та клінічній психіатрії мають афективні розлади, що виникають у дитячому та підлітковому віці [1]. Перш за все це стосується депресивних розладів (ДР) з тією чи іншою «додатковою» симптоматикою. В якості такої можуть виступати різні розлади, такі як психотичні симптоми у вигляді ідей самознищення та самоприниження, ознаки позитивної та негативної афективності, кататонічні риси та ДР, що мають різноманітні соматичні або вегетативні «маски» [6]. Особливістю сучасного патоморфозу ДР у підлітків є тенденція до їхньої соматизації. Цей фактор є найбільш важливим саме серед осіб дитячого та підліткового віку, які через особливості типу мислення і забобонів можуть взагалі не пред'являти скарг на стан здоров'я, суб'єктивно оцінюючи симптоми своєї хвороби як «незначні» [6,22]. Таким чином, з'являється велика кількість «стертих», прихованих, субклінічних та атипових форм депресій, а також видозміна її «класичних» варіантів з переважанням соматичного компоненту [1].

Ключовим критерієм СДР у дітей і підлітків вважається наявність соматичних суб'єктивних симптомів без верифікованої органічної основи, але, незважаючи на уявну ясність, ця група розладів викликає найбільші труднощі для діагностики. Незважаючи на велику поширеність СДР та його термінологічну різноманітність, своєчасна діагностика, визначення клінічних рамок, принципів та методів лікування залишаються актуальними для лікарів різного фаху. Раніше нами вже вивчалися деякі імунологічні та біохімічні показники у підлітків, хворих на СДР [2,3], тому представляється доцільним продовження дослідження ефективності застосування золоту та імуноплюсу в комплексній терапії підлітків з СДР, а саме їх можливого впливу на показники клітинної ланки імунітету.

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами. Стаття виконувалась у відповідності з основним планом науково-

дослідних робіт (НДР) ДЗ «Луганський державний медичний університет» і є фрагментом теми НДР «Імунні та метаболічні порушення в патогенезі шизофренії і депресивних розладів різного генезу та їх корекція» (№ дежреєстрації 0102U003363).

Мета роботи: вивчення впливу комбінації золоту та імуноплюсу на показники клітинної ланки імунітету у підлітків з СДР.

Матеріали та методи дослідження. Було обстежено 67 хворих підлітків (37 дівчин та 30 хлопців) віком від 14 до 17 років. 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 [10]. Хворі підлітки були розподілені на 2 групи: основну (33 особи) та групу зіставлення (34 хворих). Підлітки з СДР групи зіставлення отримували загальноприйняте лікування, яке включає призначення трициклічних антидепресантів, а пацієнти основної групи – комбінацію антидепресанту золоту по 1 таблетці (0,05 г) 1 раз на добу зранку протягом 28-35 діб поспіль та імуноплюсу по 1 таблетці (100 мг) 2 рази на добу внутрішньо протягом 30-35 діб поспіль.

Золоту – антидепресант групи селективних інгібіторів зворотнього захоплення серотоніну (СІЗС), діючою речовиною якого є сертраліну гідрохлорид. Золоту має високу ефективність, порівняну з ефективністю лікування трициклічними антидепресантами (ТЦА), але при цьому відрізняється значно кращою переносимістю і вищим профілем безпеки. Золоту інгібує зворотне захоплення серотоніну (5-НТ) в нейронах ЦНС, в результаті чого збільшується вміст серотоніну в синапсах, з чим зв'язують його антидепресивний і антитривожний ефект [18]. При цьому золоту виявляє дуже слабку дію на зворотне захоплення норадреналіну і дофаміну та не інгібує моноамінооксидазу. Селективність сертраліну відносно серотоніну і низька аффіність до адренергічних, холінергічних, ГАМК, дофамінових, гістамінових, серотонінових і бензодіазепінових рецепторів обумовлює меншу частоту серцево-судинних, антихолінергічних і седативних побічних явищ, таких як сухість у роті, туман перед очима, збільшення маси тіла, закрепи, ортостатичну гіпотонію і седацію, що часто виникають при лікуванні ТЦА. Показаннями до застосування золоту є ДР, в тому числі з наявністю тривоги, обсесивно-компульсивний роз-

лад, панічні розлади з наявністю або відсутністю агорафобії, посттравматичний стресовий розлад, соціальна фобія (соціальний тривожний розлад) [19]. Застосування сертраліну гідрохлориду (золоту) дозволене у дітей з 6 років та підлітків. Випускається він у пігулках по 50 та 100 мг [4]. Золоту зареєстрований в Україні в якості лікарського препарату (реєстраційне посвідчення № UA/7475/01/01) та дозволений до клінічного застосування Наказом МОЗ України № 75 від 15.02.2008 р.

Імуноплюс – це фітозасіб, який випускається у вигляді таблеток, кожна з яких містить 100 мг сухого віджатого соку ехінацеї пурпурової. Коріння, листя та суцвіття цієї рослини містять фізіологічно активні речовини різних хімічних класів: гідрофільні сполуки, ліпофільні речовини, біметали, які виявляють імуномодулюючий вплив на організм [8]. Такий склад фізіологічно активних речовин ехінацеї пурпурової зумовлює різноманітні фармакологічні властивості імуноплюсу. Насамперед, це імуномодулятор природного походження, що стимулює клітинний імунітет, збільшує кількість Т-лімфоцитів, підвищує фагоцитарну активність нейтрофільних лейкоцитів і хемотаксис гранулоцитів, сприяє вивільненню ЦК, та тим самим активізує неспецифічну резистентність організму [14,15]. Крім регулюючого впливу на імунну систему, препарати ехінацеї володіють протимікробною, противірусною, фунгіцидною, протизапальною, антиоксидантною, протиалергічною активністю, оказують радіопротекторну дію, стимулюють функціональну активність ЦНС, сприяють загоюванню ран, опіків, виразок [16]. Імуноплюс зареєстрований в Україні в якості лікарського препарату (реєстраційне посвідчення № UA/5398/01/01) та дозволений до клінічного застосування Наказом МОЗ України № 758 від 16.11.06 р.

В якості контролю ефективності терапії, що проводилася, використовували шкалу Гамільтону для оцінки депресії (HDRS) [17], алгоритмізовану програму діагностики афективних розладів та шизофренії для дітей дошкільного та шкільного віку – K-SADS-PL [23] та колірний тест Люшера [21].

Крім загальноприйнятого клініко-лабораторного обстеження для реалізації мети дослідження у хворих, що були під наглядом, вивчали такі показники клітинної ланки імунітету як загальну кількість Т (CD3+), В (CD22+)-лімфоцитів, субпопуляцій Т-хелперів/індукторів (CD4+) і Т-супресорів/кілерів (CD8+) у цитотоксичному тесті з монокліональними антитілами (МКАТ) [13]. У роботі використовувалися комерційні МКАТ класів CD3+, CD4+, CD8+ і CD22+ НВЦ „МедБіоСпектр” (РФ – Москва). Підраховували імунорегуляторний індекс: коефіцієнт ТФР/ТФЧ методом «імунологічного компасу» [14]. Функціональну активність Т-клітин оцінювали за допомогою реакції бласттрансформації лімфоцитів (РБТЛ) з використанням мікрометоду [7].

Статистичну обробку одержаних результатів

досліджень здійснювали на персональному комп'ютері Intel Core i7 3,0 GHz за допомогою дисперсійного аналізу з використанням пакетів ліцензійних програм Microsoft Office 2010, Microsoft Excel Stadia 6.1 / prof і Statistica [9], враховуючи основні принципи використання статистичних методів у клінічних дослідженнях ефективності лікарських засобів [11].

Отримані результати та їх обговорення. В обох групах обстежених основними скаргами до початку лікування були дратівливість або гнів (55%), відчуття смутку і безнадійності (68%), соціальна самоізоляція (36%), підвищення чутливості і відчуття знедоленості (27%), підвищена стомлюваність і зниження життєвої енергії (32%), зміни апетиту (41%), безсоння або, навпаки, підвищена сонливість (58%), словесні спалахи або плач (12%), важкість у зосередженні (82%), фізичне нездужання (91%), що не піддавалося корекції, відчуття даремності або провини (44%), думки про смерть або самогубство (43%), труднощі з мисленням і важкість концентрації (30%). Серед соматичних симптомів у обстежених хворих пацієнтів відмічалися анорексія (34%) або булімія (24%), цефалгії (28%), кардіалгії (23%), абдоміналії (62%), фіброміалгії (30%), невралгії (10%), синдром вегето-судинної дистонії (20%), запаморочення (37%), функціональні порушення з боку внутрішніх органів (91%).

В результаті проведення імунологічних досліджень було встановлено, що у всіх підлітків з наявністю СДР, мали місце виражені зсуви з боку клітинної ланки імунітету. Вони характеризувалися Т-лімфопенією, зниженням кількості циркулюючих Т-хелперів/індукторів (CD4+) у периферичній крові та дисбалансом субпопуляційного складу Т-лімфоцитів, що проявлялося зниженням імунорегуляторного індексу (коефіцієнту CD4/CD8) та зменшенням показника РБТЛ з ФГА. Кількість Т-супресорів/кілерів (CD8+) у більшості випадків знаходилася біля нижньої межі норми. Вміст у крові обстежених хворих В-клітин (CD22+) у більшості випадків був в межах норми або помірно знижений (табл. 1).

Як видно з таблиці 1, зсуви з боку вивчених імунних показників у всіх обстежених хворих підлітків з СДР в обох групах до початку лікування характеризувалися Т-лімфопенією (зниження кількості CD3+-лімфоцитів в середньому в 1,46 рази відносно норми; $P < 0,05$), зниженням кількості циркулюючих Т-хелперів/індукторів (CD4+-клітин) у середньому в 1,4 рази; $P < 0,05$), помірним зменшенням числа Т-супресорів/цитотоксиків (CD8+-клітин) в 1,1 рази відносно норми ($P < 0,05$). Кількість В-лімфоцитів (CD22+) знаходилася біля нижньої межі норми. Слід також підкреслити суттєве зменшення функціональної активності Т-лімфоцитів за даними РБТЛ — в середньому в 1,4 разів ($P < 0,05$). Отримані дані свідчать про наявність вторинного імунодефіциту у всіх обстежених підлітків з СДР, які характеризувалися

Т-лімфопенією, дисбалансом субпопуляційного складу Т-лімфоцитів, переважно зі зниженням кількості Т-хелперів/індукторів (CD4+) та іму-

норегуляторного індексу CD4/CD8, а також зменшенням функціональної активності Т-лімфоцитів за даними РБТЛ з ФГА.

Таблиця 1. Показники клітинної ланки імунітету у підлітків з СДР до початку лікування (M±m)

Імунологічні показники	Норма	Групи обстежених хворих		P
		Основна (n=33)	Зіставлення (n=34)	
CD3+ %	69,6±1,6	47,4±0,5**	47,7±0,5**	>0,05
Г/л	1,3±0,03	0,83±0,01**	0,84±0,02**	>0,1
CD4+ %	45,5±1,2	32,6±0,3**	33,7±0,3**	>0,05
Г/л	0,86±0,02	0,57±0,05**	0,59±0,03**	>0,1
CD8+ %	22,5±0,8	20,5±0,9	21,1±0,9	>0,05
Г/л	0,42±0,01	0,36±0,01*	0,37±0,02*	>0,1
CD4/CD8	2,02±0,03	1,59±0,02**	1,60±0,02**	>0,1
CD22+ %	21,6±0,9	20,6±0,7	20,8±0,5	>0,05
Г/л	0,41±0,02	0,36±0,01	0,36±0,02	>0,1
РБТЛ %	65,5±2,2	48,1±0,9**	48,3±0,8**	>0,05

Примітка: в таблицях 1-4 вірогідність різниці у порівнянні з нормою: * – P<0,05, ** – P<0,01, *** – P<0,001. Столбчик P – вірогідність різниці між основною групою та групою зіставлення.

Після проведеного лікування в основній групі хворих (які отримували комбінацію золофту та імуноплюсу) відмічалася практично повна нормалізація психічного стану обстежених. В групі зіставлення також відмічалася позитивна динаміка, але менш виражена, ніж у пацієнтів основної групи. Так, скарги на дратівливість або гнів відмічалися у 30% хворих, відчуття смутку і безнадійності – 25%, соціальну самоізоляцію – 15%, підвищення чутливості і відчуття знедоленості – 12%, підвищену стомлюваність і зниження життєвої енергії – 28%, зміна апетиту – 20%, безсоння або підвищену сонливість – 40%, словесні спалахи або плач – 6%, важкість у зосередженні – 42%, труднощі з мисленням і важкість концентрації – 16%, фізичні нездужання, що не піддавалися лікуванню – 55%, відчуття даремності або провини – 30%, думки про смерть або самогубство – 20%. Серед соматичної симптоматики відмічалася анорексія (20%), булімія (11%), цефалгії (10%), кардіалгії (21%), абдоміналгії (31%), фіброміалгії (16%), невралгії (4%), синдром вегето-судинної дистонії (16%),

запаморочення (33%), функціональні порушення з боку внутрішніх органів (55%).

При повторному імунологічному дослідженні після завершення лікування встановлено, що в основній групі хворих підлітків з СДР, які отримували лікування комбінацією золофту та імуноплюсу, відмічено суттєве покращення імунологічних показників, що характеризують стан клітинної ланки імунітету. Дійсно, у цих пацієнтів відмічена ліквідація Т-лімфопенії, підвищення до нижньої межі норми лімфоцитів з фенотипом CD4+ (Т-хелперів/індукторів) та імунорегуляторного індексу CD4/CD8. В групі зіставлення, яка отримувала лише загальноприйнятну терапію, також відмічалася позитивна динаміка з боку імунологічних показників, однак суттєво менш виражена. Тому після завершення лікування у хворих групи зіставлення кількісні та функціональні показники клітинної ланки імунітету (кількість CD3+ та CD4+клітин, індекс CD4/CD8, показник РБТЛ) залишалися вірогідно нижче як норми, так і відносно показників в основній групі (табл. 2).

Таблиця 2. Показники клітинної ланки імунітету у підлітків з СДР після завершення лікування (M±m)

Імунологічні показники	Норма	Групи обстежених хворих		P
		Основна (n=33)	Зіставлення (n=34)	
CD3+ %	69,6±1,6	65,4±1,4	54,5±1,3*	<0,05
Г/л	1,3±0,03	1,21±0,03	1,01±0,02*	<0,05
CD4+ %	45,5±1,2	45,1±1,1	38,9±1,3*	<0,05
Г/л	0,86±0,02	0,85±0,02	0,72±0,02*	<0,05
CD8+ %	22,5±0,8	22,2±0,6	21,7±0,9	>0,05
Г/л	0,42±0,01	0,41±0,02	0,38±0,01	>0,1
CD4/CD8	2,02±0,03	2,03±0,05	1,79±0,03*	<0,05
CD22+ %	21,6±0,9	21,1±0,7	20,9±0,9	>0,05
Г/л	0,41±0,02	0,39±0,03	0,38±0,01	>0,1
РБТЛ %	65,5±2,2	63,9±1,9	56,4±1,7*	<0,05

Так, абсолютна кількість CD3+-клітин (тотальна популяція Т-лімфоцитів) у хворих групи зіставлення збільшилася у порівнянні з висхідними значеннями у 1,2 рази та складала (1,01±0,02) Г/л, що однак було менш норми у 1,3 рази; відносний вміст загальної популяції Т-

лімфоцитів у обстежених пацієнтів збільшувався у 1,2 рази, складаючи (54,5±1,3)%, що було нижче норми у середньому в 1,3 рази (P<0,01). Абсолютна кількість CD4+-лімфоцитів зросла у абсолютному вирахованні в 1,22 рази та складала на момент завершення загальноприйнятого

лікування ($0,72 \pm 0,02$) Г/л, що однак було в 1,2 рази менш норми; відносний вміст CD4+-клітин збільшився до ($38,9 \pm 1,3$)%, тобто в 1,2 рази, але залишався в 1,2 рази менш норми; $P < 0,01$. Кількість CD8+-клітин та CD22+-клітин у абсолютному та відносному значенні вірогідно від норми не відрізнялися. Імунорегуляторний індекс CD4/CD8 також зазнавав тенденцію до підвищення, а саме збільшився у 1,2 рази, але був менш норми у 1,13 рази. Показник РБТЛ збільшився у порівнянні з першопочатковим у 1,4 рази, але залишався вірогідно менш норми у 1,2 рази.

Нормалізація показників клітинної ланки імунітету у хворих основної групи, які отримували комбінацію золофту та імуноплюсу, може вважатися патогенетично обґрунтованим, доцільним та перспективним для використання вказаної комбінації препаратів в лікуванні підлітків з СДР.

Висновки:

1. В обох групах обстежених підлітків основними скаргами до початку лікування були дратівливість або гнів (55%), відчуття смутку і безнадійності (68%), соціальна самоізоляція (36%), підвищення чутливості і відчуття знедоленості (27%), підвищена стомлюваність і зниження життєвої енергії (32%), зміна апетиту (41%), безсоння або підвищена сонливість (58%), словесні спалахи або плач (12%), важкість у зосередженні (82%), фізичні нездужання (91%), що не піддавалися лікуванню, відчуття даремності або провини (44%), думки про смерть або самогубство (43%), труднощі з мисленням і важкість концентрації (30%). Серед соматичних симптомів у обстежених відмічалися анорексія (34%) або булімія (24%), цефалгії (28%), кардіалгії (23%), абдоміналгії (62%), фіброміалгії (30%), невралгії (10%), синдром вегето-судинної дистонії (20%), запаморочення (37%), функціональні порушення з боку внутрішніх органів (91%).

2. У всіх підлітків з СДР, до початку лікування мали місце суттєві зсуви з боку клітинних показників імунітету, як кількісного, так і функціонального характеру, які характеризувалися Т-лімфопенією, дисбалансом субпопуляційного складу Т-лімфоцитів, переважно зі зниженням кількості Т-хелперів/індукторів (CD4) та імунорегуляторного індексу CD4/CD8, а також суттєвим зменшенням функціональної активності Т-клітин за даними РБТЛ.

3. Після проведеного лікування в основній

групі хворих (які отримували комбінацію золофту та імуноплюсу) відмічалася практично повна нормалізація психічного стану обстежених. В групі зіставлення також відмічалася позитивна динаміка, але менш виражена, ніж у пацієнтів основної групи. Так, скарги на дратівливість або гнів відмічалися у 30% хворих, відчуття смутку і безнадійності – 25%, соціальну самоізоляцію – 15%, підвищення чутливості і відчуття знедоленості – 12%, підвищену стомлюваність і зниження життєвої енергії – 28%, зміна апетиту – 20%, безсоння або підвищену сонливість – 40%, словесні спалахи або плач – 6%, важкість у зосередженні – 42%, труднощі з мисленням і важкість концентрації – 16%, фізичні нездужання, що не піддавалися лікуванню – 55%, відчуття даремності або провини – 30%, думки про смерть або самогубство – 20%. Серед соматичної симптоматики відмічалася анорексія (20%), булімія (11%), цефалгії (10%), кардіалгії (21%), абдоміналгії (31%), фіброміалгії (16%), невралгії (4%), синдром вегето-судинної дистонії (16%), запаморочення (33%), функціональні порушення з боку внутрішніх органів (55%).

4. Застосування в комплексі лікування підлітків з СДР сприяло нормалізації показників клітинної ланки імунітету, а саме забезпечує ліквідацію Т-лімфопенії, підвищення вмісту клітин з фенотипом CD4+, а також імунорегуляторного індексу CD4/CD8 та відновленню функціональної активності Т-лімфоцитів за даними РБТЛ з ФГА.

5. При застосуванні лише загальноприйнятого лікування підлітків з СДР відмічена незначна позитивна динаміка вивчених імунологічних показників, однак в цілому не відбулося відновлення імунологічного гомеостазу: абсолютна кількість CD3+-клітин у крові хворих групи зіставлення залишалася у 1,3 рази менш норми; CD4+-лімфоцитів – в 1,2 рази, імунорегуляторний індекс CD4/CD8 був менш норми у 1,13 рази, показник РБТЛ з ФГА залишався вірогідно менше за норму у 1,2 рази.

6. Отримані дані дозволяють вважати патогенетично обґрунтованим, клінічно доцільним і перспективним використання комбінації сучасного антидепресанту золофту та імунотропного препарату рослинного походження імуноплюсу в лікувальному комплексі підлітків з СДР.

7. В подальшому перспективою досліджень можна вважати вивчення інших аспектів імунної реактивності організму у підлітків з СДР та вплив вивченої комбінації препаратів.

ЛІТЕРАТУРА:

1. Антропов Ю.Ф. Лечение детей с психосоматическими расстройствами / Ю.Ф. Антропов, Ю.С. Шевченко. – СПб.: Речь, 2002. – 560 с.
2. Височин Є.В. Стан показників енергетичного метаболізму у підлітків, хворих на депресивні розлади / Є.В. Височин, Г.С. Рачкаускас // Проблеми екологічної та медичної генетики і клінічної імунології: зб. наук. праць. – Київ; Луганськ; Харків, 2007. – Вип. 5-6 (80-81). – С. 129-135.
3. Височин Є.В. Інтерфероновий статус підлітків з депресивними розладами / Є.В. Височин, Г.С. Рачкаускас // Український медичний альманах. – 2008. – Т. 11, № 4. – С. 46-48.
4. Золофт – інструкція для клінічного застосування препарату / затверджена Наказом МОЗ України № 75 від 15.02.2008 року.
5. Імуноплюс – інструкція для клінічного застосування препарату / затверджена Наказом МОЗ

України № 758 від 16.11.06 року.

6. **Исаев Д.Н.** Эмоциональный стресс, психосоматические и соматопсихические расстройства у детей / **Д.Н. Исаев**. – СПб.: Речь, 2005. – 400 с.
7. Использование микрометода для бласттрансформации лимфоцитов человека и животных / **Е.П. Киселева, А.С. Цвейбах, Е.И. Гольдман, Н.В. Пигарева** // Иммунология. – 1985. – № 1. – С. 76-78.
8. **Крылов А.А.** Руководство по фитотерапии / **А.А. Крылов, В.А. Марченко**. – СПб: Питер, 2000. – 416 с.
9. **Медик В.А.** Математическая статистика в медицине / **В.А. Медик, М.С. Токмачев**. – Изд-во: Финансы и статистика, 2007. – 800 с.
10. **Моховикова А.Н.** Многоосевая классификация психических расстройств в детском и подростковом возрасте / **А.Н. Моховикова**. – СПб: Academia, 2008. – 408 с.
11. **Петри А.** Наглядная статистика в медицине / **А. Петри, К. Сэбин**. – М.: Гэотар-Медицина, 2003. – 144 с.
12. Стан психічного здоров'я населення та психіатричної допомоги в Україні (інформаційно-аналітичний огляд за 2001-2010 р.р.) / **М.К. Хобзей, М.В. Голубчиков, П.В. Волошин, Н.О. Марута [та ін.]** – Харків, 2011. – 173 с.
13. **Фролов В.М.** Моноклональные антитела в изучении показателей клеточного иммунитета у больных / **В.М. Фролов, Н.А. Пересадин** // Лабораторное дело. – 1989. – № 6. – С. 71-72.
14. **Фролов В.М.** Использование «иммунологического комплекса» для диагностики иммунных нарушений / **В.М. Фролов, Н.А. Пересадин, С.Е. Казакова** / Клиническая лабораторная диагностика. – 1994. – № 1. – С. 10-13.
15. **Чекман І.С.** Клініко-фармакологічні властивості ехінацеї / **І.С. Чекман** // Ліки України. – 2001. – № 3. – С. 25-26.
16. Энциклопедия лекарственных растений (La Sante par les plantes) / **Б. Арпаль-Шнебеллен, П. Гегу, Э. Грассар [и др.]**. – [пер. с франц.] Б.м.: Ридерз Дайджест, 2004. – 350 с
17. **Hamilton M.** Rating scale for depression / **M. Hamilton** // J. Neurolog. Neurosurg. Psychiat. – 1960. – Vol. 23. – P. 56-62.
18. **Ibeziako P.** Approach to psychosomatic illness in adolescents / **P. Ibeziako, S. Bujoreanu** // Curr. Opin. Pediatr. – 2011. – Vol. 23, № 4. – P. 384-389.
19. **McRae A.L.** Review of sertraline and its clinical applications in psychiatric disorders / **A.L. McRae, K.T. Brady** // Expert. Opin. Pharmacotherapy. – 2001. – Vol. 2, № 5. – P. 883-892.
20. Pharmacotherapy in depressed children and adolescents / **R. Taurines, M. Gerlach, A. Warnke [et al.]** // World Journal Biology Psychiatry. – 2011. – Vol. 12, № 1. – P. 11-15.
21. **Picco R.D.** Examining the Lüscher Color Test / **R.D. Picco, M.T. Dzindolet** // Percept Mot Skills. – 1994. – Vol. 79, № 3. – P. 1555-1558.
22. Prevalence and characteristics of depressive symptomatology in non-clinical adolescents / **E. Fonseca-Pedrero, M. Paino, S. Lemos-Giráldez, J. Muñiz** // Actas Esp Psiquiatr. – 2011. – Vol. 39, № (4). – P. 217-225.
23. Validity of K-SADS-PL (Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children – Present and Lifetime Version) depression diagnoses in an adolescent clinical population / **B. Lauth, G.B. Arnkelsson, P. Magnússon [et al.]** // Nord. J. Child Psychiatry. – 2010. – Vol. 64, № 6. – P. 409-420.

Рачкаускас Г.С., Височин Є.В. Вплив комбінації золофту та імуноплюсу на динаміку показників клітинного імунітету у підлітків з соматизованими депресивними розладами // Український медичний альманах. – 2011. – Том 14, № 4. – С. 151-155.

Вивчений вплив комбінації золофту та імуноплюсу на стан клітинної ланки імунітету у підлітків з соматизованими депресивними розладами (СДР). Встановлено, що у хворих підлітків з даною патологією до початку лікування мають місце зрушення з боку клітинної ланки імунітету, які характеризувалися Т-лімфопенією, зниженням кількості CD4+-лімфоцитів, імунорегуляторного індексу CD4/CD8 та пригніченням функціональної активності Т-лімфоцитів за даними реакції бласттрансформації. Застосування комбінації золофту та імуноплюсу в комплексі лікування підлітків, хворих на СДР, сприяє прискоренню нормалізації клінічних показників, а в патогенетичному плані – позитивній динаміці вивчених показників клітинної ланки імунітету.

Ключові слова: соматизовані депресивні розлади, клітинний імунітет, золофт, імуноплюс, підлітки, лікування.

Рачкаускас Г.С., Височин Є.В. Влияние комбинации золофта и иммуноплюса на динамику показателей клеточного иммунитета у подростков с соматизированными депрессивными расстройствами // Украинский медицинский альманах. – 2011. – Том 14, № 4. – С. 151-155.

Изучено влияние комбинации золофта и иммуноплюса на клеточное звено иммунитета у подростков с соматизированными депрессивными расстройствами (СДР). Установлено, что до начала лечения у больных с данной патологией были выявлены изменения со стороны клеточного звена иммунитета, которые характеризовались Т-лимфопенией, снижением количества CD4+-лимфоцитов, иммунорегуляторного индекса CD4/CD8 и функциональной активности Т-лимфоцитов по данным реакции бласттрансформации. Применение комбинации золофта и иммуноплюса в комплекс лечения подростков, больных СДР, способствует ускорению нормализации клинических показателей, а в патогенетическом плане – положительной динамике изученных показателей клеточного звена иммунитета.

Ключевые слова: соматизированные депрессивные расстройства, клеточный иммунитет, золофт, иммуноплюс, подростки, лечение.

Rachkauskas G.S., Vysochyn E.V. Influence of combination zoloft and immunoplus on dynamics indexes of cellular immunity in teenagers with somatic depressive disorders // Український медичний альманах. – 2011. – Том 14, № 4. – С. 151-155.

The influence combination of zoloft and immunoplus on the cellular immunity in teenagers with somatic depressive disorders (SDD) was studied. The substantial changes from cellular immunity which characterized by T-lymphopenia, increasing of level CD4+-lymphocytis, immunoregular index CD4/CD8 and functional activity of T-lymphocytis by reaction blasttransformation was detected at those patients. Including the combination of zoloft and immunoplus in the complex treatment of teenagers with SDD, promotes acceleration of normalisation clinical picture, and in the pathogenetic plan – indicators cellular immunity positive dynamics.

Key words: somatic depressive disorders, cellular immunity, zoloft, immunoplus, teenagers, treatment.

Надійшла 13.06.2011 р.
Рецензент: проф. С.Є.Казакова