

с данной патологии. Обоснована целесообразность применения комплексных препаратов витаминов группы В.

Ключевые слова: дорсалгия, Кокарнит, остеохондроз, боль в нижнем отделе спины.

PECULIARITIES OF TREATMENT VERTEBROGENIC PAIN SYNDROMES

O. Klymenko, I. Belska (Kiev, Ukraine)

P. L. Shupik National Medical Academy of Post-graduate Education

The results of studying the pathogenetic features of back pain at vertebrogenic of Spine, and disorders of life of patients in relation to it. Application of therapy with the standard treatment and the complex medicine of the vitamins B.

Key words: dorsalgia, Cocarnit, osteochondrosis, low back pain.

УДК 616.895.4–092.612.017.018.2

Надійшла 03.07.2013

І. Ф. ТЕРЬОШИНА

ПОКАЗНИКИ МАКРОФАГАЛЬНОЇ ФАГОЦИТУЮЧОЇ СИСТЕМИ У ХВОРИХ З РЕКУРЕНТНИМИ ДЕПРЕСИВНИМИ РОЗЛАДАМИ

Кафедра психіатрії і наркології (зав. – проф. С. Є. Казакова) ДЗ «Луганський державний медичний університет» <sotckaya@mail.ru>

Вивчено показники макрофагальної фагоцитуючої системи (МФС) шляхом дослідження фагоцитарної активності моноцитів (ФАМ) у хворих з рекурентними депресивними розладами (РДР). Встановлено, що до початку лікування у хворих з РДР мало місце зниження показників ФАМ, що свідчило про пригнічення МФС.

Ключові слова: рекурентні депресивні розлади, макрофагальна фагоцитуюча система, патогенез.

Вступ. Рекурентні депресивні розлади (РДР) – психічне захворювання, яке знижує працездатність, страждає як хворий, так і його оточення, тому важливе значення має виявлення взаємозв'язку між патофізіологічними і нейрохімічними механізмами розвитку депресій і клінічною феноменологією РДР і, як наслідок, розробка патогенетично обґрунтованих методів лікування [5, 7, 11]. За даними ВООЗ, депресія посідає друге місце після серцево-судинних захворювань за кількістю днів непрацездатності та інвалідизації [13]. Актуальність даної проблеми підтверджується і високими показниками смертності внаслідок високого ризику суїцидальної поведінки: до 90 % всіх суїцидів відбувається у стані депресії [4].

Раніше проведеними дослідженнями встановлено взаємозв'язок між перебігом багатьох хронічних хвороб психічної сфери та імунобіологічними процесами в організмі хворого [1]. Тому значення стану імунної системи психічно хворого поширюється не тільки на загальновизнані нейроімунологічні процеси в експерименті, але й на захворювання центральної нервової системи в цілому [1, 7, 8]. Ієрархічна організація всіх регулюючих систем організму, гуморальні механізми взаємодії клітинних популяцій, точками прикладання яких є всі тканини й органи, зумовлює можливість кореляції у функціонуванні нервової та імунної систем організму [2, 9, 11]. Якщо вважати, що нейропатологічні та імунпатологічні синдроми мають спільні базові механізми, тоді можна розглядати всю систему біологічного блоку адаптації через реально спостережувані (доступні фіксації в лабораторних тестах) порушення імунного гомеостазу. Це дозволяє оцінити стан забезпечуваного відповідними функціональними системами пристосувального результату та його відхилення від оптимального для метаболізму рівня [9].

Слід відмітити, що недостатність даних про вплив імунної системи організму на виникнення патологічних станів у психічній сфері зумовила необхідність пошуку патогенетичних механізмів порушень психонейроімунних взаємодій у хворих з ендогенними психічними розладами [10]. Враховуючи суттєву роль імунних порушень у хворих з РДР, ми вважали доцільним та перспективним вивчити стан макрофагальної фагоцитуючої системи (МФС).

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами. Дана робота виконувалась відповідно до основного плану науково-дослідницької роботи (НДР) ДЗ «Луганський державний медичний університет» і являє собою фрагменти теми НДР «Імунні та метаболічні порушення в патогенезі шизофренії і депресивних розладів різного генезу та їх корекція» (№ держреєстрації 0108U009465).

Мета дослідження – вивчення стану МФС у хворих з РДР різного ступеня тяжкості.

Матеріали і методи. Проведено клініко-психопатологічне та клініко-психодіагностичне обстеження 117 хворих з РДР. Діагноз РДР тривалий епізод легкого ступеня (F33.00) встановлено у 27 (23,1 %), РДР тривалий епізод помірного ступеня (F33.1) – у 49 (41,9 %) хворих, РДР тривалий епізод тяжкий без психотичних симптомів (F33.2) – у 41 (35 %). Хворих з діагнозом РДР тривалий епізод тяжкий з психотичними симптомами ми не розглядали, оскільки вони потребували лікування в умовах психіатричного стаціонару. Вік хворих становив від 25 до 55 років та старше (переважно від 30 до 45 років – у 65,7 %), середній вік – $(32,4 \pm 6,8)$ року, жінок було 82 (70,1 %), чоловіків – 35 (29,9 %). Спостереження за станом пацієнтів проводили 1 раз на місяць протягом 24 міс. У процесі спостереження реєстрували всі загострення та повторні епізоди з ознакою ступеня тяжкості, часу виникнення та їх тривалість. Під рецидивом слід розуміти розвиток депресивної симптоматики, яка зберігалась не менш 2 тиж і відповідала критеріям МКХ-10 для легкого (F33.00), помірного (F33.1) та тяжкого епізоду без психотичних симптомів (F33.2). При виникненні депресивного розладу між запланованими зверненнями проводили додаткове обстеження хворих.

Клінічне спостереження за хворими в амбулаторних умовах здійснювали протягом 2010–2013 рр. в умовах Луганської обласної клінічної психоневрологічної лікарні, застосовано Міжнародну класифікацію хвороб 10-го перегляду (МКХ-10).

Для реалізації мети поряд із загальноприйнятим обстеженням всім хворим проводили імунологічне дослідження, спрямоване на аналіз функціонального стану МФС. При цьому для оцінки здатності макрофагальної/моноцитарної ланки імунної відповіді застосовували метод фагоцитарної активності моноцитів (ФАМ) периферичної крові як найбільш придатний для проведення досліджень у клінічній практиці [6]. Використовували оригінальний чашковий метод вивчення ФАМ з аналізом таких фагоцитарних показників: фагоцитарного індексу (ФІ), фагоцитарного числа (ФЧ), індексу атракції (ІА) та індексу перетравлення (ІП). При цьому вважали, що ФІ – кількість фагоцитуючих моноцитів на 100 моноцитів, виділених з периферичної крові хворого (%); ФЧ – середня кількість мікробних тіл, поглинутих одним моноцитом, що фагоцитуює; ІА – кількість мікробів, що знаходиться у фазі прилипання (адгезії) до одного моноциту (середній показник, %); ІП – кількість мікробів у фазі перетравлення на 100 моноцитів [6]. Як об'єкт фагоцитозу використовували живу добову культуру тест-штаму *Staph. aureus* (штам 505), отриманого з Інституту ім. Пастера (Санкт-Петербург, Росія).

Статистичну обробку одержаних результатів здійснювали на персональному комп'ютері Intel Pentium III 800 за багатофакторним дисперсійним аналізом з використанням пакетів ліцензійних програм Microsoft Office 97, Microsoft Excel Stadia 6.1./prof та Statistica [3].

Результати та їх обговорення. При проведенні дослідження було встановлено, що в фазі загострення патологічного процесу у всіх хворих з РДР мали місце суттєві порушення МФС, які проявлялися у зниженні індексів ФАМ, особливо

показника, що характеризує фазу перетравлення, – ІІІ; це свідчило про незавершеність процесів перетравлення. В більшості випадків максимальні зрушення вивчених показників були у хворих з РДР тривалого епізоду тяжкого без психотичних симптомів (F33.2), мінімальні – у хворих з РДР тривалого епізоду легкого ступеня (F33.00) (таблиця).

Показники фагоцитарної активності макрофагів у хворих з рекурентними депресивними розладами ($M \pm m$)

Показник ФАМ, %	Норма	РДР		
		(F33.00) (n = 30)	(F33.1) (n = 35)	(F33.2) (n = 31)
ФІ	26,5 ± 2,0	20,3 ± 1,5*	18,1 ± 1,8**	16,2 ± 1,9***
ФЧ	4,00 ± 0,15	3,10 ± 0,13*	2,80 ± 0,16**	2,6 ± 0,2***
ІА	14,8 ± 0,4	12,2 ± 0,4*	11,1 ± 0,3*	10,3 ± 0,2**
ІІІ	25,0 ± 1,5	19,6 ± 1,1*	15,50 ± 0,25***	14,1 ± 0,3***

Примітка. Достовірність різниці щодо норми: * при $P < 0,05$, ** при $P < 0,01$, *** при $P < 0,001$.

Так, у хворих з РДР (F33.0) до початку лікування ФІ становив у середньому (20,3 ± 1,5) %, що в 1,3 раза менше норми ($P < 0,05$); ФЧ – в середньому 3,10 ± 0,13, що в 1,29 раза нижче норми ($P < 0,05$); ІА – в середньому (12,2 ± 0,4) %, що в 1,21 раза нижче норми ($P < 0,05$); ІІІ у хворих з РДР тривалий епізод легкого ступеня становив до початку лікування в середньому (19,6 ± 1,1) %, що в 1,28 раза менше норми ($P < 0,05$) (див. таблицю).

В осіб з РДР тривалий епізод помірного ступеня (F33.1) рівень пригнічення показників ФАМ був більш вираженим, при цьому ФІ до лікування в середньому становив (18,1 ± 1,8) %, в 1,46 раза нижче норми ($P < 0,01$); ФЧ – 2,80 ± 0,16, в 1,43 раза нижче норми ($P < 0,01$); ІА – в середньому (11,1 ± 0,3) %, в 1,33 раза нижче норми ($P < 0,05$); ІІІ – в середньому (15,50 ± 0,25) %, в 1,61 раза нижче норми ($P < 0,01$) (див. таблицю).

У хворих з РДР (F33.2) ФІ становив у середньому (16,2 ± 1,9) %, в 1,64 раза нижче норми ($P < 0,001$); ФЧ – 2,6 ± 0,2, в 1,54 раза нижче норми ($P < 0,001$); ІА – (10,3 ± 0,2) %, в середньому в 1,44 раза нижче норми ($P < 0,001$); ІІІ – в середньому (14,1 ± 0,3) %, в 1,77 раза менше норми ($P < 0,001$) (див. таблицю).

Таким чином, у всіх обстежених нами хворих з РДР до початку лікування відмічається пригнічення МФС, що проявляється у зниженні всіх показників ФАМ, найбільш виражені порушення спостерігаються у пацієнтів з РДР тривалий епізод тяжкий без психотичних симптомів (F33.2), у хворих з РДР тривалий епізод легкого ступеня (F33.00) менш виражені.

Отже, отримані дані свідчать про те, що у хворих з РДР на момент загострення даного захворювання має місце закономірне зниження усіх вивчених показників ФАМ, особливо ІІІ; це вказує на незавершеність процесів фагоцитозу. Відомо, що процеси фагоцитозу макрофагально-моноцитарними клітинами мають суттєве значення для елімінації патогенних агентів з кровотоку, зокрема найбільш патогенних середньомолекулярних імунних комплексів. Зниження показників ФАМ, особливо фази перетравлення, тобто незавершеність процесів фагоцитозу, може негативно впливати на стан імунологічного гомеостазу в цілому. Вважаємо, що в подальшому доцільним є вивчення ефективності в комплексі лікування хворих на неалкогольний стеатогепатит сучасних імуноактивних препаратів з метою імунокорекції імунного гомеостазу, перш за все стану МФС, що забезпечить зменшення імовірності прогресування хвороби.

Висновки. Наведено теоретичне узагальнення та практичне вирішення актуального завдання клінічної психіатрії – вивчення імунопатогенезу РДР. Встановлено, що у хворих з РДР відмічається пригнічення МФС, що проявляється у зниженні

всіх показників ФАМ. Показано, що зниження фагоцитарних показників залежить від варіанта клінічного перебігу РДР: мінімальне при тривалому епізоді легкого ступеня (F33.00) та максимальне при тяжкому тривалому епізоді без психотичних симптомів (F33.2).

Список літератури

1. Кутько И. И., Фролов В. М., Рачкаускас Г. С. Клиническая иммунология депрессий. – Харьков; Луганск, 2007. – 216 с.
2. Кутько И. И., Фролов В. М., Рачкаускас Г. С. Динамика циркулирующих иммунных комплексов и их молекулярный состав у больных соматоформными депрессивными расстройствами при лечении мелитором и полиоксидонием // Укр. мед. альманах. – 2009. – Т. 9, № 3. – С. 45–49.
3. Лапач С. Н., Чубенко А. В., Бабич П. Н. Статистические методы в медико-биологических исследованиях с использованием Excel. – К.: Морион, 2000. – 320 с.
4. Психічне здоров'я населення України: інформаційно-аналітичний огляд за 1990–2011 рр. – К.: МОЗ України, 2012. – 152 с.
5. Смулевич А. Б. Депрессия как общемедицинская проблема: вопросы клиники и терапии // Consilium med. – 2006. – Т. 8, № 3. – С. 92–94.
6. Фролов В. М., Пересадин Н. А., Гаврилова Л. А. Определение фагоцитарной активности моноцитов периферической крови у больных // Лаб. дело. – 1990. – № 9. – С. 27–29.
7. Burck J. D. Epidemiology of mental disorders // Textbook of Psychiatry / Eds: R. A. Hales, S. C. Yudofsky, J. A. Talbott. – New York: The American Psychiatric Press, 2004. – P. 67–89.
8. Eyre H. A., Papps E., Baune B. T. Treating depression and depression-like behavior with physical activity: an immune perspective // Front Psychiatry. – 2013. – Vol. 4. – P. 3–5.
9. Gibney S. M., Drexhage H. A. Evidence for a dysregulated immune system in the etiology of psychiatric disorders // J. Neuroimmune Pharmacol. – 2013. – N 5. – P. 53–57.
10. Kronfol Z. Immune dysregulation in major depression: a critical review of existing evidence // Int. J. Neuropsychopharmacol. – 2002. – Vol. 5. – P. 333–343.
11. Smoski M. J., Keng S. L., Schiller C. E. Neural mechanisms of cognitive reappraisal in remitted major depressive disorder // Int. J. Risk Saf. Med. – 2013. – Vol. 25, N 2. – P. 105–109.
12. Weck F., Rudari V., Hilling C. Relapses in recurrent depression 1 year after maintenance cognitive-behavioral therapy: The role of therapist adherence, competence, and the therapeutic alliance // Psychiatry Res. – 2013. – Vol. 6. – P. 121–125.
13. www.who.int.

ПОКАЗАТЕЛИ МАКРОФАГАЛЬНОЙ ФАГОЦИТИРУЮЩЕЙ СИСТЕМЫ У БОЛЬНЫХ С РЕКУРРЕНТНЫМИ ДЕПРЕССИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ

И. Ф. Терёшина (Луганск)

Изучены показатели макрофагальной фагоцитирующей системы (МФС) путём исследования фагоцитарной активности моноцитов (ФАМ) у больных с рекуррентными депрессивными расстройствами (РДР). Установлено, что до начала лечения у больных с РДР наблюдалось снижение показателей ФАМ, что свидетельствовало об угнетении функционального состояния МФС.

Ключевые слова: рекуррентное депрессивное расстройство, макрофагальная фагоцитирующая система, патогенез.

MACROPHAGE PHAGOCYtic SYSTEM AT THE PATIENTS WITH RECURRENT DEPRESSIVE DISORDER

I. F. Teryshina (Lugansk, Ukraine)

SE «Lugansk state medical university»

The macrophage phagocytic system (MPS) indexes by the study of phagocytic activity of macrophages (PAM) at the patients with recurrent depressive disorder (RDD) was studied. It is set that before treatment of the patients with RDD was reduced the indexes of PAM, that testified to oppression of a functional condition MPS.

Key words: depressed recurrent disorder, macrophage phagocytic system, pathogenesis.