

було продемонстровано високу ефективність і хорошу переносимість препарату умкалор в умовах монотерапії при лікуванні гострого бронхіту у 200 пацієнтів у віці від 1 до 18 років у порівнянні з плацебо.

**Ключові слова:** гострий бронхіт, діти, підлітки, *Pelargonium sidoides*, умкалор.

#### Резюме

**Майданник В. Г., Митюряєва І. О., Абабков В. В., Борзенко І. О., Молочек Н. В., Рыбачок О. В.** *Клинико-лабораторные показатели эффективности и безопасности фитотерапевтического лечения острого бронхита у детей с позиции доказательной медицины.*

Рандомизированное, двойное-слепое, многоцентровое, плацебо-контролированное клиническое исследование препарата растительного происхождения, изготовленного из корня *Pelargonium sidoides*. Методом случайного отбора было продемонстрировано высокую эффективность и хорошую переносимость препарата умкалор в условиях монотерапии при лечении острого бронхита у 200 пациентов в возрасте от 1 до 18 лет по сравнению с плацебо.

**Ключевые слова:** острый бронхит, дети, подростки, *Pelargonium sidoides*, умкалор.

#### Summary

**Maydannik V. G., Mityuryaeva I. O., Ababkov V. V., Borzenko I. O., Molochek N. V., Rybachok O. V.** *Clinical and laboratory parameters of efficacy and safety of phytotherapy treatment of acute bronchitis in children from the perspective of evidence-based medicine.*

A randomized, double-blind, placebo-controlled multicenter clinical trial with a herbal drug preparation from *Pelargonium sidoides* roots. By the random selection it was demonstrated high efficacy and good tolerability of Umkador in the environment monotherapy of the treatment of 200 patients from 1 to 18 years with acute bronchitis than placebo.

**Key words:** acute bronchitis, children, adolescents, *Pelargonium sidoides*.

**Рецензент:** д.мед.н., проф.І.Б.Єршова

УДК 616.895.4-092:612.017.1.018

## ВПЛИВ НУКЛЕІНАТУ НА СТАН МАКРОФАГАЛЬНО-МОНОЦИТАРНОЇ ФАГОЦИТУЮЧОЇ СИСТЕМИ У ХВОРИХ НА СОМАТИЗОВАНІ ДЕПРЕСИВНІ РОЗЛАДИ

**Н.О. Марута, Г.С. Рачкаускас, В.М. Фролов**  
*Інститут неврології, психіатрії і наркології НАМН  
України (Харків)*

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

#### Вступ

Соматизовані депресивні розлади (СДР) 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, 13]. Основними клінічними особливостями СДР є невідповідність суб'єктивних відчуттів об'єктивним даним, при цьому має місце неясність патогенезу хвороби, не дивлячись на наявність в анамнезі стресових чинників або проявів фрустрації [9]. Можна також відзначити майже неодмінні преморбідні акцентуовані риси особистості і характеру пацієнтів самої різної модальності [4]. СДР, як правило, мають хронічний перебіг та характеризуються частими рецидивами або загостреннями, що значно обмежує працездатність пацієнтів та обумовлює виникнення соціально-побутової дезадаптації, а також сприяє подальшій хроніфікації патологічного процесу та нерідко формуванню резистентності до психофармакотерапії та в подальшому - навіть інвалідизації пацієнтів в подальшому [11].

Епідеміологічні дані свідчать про те, що від 10 до 30% населення, що звертається протягом року до лікарів загальної практики, страждають психічними розладами переважно депресивного регістру. При цьому основними етіопатогенетичними причинами виникнення таких станів є соціальні, генетичні, культуральні і етнічні чинники (погані умови життя, когнітивні

порушення, часті стресові ситуації, наявність супутньої органічної патології) [15]. В той же час відносно маловивченим на сьогоднішній день є порушення біохімічного (метаболічного) та імунологічного фону при розвитку у хворих афектної патології, його вплив на симптоматику основного захворювання, перспективність застосування адаптогенів і імунопротекторів в комплексному лікуванні депресивних розладів у хворих різних вікових категорій [12, 13]. Зокрема, раніше при детальному вивченні особливостей патогенезу СДР було встановлено, що в механізмах формування даної патології суттєве значення мають порушення показників, які характеризують стан макрофагально-моноцитарної фагоцитуючої системи (МММФС) [5]. Тому потрібна розробка досить ефективних способів лікування та профілактики рецидивів СДР з урахуванням зсувів імунного гомеостазу, що має суттєве значення для клінічної психіатрії. Раніше нами вже була встановлена ефективність деяких імуноактивних препаратів, зокрема поліоксидоню, в корекції імунного статусу хворих на СДР [5, 6]. З урахуванням багатofакторності фармакологічної дії нового українського імуноактивного препарату нуклеїнату [1, 3], ми вважали доцільним проаналізувати його можливий вплив на показники МММФС у хворих на СДР.

**Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами:** робота виконувалась у відповідності до основного плану науково-дослідних робіт (НДР) ДЗ "Луганський державний медичний університет" та являє собою фрагмент теми НДР "Імунні та метаболічні порушення в патогенезі шизофренії і депресивних розладів різного генезу та їх корекція" (№ держреєстрації 0108U009465).

**Метою** роботи було вивчення динаміки показників МММФС при введенні сучасного вітчизняного імуноактивного препарату нуклеїнату хворим на СДР.

#### **Матеріали та методи дослідження**

Було обстежено 68 хворих на СДР у віці від 18 до 55 років (28 чоловіків та 40 жінок). Основна група складала 36 пацієнтів, група зіставлення - 32 особи. Обидві групи обстежених хворих на СДР, що знаходилися під наглядом, були рандомізовані за віком та статтю хворих, а також ступенем вираженості СДР

[12]. 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) [13]. Хворі обох груп отримували загальноприйняте лікування [10], та пацієнти основної групи - додатково нуклеїнат, який вводили усередину по 0,5 г 3 рази на добу протягом 25-30 діб поспіль [9].

Нуклеїнат - імуномодулюючий засіб, який стимулює лейкоцити у кістковому мозку, відновлюючи диференціацію, якісний та кількісний склад клітин кісткового мозку і периферичної крові [9]. Нормалізує клітинний імунітет, підвищуючи міграцію і кооперацію Т- і В-лімфоцитів та фагоцитарну активність макрофагів, посилюючи активність факторів неспецифічної резистентності. Має проти-запальну активність і пригнічує підвищену агрегацію тромбоцитів [3]. В основі фармакотерапевтичних ефектів препарату лежать такі механізми: стимулювання процесів клітинного метаболізму, посилення біосинтезу ендогенних нуклеїнових кислот, специфічних протеїнів та ферментів; посилення мітотичної активності клітин кісткового мозку, прискорення процесів регенерації; підвищення енергозабезпечення клітини шляхом стимулювання синтезу макроенергічних сполук, таких як АТФ; нормалізація NO-синтезної активності, інгібування окисних процесів у клітинних мембранах, стабілізація мембран клітин та оптимізація окисно-відновних процесів у тканинах; підвищення продукції інтерферону та стимулювання противірусного захисту; активація гіпофізарно-наднирково-залозної системи зі збільшенням рівня ендогенних глюкокортикоїдів [1, 9]. Нуклеїнат зареєстрований в Україні в якості лікарського препарату (реєстраційне посвідчення № UA/2885/01/02) та дозволений до клінічного застосування Наказом МОЗ України № 512 від 31.08.2007 р. [9].

Для діагностики важкості депресивного синдрому використовували загальноприйняті психометричні шкали: госпітальну шкалу тривоги і депресії (HADS) [18], шкалу Гамільтона для оцінки депресії (HDRS) [17], а також шкалу Монтгомері-Асберг для оцінки депресії (MADRS) [16].

Крім клініко-психопатологічного обстеження, також проводилося дослідження показників фагоцитарної активності

моноцитів (ФАМ) периферійної крові чашечковим методом [14]. При цьому враховували наступні показники: фагоцитарний індекс (ФІ), фагоцитарне число (ФЧ), індекс атракції (ІА) і індекс перетравлення (ІП) [2]. Імунологічні дослідження проводилося до початку лікування (тобто на момент вступу до стаціонару) та після завершення терапевтичних заходів.

Статистичну обробку одержаних результатів досліджень здійснювали на персональному комп'ютері Intel Core Duo 1,6 GHz за допомогою багатofакторного дисперсійного аналізу з використанням пакетів ліцензійних програм Microsoft Office 2003, Microsoft Excel Stadia 6.1 / prof та Statistica [7]. При цьому враховували основні принципи використання статистичних методів у клінічних дослідженнях ефективності лікарських препаратів [8].

#### Отримані результати та їх обговорення

До початку проведення лікування в обох групах обстежених пацієнтів з діагнозом СДР спостерігалися зниження емоційного настрою, почуття провини, ангедонія, стомлюваність, порушення уваги, збудження, загальмованість, безсоння або, навпаки, сонливість у денний час, зниження апетиту та ваги, інколи - підвищення апетиту та ваги тіла, в окремих випадках суїцидальні думки, та навіть спроби, іпохондрія, соціальна відгородженість, маячні ідеї самопригнічення та самозвинувачення. Серед соматичних проявів захворювання у хворих відмічались слабкість, швидка стомлюваність, головний біль, артралії, дифузні міалгії, відчуття утрудненого дихання, тахіпноє, прискорене серцебиття, схуднення, неприємний смак або гіркота у роті, закрепи або проноси, зниження лібідо, порушення менструального циклу у жінок.

При проведенні імунологічного обстеження було встановлено, що до початку лікування, в обох групах (основній та зіставлення) мали місце однотипові зсуви імунологічних показників, які характеризують ФАМ (таблиця 1).

В цілому встановлено вірогідне зниження показників ФАМ, а саме ФІ в основній групі - в середньому в 1,72 рази відносно норми (відповідно  $14,5 \pm 0,9$  при нормі  $25,0 \pm 2,0$ ;  $P < 0,01$ ), у групі зіставлення - в 1,7 рази ( $14,7 \pm 1,0$  та  $25,0 \pm 2,0$ ;  $P < 0,01$ ), ФЧ знижено в 1,9 рази в основній групі хворих ( $2,1 \pm 0,12$  при нормі

$4,0 \pm 0,1$ ;  $P < 0,01$ ), та в 1,73 рази в групі зіставлення ( $2,3 \pm 0,13$  при нормі  $4,0 \pm 0,1$ ;  $P < 0,01$ ), ІА був помірно знижений - в основній групі хворих в 1,31 рази ( $11,3 \pm 0,5$  при нормі  $14,8 \pm 0,3$ ;  $P < 0,05$ ), у групі зіставлення - в 1,29 рази ( $11,5 \pm 0,4$  при нормі  $14,8 \pm 0,3$ ;  $P < 0,05$ ). У той же час відмічене суттєве зменшення ІП - в основній групі в 1,92 рази ( $13,0 \pm 0,6$  при нормі  $25,0 \pm 1,6$ ;  $P < 0,001$ ), у групі зіставлення - в 1,82 рази ( $12,5 \pm 0,8$  при нормі  $25,0 \pm 1,6$ ;  $P < 0,001$ ). Таке суттєве зниження ІП свідчить про значне порушення процесів перетравлення поглинутих мікроорганізмів, тобто про незавершеність процесу фагоцитозу.

Таблиця 1

#### Показники ФАМ у обстежених хворих на СДР до початку лікування ( $M \pm m$ )

Імунологічні показники	Норма	Групи хворих		
		основна (n=36)	зіставлення (n=32)	
ФІ, %	$25,0 \pm 2,0$	$14,5 \pm 0,9^{**}$	$14,7 \pm 1,0^{**}$	>0,1
ФЧ	$4,0 \pm 0,1$	$2,1 \pm 0,12^{**}$	$2,3 \pm 0,13^{**}$	>0,1
ІА, %	$14,8 \pm 0,3$	$11,3 \pm 0,5^*$	$11,5 \pm 0,4^*$	>0,1
ІП, %	$25,0 \pm 1,6$	$13,0 \pm 0,6^{**}$	$13,7 \pm 0,6^{**}$	>0,1

Примітка: в таблиці 1 та 2 показник Р обчислений між показниками основної групи і групи зіставлення; ймовірність різниці відносно норми \* - при  $P < 0,05$ , \*\* - при  $P < 0,01$ , \*\*\* - при  $P < 0,001$ .

Після проведеного лікування в основній групі хворих на СДР спостерігалася позитивна динаміка в плані редукції клінічних проявів депресивного синдрому та поліпшення афективного фону. Так, в цій групі хворих відмічалася суттєве покращення емоційного настрою, зникнення почуття провини та явищ ангедонії, стомлюваності, збудження або загальмованості, нормалізація апетиту та ваги тіла та відсутність суїцидальних думок. Хворі стали більш соціально активними, бажаніше ставилися до оточуючих. У хворих групи зіставлення частота виявлення психопатологічних проявів також зменшувалася, однак все ж таки після завершення лікування була значно вище за аналогічні показники у хворих основної групи.

При повторному обстеженні хворих на СДР, що були під наглядом, було встановлено, що в основній групі відмічається чітка тенденція до нормалізації імунологічних показників, які характеризують ФАМ, а саме підвищення ФІ до  $24,7 \pm 1,7$ , тобто

до нижньої межі норми, нормалізація ФЧ і ІА, збільшення ІП також до нижньої межі норми (таблиця 2).

Таблиця 2

**Показники ФАМ у обстежених хворих на СДР після лікування ( $M \pm m$ )**

Імунологічні показники	Норма	Групи хворих		P
		основна (n=36)	зіставлення (n=32)	
ФІ, %	25,0±2,0	24,7±1,7	18,4±1,1*	<0,05
ФЧ	4,0±0,1	3,7±0,05	2,6±0,04*	<0,05
ІА, %	14,8±0,3	14,6±0,5*	12,4±0,4*	=0,05
ІП, %	25,0±1,6	24,1±1,4*	18,1±1,3*	=0,05

Показово, що в основній групі хворих на СДР ІП ФАМ нормалізувався ( $24,1 \pm 1,4$  при нормі  $25,0 \pm 1,6$ ;  $P > 0,05$ ). Отже, отримані дані свідчать про позитивний вплив нуклеїнату не лише на клініко-біохімічні показники, а також і на імунологічні показники, які характеризують стан ФАМ. У групі зіставлення також була відмічена позитивна тенденція щодо показників, які віддзеркалюють функціональний стан ММФС, однак суттєво менше виражена, ніж у хворих основної групи. Тому у групі зіставлення після завершення лікування зберігалось вірогідне зниження низки показників ФАМ (ФІ, ФЧ, ІП) відносно норми, а також відносно аналогічних показників у хворих основної групи. Дійсно, після завершення курсу лікування у хворих групи зіставлення зберігалось вірогідне зниження ФІ відносно пацієнтів основної групи ( $18,4 \pm 1,1$  та  $24,7 \pm 1,7$  відповідно;  $P < 0,05$ ), більш низькі показники ФЧ ( $2,6 \pm 0,04$  та  $3,7 \pm 0,05$ ;  $P > 0,05$ ), ІА  $12,4 \pm 0,4$  та  $14,6 \pm 0,5$ ;  $P = 0,05$ ), ІП ( $18,1 \pm 1,3$  та  $24,1 \pm 1,6$ ;  $P = 0,05$ ). Таким чином, використання нуклеїнату у комплексі лікування хворих на СДР поряд з загальноприйнятною терапією є патогенетично обґрунтованим, оскільки сприяє нормалізації функціонального стану ММФС.

### Висновки

1. До початку лікування в обстежених пацієнтів з діагнозом СДР спостерігалися зниження емоційного настрою, почуття провини, ангедонія, стомлюваність, порушення уваги, збудження, загальмованість, безсоння або, навпаки, сонливість у денний час, зниження апетиту та ваги, інколи - підвищення апетиту та ваги тіла, в окремих випадках суїцидальні думки, та навіть

спроби, іпохондрія, соціальна відгородженість, маячні ідеї самопригнічення та самозвинувачення. Серед соматичних проявів захворювання у хворих відмічались слабкість, швидка стомлюваність, головний біль, артралії, дифузні міалгії, відчуття утрудненого дихання, тахіпноє, прискорене серцебиття, схуднення, неприємний смак або гіркота у роті, закрепи або проноси, зниження лібідо, порушення менструального циклу у жінок.

2. При проведенні імунологічного обстеження було встановлено, що показники ФАМ до початку лікування як в основній групі хворих на СДР, так і в групі зіставлення мали істотні розбіжності щодо норми. Так, ФІ в основній групі було знижено відносно норми в середньому в 1,72 рази, у групі зіставлення - в 1,7 рази, в основній групі ФЧ було знижено в 1,9 рази та в 1,73 рази в групі зіставлення, в основній групі ІА був знижений в 1,31 рази, у групі зіставлення - в 1,29 рази, ІП був знижений в основній групі в 1,92 рази, у групі зіставлення - в 1,82 рази.

3. В ході лікування у хворих на СДР основної групи (які додатково отримували нуклеїнат) відмічена позитивна динаміка в плані редукції клінічних проявів депресивного синдрому та поліпшення афективного фону - відмічалось суттєве покращення емоційного настрою, зникнення почуття провини та явищ ангедонії, стомлюваності, збудження або загальмованості, нормалізація апетиту та ваги тіла та відсутність суїцидальних думок; хворі стали більш соціально активними, бажаніше ставилися до оточуючих. Поряд з цим відмічена практична повна нормалізація вивчених показників ФАМ.

4. У хворих групи зіставлення, що отримували лише загальноприйняте лікування, на момент завершення терапії відмічалось збереження психопатологічних проявів. При вивченні показників ФАМ у цієї групи була відмічена лише незначна тенденція до їхнього покращення, в той же час значення фагоцитарних показників залишалися вірогідно нижче норми та відповідних показників у пацієнтів основної групи. Так, ФІ на момент завершення лікування був знижений в 1,36 рази стосовно норми та в 1,34 рази - відносно відповідного показника у основній групі, ФЧ - в 1,54 та в 1,42 рази, ІА - в 1,12 та в 1,17 рази, ІП - в 1,38 та в 1,33 рази відповідно.

5. Таким чином, отримані дані свідчать, що включення сучасного вітчизняного імуноактивного препарату нуклеїнату до комплексу терапії хворих на СДР патогенетично обґрунтовано та перспективно в клінічному плані. Це робить доцільним використання нуклеїнату в загальній програмі лікування хворих на СДР.

### Література

1. Андріюг Л.В. Від нуклеїнових кислот до препарату нуклеїнат / Л.В. Андріюг // *Здоров'я України*. - 2007. - № 17 (174). - С. 54-55.
2. Дранник Г.Н. Клиническая иммунология и аллергология / Г.Н. Дранник. - [4-е изд.]. - Киев, Полиграф Плюс, 2010. - 552 с.
3. Иммунокорректирующие нуклеиновые препараты и их клиническое применение / А.М. Земсков, В.Г. Передерий, В.М. Земсков, Н.Г. Бычкова. - Киев: Здоров'я, 1994. - 232 с.
4. Костюченко С.И. Эпидемиология психического здоровья в Украине / С.И. Костюченко // *НейроNEWS*. - 2008. - №2. - 9-13.
5. Кутько И.И. Функциональное состояние макрофагальной фагоцитирующей системы у больных соматоформными депрессивными расстройствами при иммунокоррекции полиоксидонием / И.И. Кутько, В.М. Фролов, Г.С. Рачкаускас // *Український медичний альманах*. - 2007. - Т. 10, № 3. - С. 63-68.
6. Кутько И.И. Динамика показателей клеточного иммунитета у больных соматоформными депрессивными расстройствами при лечении мелитором и полиоксидонием / И.И. Кутько, В.М. Фролов, Г.С. Рачкаускас // *Український медичний альманах*. - 2007. - Т. 10, № 4. - С. 98-104.
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. Нуклеїнат: інструкція для клінічного застосування препарату / Затверджена Наказом МОЗ України № 512 від 31.08.2007 р.
10. Подкорытов В.С. Депрессии. Современная терапия / В.С. Подкорытов, Ю.Ю. Чайка. - Харьков: Арис, 2003. - 350 с.

11. Рачкаускас Г.С. Клинико-иммунологическая характеристика больных с депрессивными расстройствами // *Соціум і особистість. Матеріали V Міжнародної науково-практичної конференції* / Г.С. Рачкаускас, В.М. Фролов, Н.А. Пересадин. - Луганськ: Знання, 2008. - С. 166-171.

12. 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.

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

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

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

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

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

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

### Резюме

**Марута Н.О., Рачкаускас Г.С., Фролов В.М.** Вплив нуклеїнату на стан макрофагально-моноцитарної фагоцитуючої системи у хворих на соматизовані депресивні розлади.

У хворих на соматизовані депресивні розлади (СДР) виявлені порушення афективного фону, а також суттєві зсуви з боку імунологічних показників, характеризуючих стан макрофагально-моноцитарної фагоцитуючої системи (ММФС), а саме зниження фагоцитарних індексів моноцитів периферійної крові, що свідчить про незавершеність процесів фагоцитозу. Включення сучасного вітчизняного імуноактивного препарату нуклеїнату до лікувального комплексу у хворих на СДР сприяло нормалізації психоемоційного та соматичного станів хворих та показників, які характеризують функціональний стан ММФС.

**Ключові слова:** соматизовані депресивні розлади, макрофагально-моноцитарна фагоцитуюча система, фагоцитарна активність моноцитів, нуклеїнат, лікування.

## Резюме

**Марута Н.А., Рачкаускас Г.С., Фролов В.М.** Влияние нуклеината на состояние макрофагально-моноцитарной фагоцитирующей системы у больных соматизированными депрессивными расстройствами.

У больных соматизированными депрессивными расстройствами (СДР) выявлены нарушения аффективного фона, а также существенные нарушения со стороны иммунологических показателей, характеризующих состояние макрофагально-моноцитарной фагоцитирующей системы (ММФС), а именно снижение фагоцитарных индексов моноцитов периферической крови, что свидетельствует о незавершенности процессов фагоцитоза. Применение современного отечественного иммуноактивного препарата нуклеината в лечебный комплекс больных СДР способствовало нормализации психоэмоционального и соматического состояний больных и показателей, которые характеризуют функциональное состояние ММФС.

**Ключевые слова:** соматизированные депрессивные расстройства, макрофагально-моноцитарная фагоцитирующая система, фагоцитарная активность моноцитов, нуклеинат, лечение.

## Summary

**Maruta N.O., Rachkauskas G.S., Frolov V.M.** Influence of nucleinat on functional condition of macrophagal-monocytic phagocytic system at the patients with somatized depressive disorders.

At the patients with somatic depressive disorders (SDD) was set a disturbances an affective phone, and also essential from the immunologic indicators characterising a macrophagal-monocytic phagocytic system (MMPS) state, namely depression phagocytic indexes of periferal blood monocytes that testified about incompleteness of phagocytosis processes. The using of modern domestic immunoactive preparation nucleinas in the complex treatment provided normalisation of phsyhoemotional and somatic state of the patients with SDD and indexes, which characterised a MMPS functional state.

**Key words:** somatic depressive disorders, macrophagal-monocytic phagocytic system, phagocytic activity of monocytes, nucleinas, treatment.

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

**НЕТЯЖКА НЕГОСПІТАЛЬНА ПНЕВМОНІЯ У ПАЦІЄНТІВ, ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ 2 ТИПУ: ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНОЇ КАРТИНИ, ПЕРЕБІГУ ТА ЛІКУВАННЯ**

**О.С. Махаринська**

*Харківська медична академія післядипломної освіти*

## Вступ

Інфекції дихальних шляхів при цукровому діабеті (ЦД) характеризуються тяжкими клінічними особливостями, більшою тривалістю перебігу та підвищеною смертністю, що частково можна пояснити зниженням Т-клітинно-опосередкованої імунної відповіді. Хронічна гіперглікемія внаслідок абсолютної або відносної інсулінової недостатності призводить до метаболічних порушень у пацієнтів з ЦД, які проявляються типовими синдромами та симптомами. Величина та тривалість гіперглікемії тісно зв'язана з тяжкістю мікрovasкулярних та неврологічних ускладнень, наявність яких призводить до зростання ризику інфекцій [4]. Докази причинних наслідків між діабетом та загальними інфекціями, отримані за допомогою клінічних досліджень, є обмеженими та не узгодженими. Пацієнти з ЦД мають збільшений ризик інфекцій сечостатевої системи та асимптоматичної бактеріурії, також шкіри та слизових мембран, включаючи *Candida spp.* та інфекцій стопи. Зв'язок поміж інфекціями респіраторного тракту та діабетом є до сих пір нез'ясованим. Негоспітальна пневмонія (НП) серед причин смертності у хворих старше 65 років займає четверте місце та шосте - серед причин летальності. В Україні захворюваність на НП у 2010 році складала 519,7, смертність - 10,3 випадків на 100 тис. Населення [5]. Необхідність оптимізації лікування основного і супутніх захворювань, враховуючи поліморбідність, диктується тим, що супутня патологія впливає на вибір препаратів для лікування основного захворювання. Не дивлячись на досягнення в вивченні патогенезу та лікування пневмоній, в теперішній час не вдалося досягнути значимих змін в показниках захворюваності та смерт-