

УДК 616.895.4-092:612.012.1.015

© Колектив авторів, 2011

ВПЛИВ КОМБІНАЦІЇ ЗОЛОФТУ ТА ІМУНОПЛЮСУ НА ДИНАМІКУ МОРФОЛОГІЧНИХ ПОКАЗНИКІВ МІКРОГЕМОЦИРКУЛЯЦІЇ У ПІДЛІТКІВ З СОМАТИЗОВАНИМИ ДЕПРЕСИВНИМИ РОЗЛАДАМИ

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

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

Рачкаускас Г.С., Височин Є.В., Погребняк Л.Л., Рачкаускене 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. – Том 9, № 4. – С. 77-81.

У підлітків з соматизованими депресивними розладами (СДР) були встановлені чітко виражені морфологічні порушення з боку мікроциркуляторного русла (МЦР). При лікуванні за допомогою комбінації антидепресанту золофту та імуноактивного засобу імуноплюсу відмічена ліквідація морфологічних порушень з боку МЦР та покращення мікрогемоциркуляції у підлітків з СДР.

Ключові слова: соматизовані депресивні розлади, підлітковий вік, мікроциркуляція, морфологічні показники, золофт, імуноплюс.

Рачкаускас Г.С., Височин Є.В., Погребняк Л.Л., Рачкаускене І.Г., Мулік Є.О. Влияние комбинации золофта и иммуноплюса на динамику морфологических показателей микрогемоциркуляции у подростков с соматизированными депрессивными расстройствами // Український морфологічний альманах. – 2011. – Том 9, № 4. – С. 77-81.

У подростков с соматизированными депрессивными расстройствами (СДР) были установлены четко выраженные морфологические нарушения со стороны микроциркуляторного русла (МЦР). При лечении при помощи комбинации антидепрессанта золофта и иммуноактивного средства иммуноплюса отмечена ликвидация морфологических нарушений со стороны МЦР и улучшение микрогемоциркуляции у подростков с СДР.

Ключевые слова: соматизированные депрессивные расстройства, подростковый возраст, микроциркуляция, морфологические показатели, золофт, иммуноплюс.

Rachkauskas G.S., Vysochyn E.V., Pogrebnyak L.L., Rachkauskene I.G., Mulik E.O. Influence of combination zoloft and immunoplus on dynamics of morphological indicators of microhaemocirculation at teenagers with somatized depressive disorders // Український морфологічний альманах. – 2011. – Том 9, № 4. – С. 77-81.

At teenagers with somatized depressive disorders (SDD) accurately expressed morphological disturbances from a microcirculatory channel (MCC) have been established. At treatment by means of an antidepressant combination zoloft and immunoplas agent immunoplus it is noted liquidations of morphological disturbances about MCC and improvement microhaemocirculation at teenagers with SDD.

Key words: somatized depressive disorders, teenage age, microcirculation, morphological indicators, zoloft, immunoplus.

Вступ. Особливе значення у сучасній медицині, а саме в педіатрії та клінічній психіатрії мають афективні розлади, що виникають у дитячому та підлітковому віці. Перш за все це стосується депресивних розладів (ДР) з «додадковою» соматичною симптоматикою. В якості такої можуть виступати різні розлади, такі як психотичні симптоми у вигляді ідеї самозвинувачення та самоприниження, ознаки позитивної та негативної афективності, кататонічні риси та ДР, що мають різноманітні соматичні або вегетативні «маски» [3,17]. За даними різноманітних досліджень багатьох психіатрів усього світу, поширеність депресії сягає 30%, а середній вік виникнення серед підлітків наближається до 13-14 років [9]. Аналізуючи хворих підліткового віку з розладами настрою, вітчизняні вчені виявили, що невчасна діагностика ДР і, відповідно, відсутність адекватного лікування у великому числі випадків, від 42 % до 74 %, призводить до розвитку у хворих відчуття глибокої безнадійності, що супроводжується суїцидальними тенденціями [19].

Проблема «маскованих» психопатологічних розладів підліткового віку є однією з найскладніших у сучасній психіатрії. В той же час цей феномен вельми поширений в загальноклінічній практиці. Обумовлений він єдністю патогенетичних механізмів ряду соматичних порушень і психопатологічних проявів [1,23]. Соматизовані депресивні розлади (СДР) підліткового віку характеризуються виникненням симптоматики, характерної для захворювань внутрішніх органів або нервової системи, що повторюється, разом із постійними вимогами медичного обстеження і лікування у лікарів-фахівців. В даний час навіть за

наявності патології внутрішніх органів або неврологічного захворювання не можна достовірно судити про відсутність у підлітка СДР. Для таких хворих характерна деяка міра конверсійних проявів, направлених, перш за все, на залучення уваги сім'ї і медичного персоналу. Спроби лікарів переконати хворого в обумовленості його страждань терапевтичною або неврологічною патологією як правило, ефекту не дають. Більш того, обговорення можливості зв'язку симптоматики з психічним захворюванням викликає обурення пацієнта [2].

Автори даної роботи вже мають низку досліджень біохімічних, імунологічних показників і стану мікроциркуляторного русла у підлітків, хворих на СДР. Тому нашу увагу привернула можливість використання комбінації золофту та імуноплюсу у хворих підлітків з даною патологією та вивчення їх впливу на стан мікрогемоциркуляції.

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами: робота виконувалася відповідно до основного плану науково-дослідних робіт (НДР) ДЗ «Луганський державний медичний університет» і представляє фрагмент теми НДР «Соматизовані депресивні розлади у підлітків: патогенез, клініка, діагностика, лікування, медична реабілітація» (№ держреєстрації 0111U009617).

Метою роботи було вивчення морфологічних показників мікрогемоциркуляції у підлітків з соматизованими депресивними розладами при застосуванні золофту та імуноплюсу.

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) [13,25]. 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, флувоксамін), препарати групи похідних бензодіазепінів (феназепам, діазепам), а також у разі необхідності їм призначалися антипсихотичні засоби групи «малих нейролептиків» (піридазін, сульпірид). 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 зворотнє захоплення серотоніну (5-НТ) 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 [15]. В результаті збільшується вміст серотоніну в синапсах, з чим зв'язують антидепресивний і антитривожний ефект золофту. При цьому золофт виявляє дуже слабку дію на зворотнє захоплення норадреналіну і дофаміну та не інгібує моноамінооксидазу. 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 [16]. 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 [6]. Показаннями до застосування золофту є ДР, в тому числі з наявністю тривоги, обсесивно-компульсивний розлад, панічні розлади з наявністю або відсутністю агорафобії, посттравматичний стресовий розлад, соціальна фобія (соціальний тривожний розлад) [16]. 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 [15]. 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 імунотропний вплив на організм [25]. Такий склад фізіологічно активних речовин ехінацеї пурпурової зумовлює різноманітні фармакологічні властивості імуноплюсу. Насамперед, це імунотропний природного походження, що стимулює клітинний імунітет, збільшує кількість Т-лімфоцитів, підвищує фагоцитарну активність нейтрофілів, хемотаксис гранулоцитів, сприяє вивільненню ЦК, тим самим активуючи 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 загоєванню ран, опіків, виразок [7]. 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 Гамльтона для оцінки депресії (HDRS) [21], алгоритмізовану програму діагностики афективних розладів та психозфренії для дітей дошкільного та шкільного віку – K-SADS-PL [22] та колірний тест Люшера [12].

В якості основного методу вивчення стану мікрогемодинаміки в обстежених хворих використовували біомікроскопію бульбарної кон'юнктиви (ББК) [20], яку здійснювали за допомогою фотоплінової лампи ПЦА-2М. Додатково використовували також метод морфометрії капілярів за допомогою капілярографа М-70 А [18]. При цьому аналізували калібр і хід мікросудин, наявність аневризми і судинних клубочків, АВК, функціонування артеріоло-венулярних анастомозів (АВА), число діючих капілярів, швидкість і характер кровотоку в МЦР, стан позасудинних (паравазкулярних) зон [14]. Крім того, при морфометрії капілярів враховувалася форма капілярних петель і їхнє число в полі зору, стан капіляроскопічного фону, характер кровотоку і видимість мікросудин [8].

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 [10], враховуючи основні принципи використання статистичних методів у клінічних дослідженнях ефективності лікарських засобів [11].

Отримані результати та їхній аналіз. 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 втоми (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 відмічались анорексія (34%) або булімія (24%), цефалгії (28%), кардіалгії (23%), абдоминалгії (62%), фіброміалгії (30%), невралгії (10%), синдром вегето-судинної дистонії (20%), запаморочення (37%), функціональні порушення з боку внутрішніх органів (91%).

При аналізі отриманих нами даних було виявлено, що у всіх підлітків, хворих на СДР є значні порушення зі сторони мікрогемодинаміки, ступінь вираженості і тривалість збереження яких залежали від тяжкості перебігу захворювання. Порушення з боку

МЦР виражалися у вигляді звивистості і нерівномірності калібру венул і капілярів, зменшення числа функціонуючих капілярів з утворенням аваскулярних зон, появи в ряді випадків сітчастої структури судин, що є ознакою функціонуючих артеріоло-венулярних анастомозів (АВА), зменшення артеріоло-венулярного коефіцієнту (АВК) до 1:4 - 1:5; уповільнення, а у ряді випадків і ретроградного кровотоку; складж-синдрому I-II ступеня у венулах і капілярах у вигляді гранулярно-зернистого кровотоку; наявність периваскулярного набряку. При цьому загальний кон'юнктивальний індекс (КІ_{заг.}), що показує ступінь кількісних змін мікроциркуляції, в 3,7 рази перевищував показники норми (табл. 1).

Таблиця 1. Кон'юнктивальні індекси у підлітків з СДР, до початку лікування, в балах (M±m).

| КІ | Норма | Основна група (n=40) | Група зіставлення (n=38) | P |
|--------------------|------------|----------------------|--------------------------|-------|
| КІ _{заг.} | 3,5 ± 0,2 | 12,6±0,5*** | 12,2±0,35*** | >0,05 |
| КІ ₁ | 2,2 ± 0,14 | 7,7±0,25*** | 7,6±0,2*** | >0,05 |
| КІ ₂ | 1,2 ± 0,18 | 3,4±0,1** | 3,2±0,12** | >0,05 |
| КІ ₃ | 0,1±0,01 | 1,5±0,05*** | 1,4±0,1*** | >0,05 |

Примітка: в таблиці 1, 2 вірогідність різниці відносно норми * - при P<0,05, ** - P<0,01, *** - P<0,001; стовпчик P – вірогідність різниці між показниками основної групи та групи зіставлення.

Так, до початку лікування КІ₁ в основній групі хворих складало 7,7±0,25, що було вище за норму у 3,5 рази, у хворих групи зіставлення даний показник становив 7,6±0,2, який також був вірогідно вище за норму, КІ₂ – в основній групі дорівнював 3,4±0,1 та 3,2±0,12 в групі зіставлення, що у середньому було вище за норму в 3,4 рази. Показник КІ₃ у середньому склав 1,45±0,1 та був підвищений у 10 разів відносно норми. КІ_{заг.} також був вище норми та склав у середньому 12,4±0,4. Нами не було відмічено вірогідної різниці між показниками КІ у хворих основної групи та групи зіставлення до проведення лікування (рис. 1).

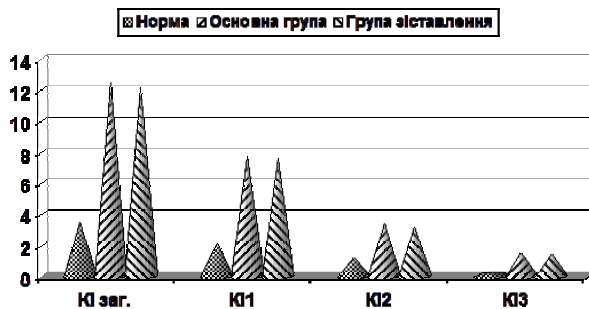


Рис. 1. Кон'юнктивальні індекси у підлітків з СДР до початку лікування.

Після проведеного лікування в основній групі хворих (які отримували комбінацію золофту та імунопласу) відмічалася практично повна нормалізація психічного стану обстежених. В групі зіставлення також відмічалася позитивна динаміка, але менш ви-

ражена, ніж у пацієнтів основної групи. Так, скарги на дратівливість або гнів відмічались 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%), абдоминалгії (31%), фіброміалгії (16%), невралгії (4%), синдром вегето-судинної дистонії (16%), запаморочення (33%), функціональні порушення з боку внутрішніх органів (55%).

При проведенні ББК після проведеного лікування було встановлено, що в основній групі хворих підлітків з СДР, які отримували золофту та імунопласу, мала місце тенденція до нормалізації показників МЦР, в тому числі зниження АВК, зникнення аваскулярних зон і сітчастої структури судин, прискорення кровотоку і зникнення стазу крові, ліквідації складж-синдрому в артеріолах і капілярах і периваскулярного набряку. У цих хворих поступово розсмоктувалися мікрогеморагії, а саме при кількісній оцінці мікроциркуляції в періоді реконвалесценції КІ_{заг.} склав 5,2±0,3 бали і був в 1,8 рази нижче, ніж у групі зіставлення, наближаючись до показників норми (табл. 2).

Таблиця 2. Кон'юнктивальні індекси у підлітків з СДР, після завершення лікування, в балах (M±m).

| КІ | Норма | Основна група (n=40) | Група зіставлення (n=38) | P |
|--------------------|----------|----------------------|--------------------------|-------|
| КІ _{заг.} | 3,5±0,2 | 5,2±0,3 | 9,5±0,5** | <0,01 |
| КІ ₁ | 2,2±0,14 | 3,0±0,17 | 4,9±0,3** | <0,05 |
| КІ ₂ | 1,2±0,18 | 1,7±0,12 | 3,4±0,12* | <0,05 |
| КІ ₃ | 0,2±0,01 | 0,3±0,02 | 1,2±0,07** | <0,01 |

Так, у хворих основної групи показник КІ_{заг.} знизився відносно вихідного рівня у 2,4 рази та склав 5,2±0,3, що було в 1,45 рази вище за норму, КІ₁ – склав 3,0±0,17 та майже дорівнював норми, КІ₂ –

дорівнював 1,7±0,12, та був також незначно вище норми, КІ₃ – у пацієнтів цієї групи сягав 0,3±0,02, та був на рівні верхньої межі норми (рис 2). У хворих групи зіставлення, які отримували лише загально-

прийняте лікування, відмічалось збереження більш виражених зсувів з боку показників МЦР, що віддзеркалює збереження підвищення у цих пацієнтів показників КІ. Так, всі показники КІ у даних хворих були вірогідно вище як відносно норми, так і аналогічних показників основної групи.

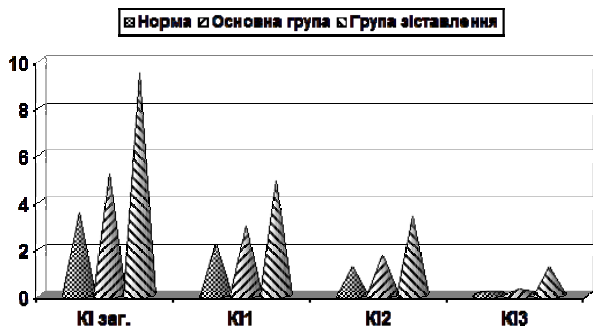


Рис. 2. Кон'юнктивальні індекси у підлітків з СДР, після завершення лікування.

Аналогічна тенденція виявлена і при морфометрії капілярів: у хворих основної групи зникали блідість і каламутність фону, підвищувалося число функціонуючих капілярних петель у полі зору і покращувалась їх видимість, нормалізувалася форма капілярів і їх калібр, прискорювався кровотік. У той же час у хворих групи зіставлення зберігалися суттєво виражені зсуви показників мікрогемодинаміки, в тому числі наявність каламутності фону та зменшення кількості функціонуючих капілярів, їх деформація та сповільнення кровотоку. Ці дані підтверджені нами і при проведенні морфометрії капілярів: при цьому дослідженні спостерігалися блідість і каламутність фону, зменшення числа функціонуючих петель у полі зору (5-6 петель на 1 мм) і зниження їх видимості, поліморфність капілярів і звивистість одиничних петель, розширення венозної бранші і звуження артеріальної, уповільнення і зернистість кровотоку, іноді відмічався маятникоподібний кровотік.

Таким чином, на момент завершення лікування у пацієнтів основної групи (які отримували золофт та імуноплюс) відмічалась чітко виражена позитивна динаміка, а в низці випадків навіть практично повна нормалізація стану мікрогемодинаміки, що характеризується покращенням показників МЦР. У період диспансерного спостереження у пацієнтів основної групи мікроциркуляторні показники наближались до нормальних значень. У хворих групи зіставлення залишалися суттєві зсуви морфологічних та функціональних показників мікрогемодинаміки, що свідчило про незавершеність патологічного процесу в організмі та наявність порушень мікрогемодинаміки. Отже, у підлітків з СДР встановлені чіткі порушення мікрогемодинаміки, ступінь вираженості і тривалість збереження яких залежить від форми захворювання, тяжкості перебігу. Після завершення лікування у хворих основної групи мала місце наявність чітко вираженої тенденції до нормалізації морфологічних показників мікроциркуляції, в тому числі підвищення АВК, зникнення аваскулярних зон і сітчастої структури судин, прискорення кровотоку і зникнення проявів стазу крові, ліквідація сладж-синдрому в артеріолах і капілярах і периваскулярний набряк, поряд з цим також розсмоктувалися мікрогеморагії. У пацієнтів групи зіставлення не відмічено повної

відмічено повної нормалізації показників МЦР, що свідчить про збереження запального процесу в печінці та потребує проведення додаткових заходів до лікування таких хворих.

Таким чином, отримані дані свідчать про позитивний вплив комбінації сучасного антидепресанту золофуг та імуноактивного препарату рослинного походження імуноплюсу на стан МЦР та мікрогемодинаміки у підлітків з СДР. Використання даної комбінації препаратів сприяє відновленню морфологічних та функціональних показників МЦР та покращенню мікрогемодинаміки. Виходячи з цього, можна рекомендувати використання даної комбінації препаратів в комплексі лікування 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 стомованість 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 відмічались 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 підлітків, які хворіють на СДР, виявлені чітко виражені морфологічні порушення з боку МЦР у вигляді спазму артеріол, звивистості і нерівномірності калібру венул і капілярів, зменшення числа функціонуючих капілярів з утворенням аваскулярних зон, появи в ряді випадків сітчастої структури судин, що є ознакою функціонуючих артеріоло-венулярних анастомозів, зменшення артеріоло-венулярного коефіцієнту до 1:4 - 1:5; уповільнення, а у ряді випадків і ретроградного кровотоку; сладж-синдрому І-ІІ ступеня у венулах і капілярах.

3. Після проведеного лікування в основній групі хворих (які отримували комбінацію золофугу 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 відмічались у 30% хворих, відчуття смутку і безнадійності – 25%, соціальну самоізоляцію – 15%, підвищення чутливості і відчуття знедоленості – 12%, підвищену стомованість 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. Використання комбінації сучасного антидепресанту золофту та імуноактивного препарату рослинного походження імуноплюсу сприяє ліквідації морфологічних порушень з боку МЦР та покращенню мікрогемодинаміки у підлітків з СДР.

5. 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.

ЛІТЕРАТУРА:

1. Антропов Ю.Ф. Соматизация психических расстройств в детском возрасте / Ю.Ф. Антропов, С.В. Бельмер. – М.: Медпрактика-М, 2005. – 444 с.
2. Антропов Ю.Ф. Психосоматические расстройства и патологические привычные действия у детей и подростков / Ю.Ф. Антропов, Ю.С. Шевченко. – М.: изд-во Институт психотерапии, изд-во НГМА, 2000. – 320 с.
3. Венар Ч. Психопатология развития детского и подросткового возраста / Ч. Венар, П. Кериг. – СПб.: Прайм-ЕВРОЗНАК, 2007. – 670 с.
4. Вертоградова О.П. Возрастные аспекты проблемы депрессий / О.П. Вертоградова, Н.Ф. Шахматов, О.Д. Сосюкало // Возрастные аспекты депрессий (клиника, диагностика, терапия). – М., 1987. – С. 5-14.
5. 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. – Вып. 1-2 (76-77). – С.19-39.
6. Данилов А.Б. Золофт. Возможности клинического применения / А.Б. Данилов // Русский медицинский журнал. – 2007. – № 24. – С. 1828-1833.
7. Імуноплюс: інструкція для клінічного застосування препарату / Затверджена наказом МОЗ України № 758 від 16.11.06 р.
8. Крылова Н.В. Микроциркуляторное русло человека: Атлас – пособие / Н.В. Крылова, Т.М. Соболева. – М.: изд-во УДН, 1985. – 63 с.
9. Кузнецов В.М. Психіатрична допомога дитячому і підлітковому населенню України // История Сабуровой дачи. Успехи психиатрии, неврологии, нейрохирургии и наркологии: Сб. научных работ Украинского НИИ клинической и экспериментальной неврологии и психиатрии и Харьковской городской клинической психиатрической больницы № 15 (Сабуровой дачи) / Под общ. ред. И.И. Кутько, П.Т. Петрюка. – Харьков, 1996. – Т. 3. – С. 238-239.
10. Лапач С.Н. Статистические методы в медико-биологических исследованиях с использованием Excel / С.Н. Лапач, А.В. Чубенко, П.Н. Бабич. – Киев: Морион, 2000. – 320 с.
11. Лапач С.Н. Основные принципы применения статистических методов в клинических испытаниях / С.Н. Лапач, А.В. Чубенко, П.Н. Бабич. – Киев: Морион, 2002. – 160 с.
12. Люшер М. Цветовой тест Люшера / М. Люшер. – М.: ЭКСМО-Пресс, 2002. – 186 с.
13. Моховикова А.Н. Многоосевая классификация психических расстройств в детском и подростковом возрасте / А.Н. Моховикова. – СПб: АCADEMIA, 2008. – 408 стр.
14. Мчедлишвили Г.И. Микроциркуляция крови: общие закономерности регулирования и нарушений / Г.И. Мчедлишвили. – Л.: Наука, 1989. – 295 с.
15. Олейчик И.В. Эффективность и переносимость золофта (сертралина) при лечении ипохондрических депрессий / И.В. Олейчик, В.В. Артох // Психиатрия и психофармакотерапия. – 2004. – № 1. – С. 16-19.
16. 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.
17. Симуткин Г.Г. Депрессивные расстройства (классификация, этиология, патогенез, диагностика, современные подходы к терапии и реабилитации) / Г.Г. Симуткин. – Уфа-Томск: изд-во «Восточный университет», 2004. – 82 с.
18. Селезнев С.А. Клинические аспекты микрогемодинамики / С.А. Селезнев, Т.И. Назаренко, В.С. Зайцев. – Л.: Медицина, 1985. – 208 с.
19. Стан психічного здоров'я населення та психіатричної допомоги в Україні (інформаційно-аналітичний огляд за 2001-2010 р.р.) / М.К. Хобзей, М.В. Голубчикова, П.В. Волошин, Н.О. Марута. – Харків, 2011. – 173 с.
20. Чернух А.М. Микроциркуляция / А.М. Чернух, П.Н. Александров, О.В. Алексеев. – М.: Медицина, 1984. – 432 с.
21. Hamilton M. Rating scale for depression / M. Hamilton // J. Neurolog. Neurosurg. Psychiat. – 1960. – Vol. 23. – P. 56-62.
22. Kaufman J. Shedule for Affective Disorders and Shizophrenia for School – Present and Lifetime Version (K-SADS-PL): Initian reability and validity data / J. Kaufman, B. Birmaher, D. Brent, [et al.] // J. Am. Acad. Child. Adolesc. Psychsatty. – 1997. – Vol. 36. – P. 980-988.
23. 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.
24. Shar D. Echinacea, the plant boosts your immune system / D. Schar. – London: Souvenir Press Ltd, 1992. – 136 p.
25. The ICD-10 classification of Mental and Behavioural Disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines // WHO: World Health Organization, Geneva, 1992.

Надійшла 12.10.2011 р.

Рецензент: проф. С.А.Кашенко