

ДИНАМІКА ПОКАЗНИКІВ КЛІТИННОГО ІМУНІТЕТУ У ХВОРИХ НА СОМАТИЗОВАНІ ДЕПРЕСИВНІ РОЗЛАДИ ПРИ ЛІКУВАННІ МЕЛІТОРОМ ТА ПОЛІОКСИДОНІЄМ

Є.В. Чеботарьов

Луганський державний медичний університет

Вступ

Серед усього спектру психічних захворювань на даний час відмічається значне зростання відносно частки депресивних розладів (ДР). Так, кількість хворих на ДР сягає 100 млн. осіб. Ризик захворіти для жінок складає 20-25%, для чоловіків - 8-12%. Щорічна захворюваність за даними різних авторів коливається у межах від 8% до 20% [2]. З усіх ДР особливе місце займають соматизовані депресивні розлади (СДР), які характеризуються виникненням симптоматики, характерної для захворювань внутрішніх органів або нервової системи, що повторюється, разом із постійними вимогами медичного обстеження і лікування у лікарів-фахівців [12]. СДР, як правило, мають хронічний перебіг та характеризуються частими рецидивами, що значно обмежує працездатність пацієнтів та обумовлює явища соціально-побутової дезадаптації, а також сприяє хроніфікації процесу та нерідко формуванню резистентності до психофармакотерапії та інвалідизації пацієнтів в подальшому [9]. Епідеміологічні дані свідчать про те, що від 10 до 30% населення, що звертається протягом року до лікарів загальної практики, страждають психічними розладами. При цьому основними етіологічними причинами таких станів є соціальні, генетичні, культуральні і етнічні чинники (погані умови життя, когнітивні порушення, часті стресові ситуації, наявність супутньої органічної патології) [19]. Маловивченим на сьогоднішній день є біохімічний і імунологічний фон при розвитку у хворих афектної патології, його вплив на симптоматику

основного захворювання, застосування адаптогенів і імунопротекторів в комплексному лікуванні СДР у хворих різних вікових категорій [15,16,17,18].

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 було вивчення динаміки показників клітинного імунітету у хворих на соматизовані депресивні розлади при лікуванні мелітором та поліоксидонієм.

Матеріали та методи дослідження

Був обстежений 71 хворий на СДР у віці від 18 до 55 років (22 чоловіка та 49 жінок). Основна група складала 36 осіб, група зіставлення - 35 осіб. Хворі групи зіставлення отримували загальноприйняте лікування, хворі основної групи лікувалися за допомогою мелітору та поліоксидонію (ПО). Обидві групи хворих на СДР, що знаходилися під наглядом, були рандомізовані за віком та статтю хворих, а також ступенем вираженості депресії. В обох групах переважали пацієнти з середнім ступенем важкості депресивних розладів із наявністю соматичної симптоматики та відсутністю при цьому психотичних проявів (F 32.11 або F 33.11 стосовно МКХ-10) [3].

Мелітор - антидепресант, основною діючою речовиною якого є агомелатин. Відомо, що агомелатин не впливає на захоплення моноамінів і не має спорідненості з α - та β -адренергічними, гістамінергічними, холінергічними, допамінергічними, бензодіазепіновими рецепторами; це пояснює відсутність розвитку небажаних реакцій з боку шлунково-кишкового тракту, серцево-судинної системи та порушень сексуальної функції при застосуванні мелітору порівняно з іншими антидепресантами [8]. За механізмом дії мелітор є агоністом МТ-1 та МТ-2 мелатонінових рецепторів і антагоністом 5-НТ2С серотонінових рецепторів, завдяки чому він має здатність підвищувати вивільнення

допаміну та норадреналіну специфічно у корі фронтальної долі головного мозку. Мелітор перешкоджає фрагментації сну та сприяє нормалізації сну у хворих на депресивні розлади. У терапевтичних дозах мелітор не порушує уважність і пам'ять, не оказує седативної дії, не впливає на масу тіла та не порушує сексуальної функції. Застосування мелітору не призводить до звикання, та при раптовому припиненні лікування синдрому відміни не спостерігається [7]. Мелітор дозволений до клінічного використання в Україні Наказом МОЗ України № 572 від 18.08.2006 р. (реєстраційне посвідчення № UA/4972/01/01).

ПО - новий імуномодулюючий препарат, одержаний синтетичним шляхом, є сополімером N-окси-1,4-етилен-піперазина і (N-карбоксіетил) -1,4-етиленпіперазіній броміду з молекулярною масою 100 КД, та являє собою ліофілізовану пористу масу з жовтуватим відтінком, добре розчинну у воді, ізотонічному розчині натрію хлориду, новокаїні. Основна фармакологічна дія ПО полягає в активації процесів фагоцитозу і стимуляції природних кілерів, посиленні процесів антітілоутворення і продукції цитокінів. Поряд з імуномодулюючою дією, ПО володіє вираженою детоксикаційною активністю, яка визначається структурою і високомолекулярною природою препарату [10]. ПО підвищує стійкість мембран клітин до цитотоксичної дії лікарських препаратів і хімічних речовин, знижує їх токсичність. Препарат добре переноситься хворими, не володіє місцевоподразнюючою дією, не надає побічних ефектів, не володіє мітогенною, поліклональною активністю, антигенними властивостями, не надає алергізуючої, мутагенної, тератогенної і канцерогенної дії. Препарат призначається для активації імунітету у дорослих та дітей [4]. ПО рекомендується у комплексній терапії при: хронічних рецидивуючих запальних захворюваннях як вірусних, так і бактеріальних; гострих вірусних та бактеріальних інфекціях: сепсис, менінгоенцефаліти, енцефаліти, уrogenітальні і гінекологічні захворювання; туберкульозі; лікуванні та профілактиці гнійно-септичних захворювань та операційних ускладнень у хірургічних хворих; гострих і хронічних алергічних захворюваннях (поліноз, бронхі-

альна астма, atopічний дерматит); злоякісних пухлинах з призначенням хіміо- та променевої терапії; дисбактеріозах у дітей; для активації процесів регенерації при переломах, опіках тощо; для корекції імунодефіцитних станів при старінні і впливі несприятливих факторів; при вторинних імунодефіцитних станах [10]. ПО дозволений до клінічного використання в Україні Наказом МОЗ України № 674 від 12.10.2006 р. (реєстраційне посвідчення № P.12.01/04023).

Для діагностики важкості депресивного синдрому використовували загальноприйняті психометричні шкали: госпітальну шкалу тривоги і депресії (HADS) [22], шкалу Гамільтона для оцінки депресії (HDRS) [21], а також шкалу Монтгомері-Асберг для оцінки депресії (MADRS) [20].

Імунологічне дослідження полягало у вивченні показників клітинної ланки імунітету, а саме вмісту у периферійній крові Т- (CD3+) та В-лімфоцитів (CD22+), субпопуляцій Т-хелперів/індукторів (CD4+) та Т-супресорів/кілерів (CD8+). Ці показники вивчали у цитотоксичному тесті із застосуванням моноклональних антитіл (МКАТ) [13]. У роботі використовували комерційні МКАТ класів CD3+, CD4+, CD8+, CD22+ НВЦ "МедБиоСпектр" (РФ-Москва). При цьому МКАТ класу CD3+ вважали відносними до тотальної популяції Т-лімфоцитів, CD4+ - до субпопуляції популяції Т-хелперів/індукторів, CD8+ - до субпопуляції Т-супресорів/кілерів, CD22+ - до загальної популяції В-клітин. Аналізували імунорегуляторний індекс CD4/CD8, який трактували як співвідношення кількості лімфоцитів з хелперною та супресорною активністю, тобто Th/Ts. Оцінка зсувів кількісних показників клітинної ланки імунітету здійснювалася методом "імунологічного компасу" [14]. Функціональну активність Т-лімфоцитів вивчали за допомогою реакції бластної трансформації лімфоцитів (РБТЛ), при її постановці мікрометодом з використанням в якості неспецифічного мітогену фітогемаглютиніну (ФГА) [1].

Статистичну обробку отриманих результатів дослідження здійснювали на персональному комп'ютері AMD Athlon 2000+ MHz за допомогою одно- і багатфакторного дисперсійного

аналізу (пакети ліцензійних програм Microsoft Windows^{XP} professional, Microsoft Office 2003, Microsoft Excel 2003 та Statistica) [5,11], враховуючи основні принципи використання статистичних методів у клінічних випробовуваннях [6].

Отримані результати та їхнє обговорення

У клінічній картині хвороби чітко визначалися ознаки депресивного розладу. У хворих наголошувалися зниження настрою, ангедонія, хворі прагнули до ізоляції, відмовлялися від спілкування з оточуючими і родичами, у них наголошувалися когнітивні розлади та антивітальні думки. У деяких хворих мали місце ідеї самопригнічення та самозвинувачення. Виникнення депресії починалося, як правило поступово. Частіше вона розвивалася непомітно - із розладів сну, апетиту, порушень загального самопочуття або виникнення відчуття загального дискомфорту, до яких згодом приєднувалися біль і неприємні відчуття в тих чи інших частинах тіла. Вони поступово зростали по інтенсивності і спонукали хворих звертатися до лікаря. Іноді захворювання виникало гостро, по типу дієцефальних нападів. Основними соматичними проявами депресивного синдрому були розлади сну, астеничні прояви, серцебиття, втрата апетиту та схуднення, пітливість, дисменорея, диспептичні розлади, відчуття жару або холоду, утруднення при ковтанні або "ком" у горлі, сухість у роті, запаморочення.

До початку проведення лікування у хворих на СДР, в обох групах пацієнтів, що знаходилися під наглядом, були виявлені однотипові зсуви з боку кількісних показників клітинної ланки імунітету, які характеризувалися Т-лімпопенією, зниженням кількості Т-хелперів/індукторів (CD4+), тоді, як кількість Т-супресорів/кілерів (CD8+) відповідала нижній межі норми. Тому відмічалось зниження імунорегуляторного індексу CD4/CD8, що свідчило про наявність відносного супресорного варіанту вторинної імунологічної недостатності. Поряд з Т-лімпопенією у обстежених хворих відмічалось суттєве зниження показника РБТЛ в середньому в 1,61-1,64 рази (при нормі 75,2±2,8 P<0,001) (таблиця 1).

Таблиця 1
Показники клітинного імунітету у хворих на СДР до початку лікування (M±m)

Імунологічні показники	Норма	Основна група (n=36)	Група зіставлення (n=35)	P
CD3+	%	69,5±2,2	52,8±1,7**	>0,1
	г/л	1,29±0,04	0,98±1,8*	>0,1
CD4+	%	45,6±1,6	34,9±1,1**	>0,1
	г/л	0,84±0,03	0,65±0,02**	>0,1
CD8+	%	22,5±1,8	19,9±1,1	>0,1
	г/л	0,43±0,03	0,37±0,02*	>0,1
CD22+	%	22,5±1,3	19,4±1,3	>0,1
	г/л	0,42±0,02	0,32±0,02	>0,1
CD4/CD8		2,03±0,02	1,75±0,02*	>0,1
РБТЛ з ФГА, %		75,2±2,8	45,8±1,9***	>0,1

Примітки: в табл. 1 та 2 вірогідність різниці стосовно норми: * - при P<0,05, ** - P<0,01, *** - P<0,001; стовпчик P - вірогідність розбіжностей між відповідними показниками основної групи та групи зіставлення.

З таблиці 1 видно, що кількість Т-клітин (CD3+) знижено в порівнянні з нормою в основній групі хворих на СПС, поєднаний із хронічною патологією ГБС невірусного генезу, у відносному вирахованні в 1,32 рази (P<0,05), в абсолютному - у 1,32 (P<0,01), у групі зіставлення відповідно в 1,31 і 1,3 рази (P<0,01). Кількість Т-хелперів/індукторів (CD4+) було знижено ще більш істотно - в основній групі у відносному вирахованні в середньому в 1,31 рази (P<0,01), в абсолютному - у 1,29 рази (P<0,01), у групі зіставлення відповідно в 1,29 рази (P<0,01) і в 1,27 рази (P<0,01). У той же час число Т-супресорів/кілерів (CD8+) знижувалося в істотно меншому ступені - відносні величини даного показника в обох групах відповідали нижній границі норми, а абсолютні були трохи нижче норми (P<0,05) (рисунок 1).

Оскільки в обстежених пацієнтів переважало зниження числа лімфоцитів з фенотипом CD4+, то імунорегуляторний індекс (коефіцієнт CD4/CD8) у більшості пацієнтів, що спостерігалися нами, був істотно знижений, складаючи в цілому

по основній групі $1,75 \pm 0,02$, що в 1,16 рази нижче нормальних значень даного індексу ($P < 0,001$) і в групі зіставлення - $1,74 \pm 0,02$, тобто в 1,16 рази нижче норми ($P < 0,001$).

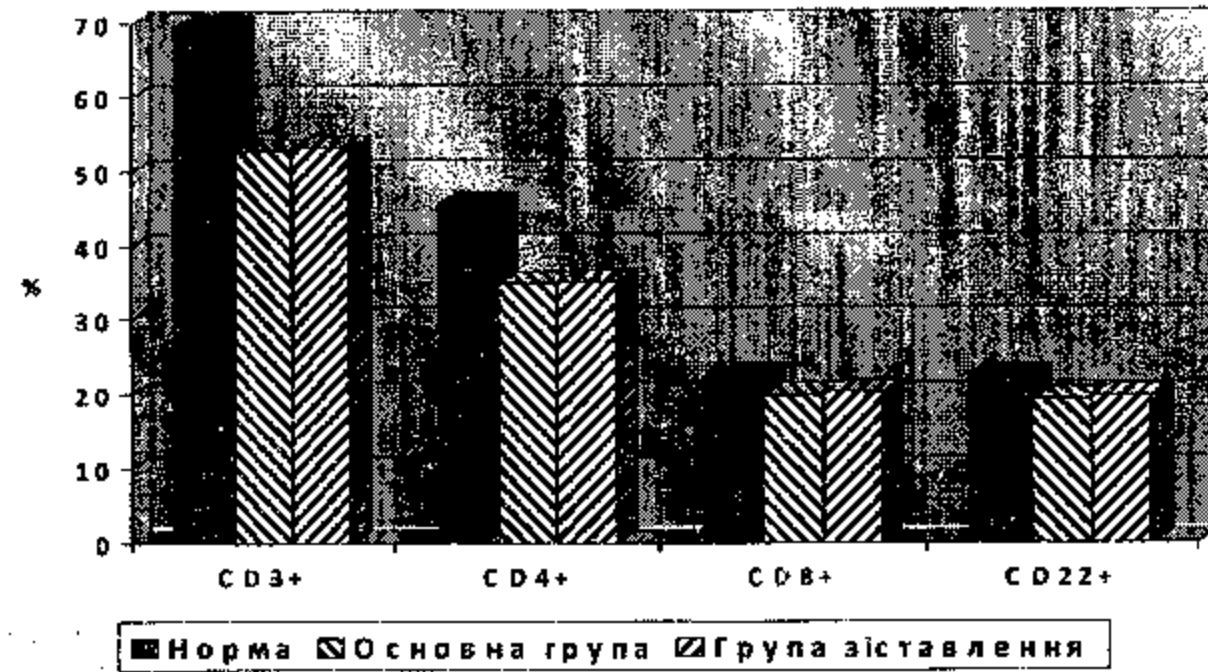


Рисунок 1. Стан показників клітинного імунітету у хворих на СДР до лікування.

Таким чином, виявлений дисбаланс субпопуляційного складу Т-лімфоцитів у переважної більшості обстежених хворих на СДР, полягав в істотному зменшенні кількості циркулюючих у периферичній крові Т-хелперів/індукторів (лімфоцити з фенотипом CD4+) при вельми помірному зниженні кількості CD8+-лімфоцитів (субпопуляція Т-супресорів/кілерів). У результаті цього імунорегуляторний індекс CD4/CD8 (Th/Ts) був істотно знижений (рисунок 2).

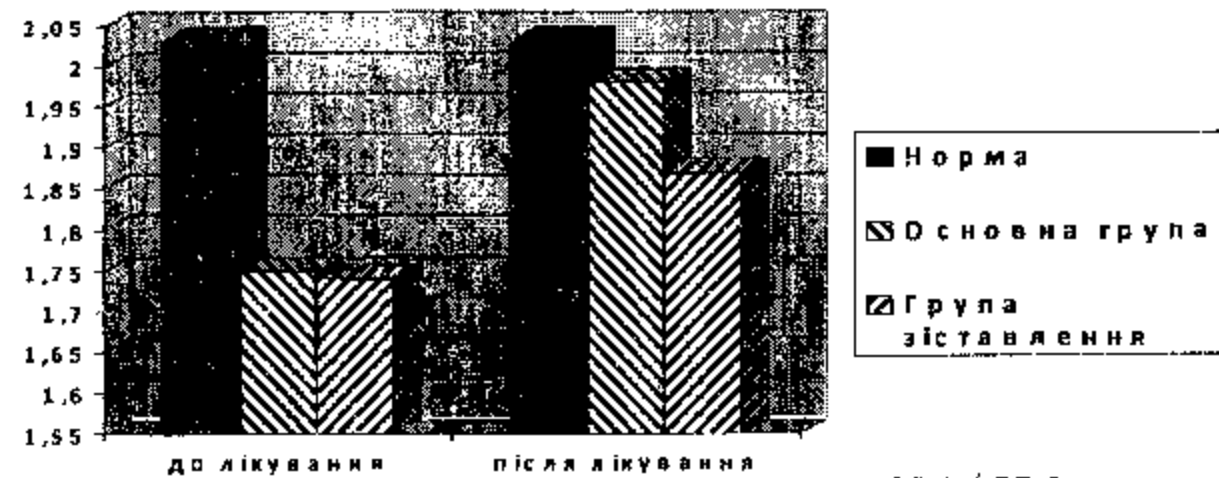


Рисунок 2. Динаміка імунорегуляторного індексу CD4/CD8 у хворих на СДР до і після лікування.

Кількість В-лімфоцитів в обстежених пацієнтів у більшості випадків відповідало нижній границі норми. При індивідуальному аналізі імунограм лише в окремих випадках відзначалося помірне зниження даного показника (рисунок 1).

При повторному вивченні показників клітинного імунітету було встановлено, що в основній групі хворих на НАСГ, сполучений з ОП, яка лікувалася за допомогою комбінації мелітору та ПО, мала місце їхня чітка позитивна динаміка, спрямована на відновлення імунологічного гомеостазу (таблиця 2).

Таблиця 2

Показники клітинного імунітету у хворих на СДР після завершення лікування (M±m)

Імунологічні показники	Норма	Основна група (n=36)	Група зіставлення (n=35)	P
CD3+ %	69,5±2,2	68,7±1,8	58,2±1,9*	<0,05
CD3+ г/л	1,29±0,04	1,22±0,04	1,03±0,03**	<0,01
CD4+ %	45,6±1,6	44,7±1,4	38,2±1,1*	<0,05
CD4+ г/л	0,84±0,03	0,83±0,03	0,71±0,02*	<0,01
CD8+ %	22,5±1,8	22,3±1,2	21,1±1,0	>0,05
CD8+ г/л	0,43±0,03	0,42±0,02	0,38±0,02	>0,05
CD22+ %	22,5±1,3	21,7±1,3	20,7±1,3	>0,05
CD22+ г/л	0,42±0,02	0,4±0,02	0,38±0,01	>0,05
CD4/CD8	2,03±0,02	1,98±0,03	1,87±0,02*	<0,05
РБТЛ з ФГА, %	75,2±2,8	69,5±2,0	54,4±1,8***	<0,01

Дійсно, з таблиці 2 видно, що після завершення лікування в основній групі хворих на СДР повністю нормалізувалися кількість CD3+-клітин (загальна популяція Т-лімфоцитів), число Т-хелперів/індукторів (CD4+) та Т-супресорів/кілерів (CD8+), імунорегуляторний індекс CD4/CD8, що свідчило про ліквідацію вторинного імунодефіциту. Показник РБТЛ у хворих з основної групи підвищився до верхньої межі норми. У групі зіставлення мала місце також позитивна динаміка вивчених імунологічних показників, однак вона була менш вираженою, ніж в основній групі. Тому у хворих групи зіставлення в періоді реконвалесценції зберігалися вірогідні зсуви показників клітинного імунітету, як відносно норми, так і відносно аналогічних показників у хворих основної групи. Так, у групі зіставлення була наявна

помірна Т-лімфопенія, зниження кількості Т-хелперів (CD4+) та імунорегуляторного індексу CD4/CD8 (рисунок 2,3).



Рисунок 3. Стан показників клітинного імунітету у хворих на СДР після проведеного лікування.

Отже, встановлено, що лікування хворих на СДР за допомогою комбінації мелітору та ПО забезпечує нормалізацію показників клітинного імунітету та відновлення у них імунологічного гомеостазу. Таким чином, виходячи з отриманих даних, можна вважати патогенетично обґрунтованим та клінічно доцільним використання комбінації сучасного антидепресанту мелітору та імуноактивного засобу ПО для лікування хворих на СДР.

Висновки

1. У клінічній картині хвороби чітко визначалися ознаки депресивного розладу. У хворих наголошувалися зниження настрою, ангедонія, хворі прагнули до ізоляції, відмовлялися від спілкування з оточуючими і родичами, у них наголошувалися когнітивні розлади та антивітальні думки. У деяких хворих мали місце ідеї самопригнічення та самозвинувачення. Виникнення депресії починалося, як правило поступово. Частіше вона розвивалася непомітно - із розладів сну, апетиту, порушень загального самопочуття або виникнення відчуття загального дискомфорту, до яких згодом приєднувалися біль і неприємні відчуття в тих чи інших частинах тіла.

2. Основними соматичними проявами депресивного синдрому були розлади сну, астеничні прояви, серцебиття, втрата апетиту та схуднення, пітливість, дисменорея, диспептичні розлади, відчуття жару або холоду, утруднення при ковтанні або "ком" у горлі, сухість у роті, запаморочення.

3. До початку проведення лікування у хворих на СДР відмічаються порушення з боку показників клітинного імунітету, які характеризуються наявністю Т-лімфопенії, дисбалансу субпопуляційного складу Т-лімфоцитів, зниженням імунорегуляторного індексу, зменшенням показника РБТЛ.

4. Лікування за допомогою комбінації сучасного антидепресанту мелітору та імуноактивного препарату поліоксидонію хворих на СДР сприяло ліквідації патологічної симптоматики, та досягненню клінічної ремісії хвороби.

5. Використання комбінації мелітору та поліоксидонію забезпечило ліквідацію Т-лімфопенії, нормалізацію співвідношення між хелперною та супресорною субпопуляціями Т-лімфоцитів, тобто імунорегуляторного індексу, обумовило підвищення показника РБТЛ.

6. Виходячи з отриманих даних, можна вважати патогенетично обґрунтованим, доцільним та клінічно перспективним використання комбінації препаратів мелітору та поліоксидонію в лікуванні хворих на СДР.

Література

1. Использование микрометода для бласттрансформации лимфоцитов человека и животных / Е.П. Киселева, А.С. Цвейбах, Е.И. Гольдман, Н.В. Пигарева // Иммунология. - 1985. - № 1. - С. 76-78.
2. Костюченко С.И. Эпидемиология психического здоровья в Украине / С.И. Костюченко // НейроNEWS. - 2008. - №2. - 9-13.
3. Критерії діагностики і психотерапії розладів психіки та поведінки [Електронний ресурс] / під ред. Б.В. Михайлова, С.І. Табачнікова, О. К. Напреевка, В. В. Домбровської // Новини української психіатрії. - Харків, 2003. - Режим доступу: <http://www.psychiatry.ua/books/criteria/paper14.htm>.

4. Кузнецова Л.В. Полиоксидоний - иммуномодулирующий препарат нового поколения / Л.В. Кузнецова, В.М. Фролов, Е.В. Высочин // Украинський медичний альманах. - 2007. - Т. 10, № 2. - С. 195 - 201.

5. 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.

6. 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.

7. Мелитор: інструкція для клінічного застосування препарату / Затверджена 18.08.2006 р. Наказом МОЗ України № 572.

8. Мосолов С.Н. Применение современных антидепрессантов в терапии депрессий / С.Н. Мосолов // Психиатрия и психофармакология. - 2000. - Т. 1, № 1. Приложение №1.

9. Подкорытов В.С. Депрессии. Современная терапия / В.С. Подкорытов, Ю.Ю. Чайка. - Харьков: Арис, 2003. - 350 с.

10. Поліоксидоній: інструкція для клінічного застосування препарату / Затверджена 10.11.2006 р. Наказом МОЗ України № 743.

11. Салин В.Н. Практикум по курсу "Статистика" (в системе Statistica) / В.Н. Салин, Э.Ю. Чурилова. - М.: Социальные отношения, 2002. - 188 с.

12. Смулевич А.Б. Депрессии при соматических и психических заболеваниях / А.Б. Смулевич. - М.: Медицина, 2003. - 232 с.

13. Фролов В.М. Моноклональные антитела в изучении показателей клеточного иммунитета у больных / В.М. Фролов, Н.А. Пересадин // Лабораторное дело. - 1989. - № 6. - С. 71-72.

14. Фролов В.М. Использование "иммунологического комплекса" для диагностики иммунных нарушений / В.М. Фролов, Н.А. Пересадин, С.Е. Казакова // Клиническая лабораторная диагностика. - 1994. - № 1. - С. 10-13.

15. Чеботарьов Є.В. Функціональний стан системи фагоцитуючих макрофагів у дорослих хворих з соматоформ-

ними депресіями / Є.В. Чеботарьов // Украинський медичний альманах. - 2008. - Т. 11, № 4. - С. 187-189.

16. Чеботарьов Є.В. Стан ліпопероксидації та рівень "метаболическої інтоксикації" у хворих на соматоформні депресивні розлади при лікуванні депривітом та альфа-токоферолом / Є.В. Чеботарьов // Украинський медичний альманах. - 2008. - Т. 11, № 5. - С. 189-193.

17. Чеботарьов Є.В. Ефективність комбінації мелітору та поліоксидонію в корекції порушень метаболізму оксиду азоту у хворих на соматизовані депресивні розлади / Є.В. Чеботарьов // Украинський медичний альманах. - 2009. - Т. 12, № 1. - С. 195-199.

18. Чеботарьов Є.В. Активність сироваткової лактат-дегідрогенази (кф1.1.1.27) та її ізоферментний спектр у хворих на соматизовані депресивні розлади при лікуванні мелітором та поліоксидонієм / Є.В. Чеботарьов // Проблеми екологічної та медичної генетики і клінічної імунології: зб. наук. праць. - Київ; Луганськ; Харків, 2009. - Вип. 6 (93). - С. 283-294.

19. Kellner R. Psychosomatic syndromes, somatization and somatoform disorders / R. Kellner // Psychother. Psychosom. - 1994. - V. 61. - P. 4-24.

20. 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.

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

22. Zigmond A.S. The hospital anxiety and depression scale / A.S. Zigmond, R.P. Snaith // Acta Psychiatrica Scandinavica - 1983. - Vol. 67. - P. 361-370.

Резюме

Чеботарьов Є.В. Динаміка показників клітинного імунітету у хворих на соматизовані депресивні розлади при лікуванні мелітором та поліоксидонієм.

У хворих з соматизованими депресивними розладами (СДР) спостерігаються чітко виражені порушення імунологічного гомеостазу, які виявляються, головним чином, формуванням вторинної імунологічної недостатності по відношенню супресорному варіанту. Лікування хворих

з СДР за допомогою комбінації сучасного антидепресанту мелітору та імуномодулятора поліоксидонію забезпечує швидше і якісне поліпшення клінічної картини та сприяє ліквідації Т-лімфопенії, нормалізації співвідношення субпопуляцій Т-лімфоцитів (хелперно-супресорного коефіцієнту), підвищенню показників РБТЛ з ФГА, що свідчить про ліквідацію вторинного імунодефіциту.

Ключові слова: соматизовані депресивні розлади, клітинний імунітет, мелітор, поліоксидоній, лікування.

Резюме

Чеботарев Е.В. *Динамика показателей клеточного иммунитета у больных соматизированными депрессивными расстройствами при лечении мелитором и полиоксидонием.*

У больных с соматизированными депрессивными расстройствами (СДР) наблюдаются четко выраженные нарушения иммунологического гомеостаза, которые проявляются, главным образом, формированием вторичной иммунологической недостаточности по относительно супрессорному варианту. Лечение больных с СДР при помощи комбинации современного антидепрессанта мелитора и иммуномодулятора полиоксидония обеспечивает более быстрое и качественное улучшение клинической картины и способствует ликвидации Т-лимфопении, нормализации соотношения субпопуляций Т-лимфоцитов (хелперно-супрессорного коэффициента), повышению показателей РБТЛ с ФГА. что свидетельствует про ликвидацию вторичного иммунодефицита.

Ключевые слова: соматизированные депрессивные расстройства, клеточный иммунитет, мелитор, полиоксидоний, лечение.

Summary

Chebotaryov E.V. *Dynamics of indicators of cellular immunity at patients with somatic depressive disorders at treatment melitor and polioxydonium.*

At patients with somatic depressive disorders (SDD) accurately expressed disturbances of an immunologic homeostasis which are shown, mainly, by formation of secondary insufficiency on relative suppressive variant. Treatment of patients with SDD by means of a combination of a modern antidepressant melitor and immunomodulator polioxydonium provides faster and qualitative improvement of a clinical picture and promotes liquidation T-lymfopenia, normalisation of a parity of subpopulations T-lymphocytes (helper/suppressor coefficient), increase of RBTL with PGA/ The liquidation of secondary of immunological failure is detected.

Key words: somatic depressive disorders, cellular immunity, melitor, polioxydonium, treatment.

Рецензент: д.мед.н., проф. Г.С.Рачкаускас

АКТУАЛЬНІ ПРОБЛЕМИ ЕКОЛОГІЧНОЇ ТА КЛІНІЧНОЇ БІОХІМІЇ