

ЕФЕКТИВНІСТЬ КОМБІНАЦІЇ ЗОЛОФТУ ТА ІМУНОПЛЮСУ В ЛІКУВАННІ ПІДЛІТКІВ З СОМАТИЗОВАНИМИ ДЕПРЕСИВНИМИ РОЗЛАДАМИ

Рачкаускас Г.С., Височин Є.В., Рачкаускене І.Г., Мулік Є.О.

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

Вступ. Проблема депресивних та коморбідних з ними тривожних, фобічних, obsесивних та соматизованих розладів у сучасному суспільстві набуває світового глобального характеру. В Україні показник захворюваності на афективні розлади (АР) за останні десять років має чітко виражену тенденцію до підвищення та на даний час складає 10,4 на 100 тис. населення. Найбільш високі цифри захворюваності на АР зареєстровані в Луганській (інтенсивний показник 23,4 на 100 тис. населення), Хмельницькій (16,1) та Харківській (14,3) областях [2]. Особливе значення у сучасній медицині, а саме в педіатрії та клінічній психіатрії мають АР, що виникають у дитячому та підлітковому віці. Перш за все це стосується депресивних розладів (ДР) з тією чи іншою «додатковою» соматичною симптоматикою. В якості такої можуть виступати різні розлади, такі як психотичні симптоми у вигляді ідей самозвинувачення та самоприниження, ознаки позитивної та негативної афективності, кататонічні риси та ДР, що мають різноманітні соматичні або вегетативні «маски» [3]. Епідеміологічні дослідження вказують, що на соматизовані депресивні розлади (СДР) хворіють 2% дітей у віці до 12 років. У підлітковому віці даний показник збільшується до 8% у хлопчиків і 10% у дівчаток. Декілька пізніше, у віці 13-19 років, відсоток захворюваності у дівчаток істотно підвищується і досягає 16%. За даними дослідників близько 4,9% дітей страждають вираженими депресивними розладами з соматичним компонентом [1]. В підлітковому віці хворі капризні, дратівливі, імпульсивні, часто знаходять недоліки в своїй зовнішності, вважають себе невдахами і обмеженими людьми, не здатними принести користь ні собі, ні близьким. Слід зазначити замкнутість, прагнення до самоти як важлива ознака початку депресії в юнацькому віці, часто присутні пошуки сенсу життя, розчарування у вибраній професії, хворобливе відношення до грошей і нездатність отримати задоволення від тих речей, які радували раніше [7]. 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 [9], 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) 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 була оцінка ефективності комбінації золофту та імуноплюсу в лікуванні підлітків з соматизованими депресивними розладами.

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). 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 загальноприйнятну 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 нейролептиків» (тіоридазин, сульпілід). Пацієнти основної групи отримували комбінацію антидепресанту золофту по 1 таблетці (0,05 г) 1 раз на добу зранку протягом 28-35 діб поспіль та фітозасобу імуноплюсу по 1 таблетці (100 мг) 1 раз на добу внутрішньо протягом 20 діб 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 [6]. Золофт інгібує зворотне захоплення серотоніну (5-НТ) в нейронах ЦНС і перевершує в цьому відношенні амітриптилін в 100-200 разів, флувоксамин 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 анти-тривожний ефект золофту. При цьому золофт 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 ре-

цепторів 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 седація, що часто виникають при лікуванні ТЦА [4]. 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 [8]. 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) [1]. 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 [6]. 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 віджатого соку ехінацеї пурпурової. Коріння, листя та суцвіття цієї рослини містять у своєму складі фізіологічно активні речовини різних хімічних класів: гідрофільні сполуки, ліпофільні речовини, біометали, які виявляють імуномодулюючий вплив на організм [1]. 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 [5]. 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 [4]. 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) [1] та шкала Монтгомері-Асберг для оцінки депресії (MADRS) [9]. В обох групах хворих також вивчали в якості показників, які відображають стан макрофагальної фагоцитуючої системи (МФС), активність фагоцитозу моноцитів/макрофагів периферійної крові. Для цього аналізували фагоцитарну активність моноцитів (ФАМ) периферійної крові, яку вивчали чашечковим методом. В якості тест-об'єкту фагоцитозу використовували живу добову культуру *Staph. aureus* (штам 505). При цьому вивчали такі показники – фагоцитарне число (ФЧ), фагоцитарний індекс (ФІ), індекс атракції (ІА) та індекс перетравлення (ІП) [4]. Отримані цифрові дані обробляли математично за допомогою стандартних пакетів прикладних програм (Microsoft® Windows^{XP} Professional, Microsoft® Office 2007, Statistica 6,0) на персональному комп'ютері Intel® Core 2 Duo® 2,66 GHz з обчисленням таких показників: середньої арифметичної величини – \bar{M} ; стандартного відхилення від середньої арифметичної величини – m ; показника достовірності – p [6].

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 нездоденості (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%), абдоминалгії (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		Р
		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 Р 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 рази 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.

При проведенні імунологічного обстеження було встановлено, що показники ФАМ до початку лікування як в основній групі підлітків з СДР, так і в групі зіставлення мали суттєві розбіжності щодо норми (таблиця 2).

Таблиця 2. Стан ФАМ у хворих підлітків на СДР до початку лікування ($M\pm m$)

Показники ФАМ	Норма	Групи хворих на СДР		P
		основна (n=40)	зіставлення (n=38)	
ФІ, %	28,6 \pm 0,8	18,0 \pm 0,9***	18,5 \pm 0,8***	>0,05
ФЧ	4,0 \pm 0,16	2,2 \pm 0,15***	2,3 \pm 0,15***	>0,05
ІА, %	16,9 \pm 0,6	11,0 \pm 0,25**	11,6 \pm 0,2**	>0,05
ІІІ, %	26,5 \pm 0,9	12,7 \pm 0,26***	12,4 \pm 0,15***	>0,05

Примітка: у таблицях 1 та 2 P відображає розбіжності між фагоцитарними показниками в хворих основної групи та групи зіставлення; ймовірність різниці відносно норми * - при $P<0,05$, ** - при $P<0,01$, *** - при $P<0,001$.

Дійсно, зниження усіх чотирьох показників ФАМ мало місце у всіх обстежених нами пацієнтів. Так, ФІ в основній групі хворих підлітків був знижений у середньому в 1,6 рази відносно норми ($P<0,001$) та становив 18,0 \pm 0,9%, ФЧ у цей період дослідження було знижено в 1,9 рази та складало 2,2 \pm 0,15 ($P<0,001$). Показник ІА в основній групі хворих підлітків на СДР були в середньому в 1,6 рази нижче норми ($P<0,01$) і сягав значення 11,0 \pm 0,25, ІІІ складало 12,7 \pm 0,26%, що було нижче норми в 2 рази.

В групі зіставлення (яка отримувала лише загальноприйнятну терапію) показник ФІ становив 18,5 \pm 0,8%, що було нижче норми в 1,6 рази ($P<0,001$), ФЧ знизилася до 2,3 \pm 0,13, та було в 1,8 рази ($P<0,001$) нижче стосовно норми. Показник ІА в групі зіставлення становив 11,6 \pm 0,2%, що було в 1,5 рази нижче норми ($P<0,01$). ІІІ також був знижений в 2,1 рази відносно норми та складав 12,4 \pm 0,15% ($P<0,001$). Отже, у хворих підлітків на СДР обох груп мало місце суттєве пониження усіх фагоцитарних показників, особливо ІІІ. Таке суттєве зниження ІІІ у обстежених підлітків свідчить про недостатню ефективність механізмів фагоцитарної реакції МФС, тобто про незавершеність процесів фагоцитозу.

Після проведеного лікування в основній групі хворих (які отримували комбінацію золофту та

імуноплосу) 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 – 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 вегетосудинної дистонії (16%), запаморочення (33%), функціональні порушення з боку внутрішніх органів (60%), безсоння (11%), гіперсомнія (13%).

При повторному вивченні стану хворих після завершення курсу лікування було встановлено, що в основній групі, яка отримувала комбінацію золофту та імуноплосу, 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		P
		основна (n=40)	зіставлення (n=38)	
HDRS	7,1 \pm 0,6	7,4 \pm 0,7	11,1 \pm 1,1*	<0,05
MADRS	10,1 \pm 1,5	10,3 \pm 1,6	14,2 \pm 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 встанов-

лено 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.

При проведенні імунологічного обстеження після завершення лікування у пацієнтів основної групи, яка отримувала комбінацію золофту та імуноплосу, було виявлено чітко виражену позитивну динаміку показників МФС (таблиця 4).

Таблиця 4. Стан ФАМ у хворих підлітків на СДР після завершення лікування ($M \pm m$)

Показники ФАМ	Норма	Групи хворих на СДР		Р
		основна (n=40)	зіставлення (n=38)	
ФІ, %	28,6 \pm 0,8	27,3 \pm 0,7	23,0 \pm 0,9*	<0,05
ФЧ	4,0 \pm 0,16	3,7 \pm 0,25	3,2 \pm 0,15*	<0,05
ІА, %	16,9 \pm 0,6	16,0 \pm 0,3	14,1 \pm 0,3*	<0,05
ІІ, %	26,5 \pm 0,9	25,5 \pm 0,26	21,3 \pm 0,25*	<0,05

Як видно з таблиці 4, у пацієнтів із основної групи (які в комплексі лікування отримували комбінацію золофту та імуноплюсу) відмічалася практично повна нормалізація показників, які характеризують стан МФС. Так, ФІ виріс відносно вихідного рівня в 1,52 рази та складав 27,3 \pm 0,7%, ФЧ становило 3,7 \pm 0,25, що практично відповідало нижній межі норми. Аналогічна тенденція відмічена і стосовно ІА та ІІ, які на момент завершення лікування становили 16,0 \pm 0,3% та 25,5 \pm 0,26% відповідно.

Щодо пацієнтів із СДР групи зіставлення, які отримували лише загальноприйнятну терапію, ФІ підвищився до 23,0 \pm 0,9%, однак був нижче норми у середньому в 1,2 рази ($P < 0,05$); ФЧ у цих хворих виросло відносно вихідного його значення в 1,4 рази і становило 3,2 \pm 0,15, що однак було у середньому в 1,3 рази менше норми ($P < 0,05$). ІА у підлітків з СДР, які не отримували золофт та імуноплюс (група зіставлення), підвищився до 14,1 \pm 0,3%, що все ж таки було менше норми у середньому теж в 1,3 рази ($P < 0,05$). ІІ на момент завершення загальноприйнятого лікування складав 21,3 \pm 0,25%, що було нижче норми в 1,2 рази ($P < 0,05$).

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 ФАМ. Виходячи з цього, ми вважаємо застосування комбінації золофту та імуноплюсу в комплексі лікування підлітків із СДР патогенетично обґрунтованим та клінічно доцільним.

Висновки:

1. До початку проведення лікування в обох групах обстежених підлітків з діагнозом СДР спостерігалися дратівливість, відчуття смутку і безнадійності, соціальна самоізоляція, підвищення чутливості і відчуття знедоленості, підвищена стомлюваність і зниження життєвої енергії, зміна апетиту, безсоння у нічний час або підвищена сонливість у денний, словесні спалахи або лямкимальні реакції, важкість у зосередженні, фізичні нездужання, що не піддавалися лікуванню, відчуття даремності або провини, думки про смерть або самогубство (68%), труднощі з мисленням і важкість концентрації. Серед об'єктивних соматичних сим-

птомів у обстежених відмічалися анорексія, булімія, різноманітні агічні прояви, синдром вегетосудинної дистонії, функціональні порушення з боку внутрішніх органів, безсоння, гіперсомнія.

2. При проведенні імунологічного обстеження було встановлено, що показники ФАМ до початку лікування як в основній групі підлітків з СДР, так і в групі зіставлення мали суттєві розбіжності щодо норми. ФІ в був знижений у середньому в 1,6 рази відносно норми, ФЧ у цей період дослідження було знижено в 1,9 рази. Показник ІА був в середньому в 1,6 рази нижче норми, ІІ – в 2 рази.

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 у пацієнтів основної групи, яка отримувала комбінацію золофту та імуноплюсу, було виявлено чітко виражену позитивну динаміку показників МФС. У пацієнтів із СДР групи зіставлення, які отримували лише загальноприйнятну терапію, динаміка показників МФС була суттєво гіршою. Так, ФІ підвищився залишався нижче норми у середньому в 1,2 рази ($P < 0,05$); ФЧ у цих хворих виросло відносно вихідного його значення в 1,4 рази і становило 3,2 \pm 0,15, що однак було у середньому в 1,3 рази менше норми ($P < 0,05$). ІА у підлітків з СДР, які не отримували золофт та імуноплюс, підвищився до 14,1 \pm 0,3%, що все ж таки було менше норми у середньому теж в 1,3 рази ($P < 0,05$). ІІ на момент завершення загальноприйнятого лікування складав 21,3 \pm 0,25%, що було нижче норми в 1,2 рази ($P < 0,05$).

5. Отримані результати дозволяють вважати, що застосування комбінації антидепресанту золофту та імуноактивного препарату імуноплюсу в лікуванні хворих підлітків на СДР сприяє більш швидкому та якісному покращенню психоемоційного фону хворих, а також нормалізації показників ФАМ. Виходячи з цього, ми вважаємо застосування комбінації золофту та імуноплюсу в лікуванні 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-ЕВРОЗНАК, 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 клі-

нічної 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** // Проблемы экологической 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 року.

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: Видавництво Мс, 2004. – 208 с.

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

11. **Олейчик И.В.** Эффективность и переносимость золофта (сертралина) при лечении юношеских депрессий / **И.В. Олейчик, В.В. Артюх** // Психиатрия и

психотерапия. – 2004. – № 1. – С. 16-19.

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

13. **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.

14. 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**. – Харків, 2011. – 173 с.

15. **Фролов В.М.** Определение фагоцитарной активности моноцитов периферической крови у больных / **В.М. Фролов, Н.А. Пересадин, И.Я. Пшеничный** // Лабораторное дело. – 1990. – № 9. – С. 27-29.

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. Psychiatr. – 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.

Рачкаускас Г.С., Височин Є.В., Рачкаускене І.Г., Мулік Є.О. Ефективність комбінації золофту та імуноплюсу в лікуванні підлітків з соматизованими депресивними розладами // Український медичний альманах. – 2011. – Том 14, № 5. – С. 164-168.

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 не тільки сприяє поліпшенню психоемоційного фону хворих, але і нормалізує імунні показники, зокрема, стан макрофагальної фагоцитуючої системи, що позитивно впливає як на тяжкість перебігу захворювання, так і на її тривалість.

Ключові слова: соматизовані депресивні розлади, фагоцитарна активність моноцитів, золофт, імуноплюс, підлітки, лікування.

Рачкаускас Г.С., Височин Є.В., Рачкаускене І.Г., Мулік Є.О. Эффектикомбинация вность золофта и иммуноплюса в лечении подростков с соматизированными депрессивными расстройствами // Украинский медицинский альманах. – 2011. – Том 14, № 5. – С. 164-168.

Применение комбинации антидепрессанта золофта и иммуноактивного препарата растительного происхождения иммуноплюса в комплексе лечения подростков с соматизированными депрессивными расстройствами показало, что данная комбинация препаратов не только способствует улучшению психоэмоционального фона больных, но и нормализует иммунные показатели, в частности, состояние макрофагальной фагоцитирующей системы, что положительно влияет как на тяжесть течения заболевания, так и на её длительность.

Ключевые слова: соматизированные депрессивные расстройства, фагоцитарная активность моноцитов, золофт, иммуноплюс, подростки, лечение.

Rachkauskas G.S., Vysochyn E.V., Rachkauskaskene I.G., Mulik E.O. Efficiency of zoloft and immunoplus in treatment teenagers with somatic depressive disorders // Український медичний альманах. – 2011. – Том 14, № 5. – С. 164-168.

Application of a combination of antidepressant zoloft and immunoactive preparation immunoplus in a complex of treatment of teenagers with somatic depressive disorders has shown, that the given combination of preparations not only promotes improvement of a psychoemotional background of patients, but also normalises immune indicators, in particular, the condition macrophagal phagocytic system, that positively influences both gravity of a current of disease, and on its duration.

Keywords: somatic depressive disorders, phagocytic activity of monocytes, zoloft, immunoplus, teenagers, treatment.

Надійшла 08.10.2011 р.
Рецензент: проф. С.Є.Казакова