

**ВПЛИВ КОМБІНАЦІЇ ЗОЛОФТУ ТА  
ІМУНОПЛЮСУ НА ІНТЕРФЕРОНОВИЙ СТАТУС  
КРОВІ ПІДЛІТКІВ, ХВОРИХ НА  
СОМАТИЗОВАНІ ДЕПРЕСИВНІ РОЗЛАДИ**

Г.С. Рачкаускас, Є.В. Височин, Л.Л. Погребняк,  
Є.О. Мулік

*ДЗ "Луганський державний медичний університет"  
Луганська обласна клінічна психоневрологічна лікарня*

**Вступ**

Соматизація психічних розладів є дуже маловивченою проблемою сучасної медицини. Соматичні страждання хворих, обумовлені психічною патологією дуже рідко вивчаються систематично, особливо у підлітковому віці [1]. Поодинокі дослідження, що проводяться в даному напрямку не описують існуючої структури соматизованої патології серед підлітків в Україні, а також не узагальнюють особливості клінічної картини соматизованих розладів у цієї вікової групи [9]. За даними різних авторів, 47,5% підлітків, що страждають на соматизовані депресивні розлади (СДР) при зверненні пред'являють лише соматичні скарги та відмовляються обговорювати з лікарем свої афективні переживання, розглядаючи їх як "слабкість характеру" або наслідок несприятливих життєвих ситуацій, відносин із однолітками або проблем у навчанні. 60-80 % хворих не потрапляють у поле зору психіатрів і лікуються у лікарів-педіатрів, що у свою чергу спричиняє запущеність симптоматики та хроніфікацію афективного розладу [2,18]. Розлади настрою мають тенденцію до хронічної течії, якщо вони починаються у дитячому та підлітковому віці. Саме тому пошуки нових методів лікування мають бути пріоритетним напрямком розвитку сучасної психіатрії. Нами встановлено, що у підлітків з СДР поряд із порушеннями психоемоційного фону з наявністю соматичних проявів виявляються також істотні порушення з боку імунної системи [3,14,15], що сприяє погіршанню стану таких пацієнтів та більш тривалому і важкому перебігу хвороби.

**Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами:** робота виконувалась у відповідності до основного плану науково-дослідних робіт (НДР) ДЗ "Луганський державний медичний університет" 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 впливу комбінації золофту та імуноплюсу на інтерфероновий статус крові підлітків, хворих на соматизовані депресивні розлади.

**Матеріали та методи дослідження**

Під наглядом знаходилося 78 підлітків, яким був виставлений діагноз за МКХ-10: легкий депресивний епізод з соматичними симптомами (F32.01); помірний депресивний епізод з соматичними симптомами (F32.11); рекурентний депресивний розлад, поточний епізод легкого ступеню важкості з соматичними симптомами (F33.01) та рекурентний депресивний розлад, поточний епізод помірного ступеню важкості з соматичними симптомами (F33.11) [10]. Усі обстежені були розподілені на дві групи - основну (40 пацієнтів) і зіставлення (38 хворих). Обидві групи хворих були рандомізовані за статтю, віком та тривалістю захворювання. Хворі групи зіставлення отримували лише загальноприйнятту терапію для лікування СДР, а саме антидепресанти групи СІЗЗС (флуоксетин, флувоксамин), препарати групи похідних бензодіазепінів (феназепам, діазепам), а також у разі необхідності їм призначалися антипсихотичні засоби групи "малих нейрорептиків" (тіорідазін, сульпілід). Пацієнти основної групи отримували комбінацію антидепресанту золофту по 1 таблетці (0,05 г) 1 раз на добу зранку протягом 28-35 днів поспіль та фітозасобу імуноплюсу по 1 таблетці (100 мг) 1 раз на добу внутрішньо протягом 20 днів поспіль.

Золофт - антидепресант групи селективних інгібіторів зворотнього захоплення серотоніну (СІЗЗС), діючою речовиною якого є сертраліну гідрохлорид. Золофт має високу ефективність, порівняну з ефективністю лікування трициклічними антидепресантами (ТЦА), але при цьому відрізняється значно кращою переносимістю і вищим профілем безпеки [13]. Зо-

лофт інгібує зворотне захоплення серотоніну (5-HT) в нейронах ЦНС і перевершує в цьому відношенні амітриптилін в 100-200 разів, флувоксамін в 9 разів, флуоксетин в 5 разів і кломіпрамін в 2 рази [5]. В результаті збільшується вміст серотоніну в синапсах, з чим зв'язують антидепресивний і антитривожний ефект золофту. При цьому золофт виявляє дуже слабку дію на зворотне захоплення норадреналіну і дофаміну та не інгібує моноаміноксидазу. Селективність сертраліну відносно серотоніну і низька афінність 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, ортостатична гіпотонія і седация, що часто виникають при лікуванні ТЦА [12]. Період напіввиведення з плазми сертраліну гідрохлориду складає 26 годин, що є достатнім для прийому одноразової добової дози, при цьому виключає ризик кумуляції препарату і розвитку дозозалежних побічних ефектів. При регулярному прийомі в дозах 50-200 мг один раз на добу рівноважний стан досягається приблизно через 1 тиждень, причому і швидкості всмоктування та виведення зрівнюються, тому концентрація препарату в організмі залишається практично постійною. Показаннями до застосування золофту є ДР, в тому числі з наявністю тривоги, obsесивно-компульсивний розлад, панічні розлади з наявністю або відсутністю агорафобії, посттравматичний стресовий розлад, соціальна фобія (соціальний тривожний розлад) [5]. Існують лише поодинокі роботи по використанню золофту у комбінації з імунотропними та метаболічно активними препаратами у дорослих хворих на ДР та їхній вплив на імунні та біохімічні показники [13]. Застосування сертраліну гідрохлориду (золофту) дозволене у дітей з 6 років та підлітків (Taurines R. et al., 2011). Випускається препарат у пігулках по 50 мг та 100 мг. Золофт 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.

Імуноплюс - це засіб рослинного походження, який випускається у вигляді таблеток, кожна з яких містить 100 мг сухого віджа-

того соку ехінацеї пурпурової. Коріння, листя та суцвіття цієї рослини містять у своєму складі фізіологічно активні речовини різних хімічних класів: гідрофільні сполуки, ліпофільні речовини, біметали, які виявляють імуномодулюючий вплив на організм [6]. 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, тим самим активізуючи неспецифічну резистентність організму [4]. Крім регулюючого впливу на імунну систему, препарати ехінацеї володіють протимікробною, противірусною, фунгіцидною, протизапальною, антиоксидантною, протиалергійною активністю, оказують радіопротекторну дію, стимулюють функціональну активність ЦНС, сприяють загоюванню ран, опіків, виразок [6]. 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.

Психопатологічне обстеження виконувалося за допомогою наступних психометричних шкал: шкала Гамільтона для оцінки депресії (HDRS) [17] та шкала Монтгомері-Асберг для оцінки депресії (MADRS) [16].

Поряд із загальноклінічним та психопатологічним дослідженнями всім хворим у перші та останні 1-2 дні перебування у стаціонарі здійснювали дослідження показників ІФС. Дослідження концентрації  $\alpha$ - та  $\gamma$ -ІФН проводилося методом твердофазного ІФА на лабораторному обладнанні виробництва фірми Sanofi Diagnostics Pasteur (Франція), в тому числі імуноферментному аналізаторі PR 2100, за допомогою сертифікованих в Україні тест-систем виробництва НПО "Диагностические системы" (РФ - Н. Новгород) [11].

Отримані цифрові дані обробляли математично за допомогою стандартних пакетів прикладних програм (Microsoft® Windowsxp Professional, Microsoft® Office 2007, Statistica 6.0) на персональному комп'ютері Intel® Core 2 Duo® 2,66 GHz з обчисленням таких показників: середньої арифметичної вели-

чини - M; стандартного відхилення від середньої арифметичної величини - m; показника достовірності - p [7,8].

#### Отримані дані та їхній аналіз

Основними скаргами в обох групах обстежених до лікування були дратівливість або гнів (68%), відчуття смутку і безнадійності (71%), соціальна самоізоляція (44%), підвищення чутливості і відчуття знедоленості (34%), підвищена стомлюваність і зниження життєвої енергії (59%), зміна апетиту (43%), безсоння або підвищена сонливість (64%), словесні спалахи або плач (12%), важкість у зосередженні (78%), фізичні нездужання (91%), що не піддавалися лікуванню, відчуття даремності або провини (57%), думки про смерть або самогубство (68%), труднощі з мисленням і важкість концентрації (31%). Серед об'єктивних соматичних симптомів у обстежених відмічалися анорексія (41%), булімія (21%), цефалгії (25%), кардіалгії (34%), абдоміналгії (64%), фіброміалгії (32%), невралгії (12%), спондилоалгії (8%), синдром вегето-судинної дистонії (21%), запаморочення (54%), функціональні порушення з боку внутрішніх органів (91%), безсоння (21%), гіперсомнія (33%).

До початку проведення лікування в обох групах обстежених пацієнтів були виявлені однотипові порушення афективного фону стосовно до сучасних психометричних шкал (таблиця 1).

Таблиця 1

#### Показники важкості депресивного синдрому у підлітків з СДР, до початку лікування

Психометрична шкала	Норма (бали)	Групи хворих на СДР		P
		основна (n=40)	зіставлення (n=38)	
HDRS	7,1±0,6	13,1±1,3**	12,9±1,2**	>0,1
MADRS	10,1±1,5	16,5±1,9**	16,3±1,8**	>0,1

Примітки: в таблиці 1, 3 стовпчик P 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 1 видно, у пацієнтів основної групи обстежених показники депресивного стану перевищували показники норми за шкалою HDRS - у 1,9 рази та за шкалою MADRS - у 1,6 рази. В групі зіставлення кратність перевищення стосовно норми складала за шкалою HDRS - у 1,8 та за шкалою MADRS - у 1,6 рази.

При цьому не було встановлено вірогідної 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.

Початкові показники інтерференового статусу у підлітків, хворих на СДР, характеризувалися істотним зниженням активності СІФ, а також вмісту як  $\alpha$ -, так і  $\gamma$ -ІФН у сироватці крові пацієнтів (таблиця 2).

Таблиця 2

#### Показники інтерференового статусу у підлітків, хворих на СДР до початку лікування (M±m)

Показники	Норма	Групи хворих на СДР		P
		основна (n=40)	зіставлення (n=38)	
СІФ, МО/мл	2,85±0,05	0,99±0,06***	0,96±0,08***	>0,1
$\alpha$ -ІФН, пг/мл	22,1±0,9	11,6±1,7***	12,3±1,3***	>0,05
$\gamma$ -ІФН, пг/мл	18,6±0,8	9,8±0,7***	10,3±0,9***	>0,05

Примітка: у таблицях 2, 4 достовірність розбіжностей в порівнянні з нормою: \* - P<0,05, \*\* - P<0,01, \*\*\* - P<0,001. Стовпчик P - достовірність розбіжностей між основною групою і групою зіставлення.

З таблиці 2 видно, що початкова активність СІФ була нижче за норму в середньому в 2,9 рази в основній групі і 3,0 рази в групі зіставлення. Рівень  $\alpha$ -ІФН у крові обстежених хворих була в 1,9 рази нижче за норму в основній групі і в 1,8 рази - в групі зіставлення; Вміст  $\gamma$ -ІФН у крові був відповідно в 1,9 рази і 1,8 рази нижче норми. При цьому достовірних відмінностей між показниками інтерференового статусу в обох групах підлітків, хворих на СДР (основної та зіставлення) не виявлено (P>0,05). Отже, початкові показники інтерференового статусу у обстежених підлітків, хворих на СДР характеризувалися істотним зниженням активності СІФ і пригніченням інтерференогенезу, про що свідчить значне зменшення вмісту як  $\alpha$ -, так і  $\gamma$ -ІФН у сироватці крові хворих (рисунок 1).

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, відчут-

тя смутку і безнадійності - 29%, соціальну самоізоляцію - 15%, підвищення чутливості і відчуття знедоленості - 14%, підвищену стомлюваність і зниження життєвої енергії - 36%, зміна апетиту - 22%, безсоння або підвищену сонливість - 47%, словесні спалахи або плач - 7%, важкість у зосередженні - 49%, , труднощі з мисленням і важкість концентрації - 16%, фізичні нездужання, що не піддавалися лікуванню - 55%, відчуття даремності або провини - 32%, думки про смерть або самогубство - 20%. Серед соматичної симптоматики відмічалася анорексія (21%), булімія (13%), цефалгії (12%), кардіалгії (26%), абдоміналгії (30%), фіброміалгії (15%), невралгії (5%), синдром вегето-судинної дистонії (16%), запаморочення (33%), функціональні порушення з боку внутрішніх органів (60%), безсоння (11%), гіперсомнія (13%).

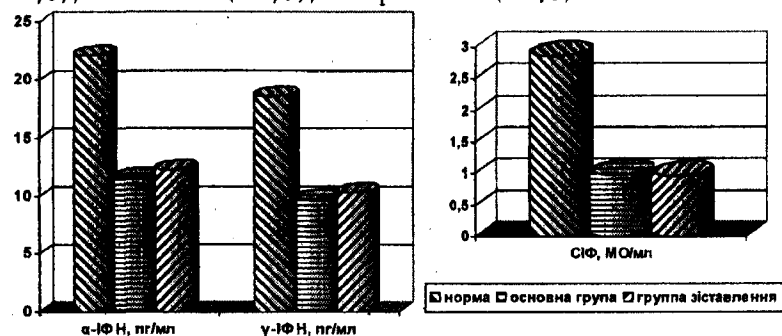


Рисунок 1. Показники інтерференового статусу крові підлітків, хворих на СДР до початку лікування.

При повторному вивченні стану хворих після завершення курсу лікування було встановлено, що в основній групі, яка отримувала комбінацію золофту та імуноплюсу, практично усі показники, стосовно психометричних шкал, нормалізувалися (таблиця 3).

Таблиця 3

**Показники важкості депресивного синдрому у підлітків з СДР, після проведеного лікування**

Психометрична шкала	Норма (бали)	Групи хворих на СДР		p
		основна (n=40)	зіставлення (n=38)	
HDRS	7,1±0,6	7,4±0,7	11,1±1,1*	<0,05
MADRS	10,1±1,5	10,3±1,6	14,2±1,7*	<0,05

Так, з таблиці 3 видно, що в основній групі хворих на СДР відмічалася нормалізація вивчених показників згідно з психометричними шкалами та відсутність 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 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, бали за шкалами HDRS та MADRS в основній групі були нижче аналогічних показників в групі зіставлення в 1,5 та 1,38 рази відповідно.

Повторне вивчення інтерференового статусу після завершення лікування дозволило встановити, що вивчені показники у підлітків, які отримували комбінацію золофту та імуноплюсу, істотно покращилися (таблиця 4).

Таблиця 4

**Показники інтерференового статусу у підлітків, хворих на СДР після завершення лікування ( $M\pm m$ )**

Показники	Норма	Групи хворих на СДР		P
		основна (n=40)	зіставлення (n=38)	
СІФ, МО/мл	2,85±0,05	2,28±0,08*	1,25±0,09***	<0,1
α-ІФН, пг/мл	22,1±0,9	21,7±0,9	13,0±0,7**	<0,01
γ-ІФН, пг/мл	18,6±0,8	18,3±0,9	13,8±0,8**	<0,05

З таблиці 4 видно, що в основній групі активність СІФ зростає за цей період в середньому в 2,3 рази, тоді як в групі зіставлення - тільки в 1,3 рази у порівнянні з початковим рівнем. В результаті кратність розбіжностей рівня СІФ в основній групі і групі зіставлення склала 1,8 рази ( $P<0,01$ ). Підвищився також вміст α-ІФН та γ-ІФН у крові хворих основної групи який досяг межі норми ( $P<0,1$ ), тоді як в групі зіставлення рівень α-ІФН в цей період обстеження був в середньому в 1,7 рази нижче за норму ( $P<0,01$ ) і γ-ІФН - в 1,6 рази ( $P<0,01$ ). Це свідчить про позитивний вплив золофту та імуноплюсу на інтерфероновий статус організму підлітків, хворих на СДР (рисунок 2).

Отримані результати дозволяють вважати, що застосування комбінації антидепресанту групи селективних інгібіторів серотоні-

ну золофту та імуноактивного препарату рослинного походження імуноплюсу в комплексі лікування хворих підлітків на СДР сприяє більш швидкому та якісному покращенню психоемоційного фону хворих, а також нормалізації показників інтерферонового статусу. Виходячи з цього, ми вважаємо застосування комбінації золофту та імуноплюсу в комплексі лікування підлітків із СДР патогенетично обґрунтованим та клінічно доцільним.

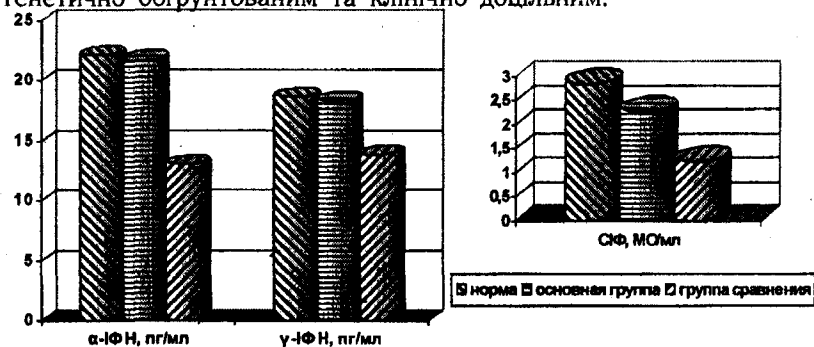


Рисунок 2. Показники інтерферонового статусу крові підлітків, хворих на СДР, після проведеного лікування.

### Висновки

1. До початку лікування в обох групах обстежених підлітків з діагнозом СДР сосстерігалися дратівливість, відчуття смутку і безнадійності, соціальна самоізоляція, підвищення чутливості і відчуття знедоленості, підвищена стомлюваність і зниження життєвої енергії, зміна апетиту, порушення сну, словесні спалахи або лякримальні реакції, важкість у зосередженні, фізичні нездужання, що не піддавалися лікуванню, відчуття даремності або провини, думки про смерть або самогубство (68%), важкість концентрації.

2. При проведенні імунологічного обстеження було встановлено, що початкова активність СІФ була нижче за норму в середньому в 2,9 рази в основній групі і 3,0 рази в групі зіставлення. Рівень α-ІФН у крові обстежених хворих була в 1,9 рази нижче за норму в основній групі і в 1,8 рази - в групі зіставлення; вміст γ-ІФН у крові був відповідно в 1,9 рази і 1,8 рази нижче норми. При цьому достовірних відмінностей між показниками інтерферонового статусу в обох групах підлітків, хворих на СДР (основної та зіставлення) не виявлено ( $P > 0,05$ ).

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, внаслідок чого у частини пацієнтів зберігалися як скарги на самопочуття, так і соматичні прояви хвороби.

4. При проведенні імунологічного обстеження після завершення лікування було встановлено, що в основній групі активність СІФ зросла за цей період в середньому в 2,3 рази у порівнянні з початковим рівнем. Підвищився також вміст α-ІФН та γ-ІФН у крові хворих основної групи який досяг межі норми ( $P < 0,1$ ).

5. Отримані результати дозволяють вважати, що застосування комбінації антидепресанту групи селективних інгібіторів серотоніну золофту та імуноактивного препарату рослинного походження імуноплюсу в комплексі лікування хворих підлітків на СДР сприяє більш швидкому та якісному покращенню психоемоційного фону хворих, а також нормалізації показників інтерферонового статусу. Виходячи з цього, ми вважаємо застосування комбінації золофту та імуноплюсу в комплексі лікування підлітків із СДР патогенетично обґрунтованим та клінічно доцільним.

### Література

1. Антропов Ю.Ф. Соматизация психических расстройств в детском возрасте / Ю.Ф. Антропов, С.В. Бельмер. - М.: Медпрактика-М, 2005. - 444 с.

2. Венар Ч. Психопатология развития детского и подросткового возраста / Ч. Венар, П. Кериг. - СПб.: Прайм-ЕВ-РОЗНАК, 2007. - 670 с.

3. Височин Є.В. Динаміка показників фагоцитарної активності моноцитів у підлітків з депресивними розладами / Є.В. Височин, Г.С. Рачкаускас // Проблеми екологічної та медичної генетики і клінічної імунології: Зб. наук. праць. - Київ; Луганськ; Харків, 2008. - Вип. 1-2 (82-83). - С. 57-63.

4. Гарник Т.П. Эхинацея пурпурная как лекарственное растение и перспективы применения новых лекарственных препаратов из этого растения / Т.П. Гарник, В.М. Фролов, Н.А. Пересадин // Проблеми екологічної та медичної генетики і клінічної імунології: зб. наук. праць. - Київ; Луганськ; Харків, 2007. - Вип. 1-2 (76-77). - С.19-39.

5. Данилов А.Б. Золофт. Возможности клинического применения / А.Б. Данилов // *Русский медицинский журнал*. - 2007. - № 24. - С. 1828-1833.

6. Імуноплюс - інструкція для клінічного застосування препарату / Затверджена наказом МОЗ України № 758 від 16.11.06 р.

7. 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.

8. 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.

9. Мішиєв В.Д. Сучасні депресивні розлади: Керівництво для лікарів / В.Д. Мішиєв. - Львів: Мс, 2004. - 208 с.

10. Моховикова А.Н. Многоосевая классификация психических расстройств в детском и подростковом возрасте / А.Н. Моховикова. - СПб: ACADEMIA, 2008. - 408 стр.

11. Микрометод определения интерферонового статуса человека в пробах цельной крови / И.В. Дзюблик, Л.Д. Кривохатская, Е.П. Трофименко, Е.В. Ковалюк // *Лабораторная диагностика*. - 2001. - №1. - С. 34-37.

12. Олейчик И.В. Эффективность и переносимость золофта (сертралина) при лечении юношеских депрессий / И.В. Олейчик, В.В. Артюх // *Психиатрия и психофармакотерапия*. - 2004. - № 1. - С. 16-19.

13. Поздеева Е.А. Золофт (сертралин) в клинической практике (обзор) / Е.А. Поздеева, П.В. Морозов // *Психиатрия и психофармакотерапия*. - 2008. - Т. 10, № 5. - С. 34-39.

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

15. Рачкаускас Г.С., Височин Є.В., Погребняк Л.Л., Рачкаускас І.Г., Мулік Є.О. Вплив комбінації золофту та імуноплюсу на динаміку морфологічних показників мікрогемоциркуляції у підлітків з соматизованими депресивними розладами // *Український морфологічний альманах*. - 2011. - Т. 9, № 4. - С. 77-81.

16. Montgomery S.A. A new depression scale designed to be sensitive to change / S.A. Montgomery, M. Asberg // *Br. J. Psychiatry*. - 1979. - Vol. 134. - P. 382-389.

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

18. *Psychiatric diagnosis in child and adolescent suicide* / D. Shaffer, M.S. Gould, P. Fisher, P. Trautman // *Arch. Gen. Psychiatry*. - 1996. - Vol. 53, № 4. - P 339-348.

## Резюме

**Рачкаускас Г.С., Височин Є.В., Погребняк Л.Л., Мулік Є.О.** Вплив комбінації золофту та імуноплюсу на інтерфероновий статус підлітків, хворих на соматизовані депресивні розлади.

Застосування комбінації сучасних препаратів антидепресанту золофту та імуноактивного препарату рослинного походження імуноплюсу в комплексі лікування підлітків з соматизованими депресивними розладами виявило, що дана комбінація препаратів поліпшує психоемоційний фон хворих та нормалізує інтерфероновий статус крові, що, в свою чергу, скорочує терміни лікування та сприяє формуванню більш якісної ремісії.

**Ключові слова:** соматизовані депресивні розлади, інтерфероновий статус крові, золофт, імуноплюс, підлітки, лікування.

## Резюме

**Рачкаускас Г.С., Височин Є.В., Погребняк Л.Л., Мулік Є.О.** Влияние комбинации золофта и иммуноплюса на интерфероновый статус крови подростков, страдающих соматизированными депрессивными расстройствами.

Применение комбинации современных препаратов антидепрессанта золофта и иммуноактивного препарата растительного происхождения иммуноплюса в комплексе лечения подростков с соматизированными депрессивными расстройствами показало, что данная комбинация препаратов улучшает психоэмоциональный фон больных и нормализует интерфероновый статус крови, что, в свою очередь, сокращает термны лечения и способствует формированию более качественной ремиссии.

**Ключевые слова:** соматизированные депрессивные расстройства, интерфероновый статус крови, золофт, иммуноплюс, подростки, лечение.

## Summary

**Rachkauskas G.S., Vysochyn Ye.V., Pogrebnyak L.L., Mulik Ye.O.** Effect of combination of Zoloft and Immunoplus on interferon status in the blood of adolescents with somatic depressive disorders.

The using of a combination of modern antidepressant Zoloft and immunoactive preparation Immunoplus in the complex treatment of adolescents with somatistic depressive disorders showed that this combination of preparation improves the psycho-emotional background of patients and normalizes of blood interferon status, which, in turn, reduces the terms of treatment and promotes better remission.

**Key words:** somatic depressive disorders, interferon status of blood, Zoloft, Immunoplus, teens, treatment.

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