

12. Bruunsgaard H. Aging and proinflammatory cytokines / H. Bruunsgaard, M. Pedersen // *Curr. Opin. Hematol.* – 2001. – Vol. 8. – P. 131-136.

13. Leite A.B. Risk factors for nonalcoholic steatohepatitis in cryptogenic cirrhosis / A.B. Leite, A.A. Mattos, A.Z. Mattos // *Arq. Gastroenterol.* – 2012. – Vol. 49 (4). – P. 245-249.

Резюме

Іванова Л.М., Налапко К.К., Сидоренко Ю.В., Холіна О.А., Васильєва В.Л.
Стан клітинної, гуморальної ланок імунітету та цитокинового профілю крові у хворих на неалкогольний стеатогепатит у сполученні з хронічним бронхітом та ожирінням.

При НАСГ у сполученні з ХБ та ожирінням мав місце вторинний імунодефіцит, переважно по відносному Т-супресорному варіанту, який супроводжувався зростанням вмісту ЦИК за рахунок найбільш патогенних фракцій та превалюванням у сироватці крові прозапальних властивостей над протизапальними.

Ключові слова: неалкогольний стеатогепатит, хронічний бронхіт, ожиріння, імунітет, цитокиновий профіль крові.

Резюме

Іванова Л.Н., Налапко К.К., Сидоренко Ю.В., Холина Е.А., Всылєва В.Л.
Состояние клеточного, гуморального звеньев иммунитета и цитокинового профиля крови у больных с неалкогольным стеатогепатитом в сочетании с хроническим бронхитом и ожирением.

При НАСГ в сочетании с ХБ и ожирением имел место вторичный иммунодефицит, преимущественно по относительному Т-супрессорному варианту, который сопровождался повышением содержания ЦИК за счет наиболее патогенных фракций и превалированием в сыворотке крови провоспалительных свойств над противовоспалительными.

Ключевые слова: неалкогольный стеатогепатит, хронический бронхит, ожирение, иммунитет, цитокиновый профиль крови.

Summary

Ivanova L.M., Nalapko K.K., Sidorenko Yu.V., Cholina O.A., Vasilieva V.L.
State of cellular, humoral immunity and blood cytokine profile in patients with nonalcoholic steatohepatitis in combination with chronic bronchitis and obesity.

In patients with nonalcoholic steatohepatitis in combination with chronic bronchitis and obesity secondary immunodeficiency occurred, mainly by the relative T-suppressor way, which was associated with increased circulated immune complexes by most pathogenic fractions and the prevalence in serum pro-inflammatory properties.

Key words: nonalcoholic steatohepatitis, chronic bronchitis, obesity, immunity, cytokine profile of blood.

Рецензент: д.мед.н., проф. І.В. Лоскутова

УДК 616.895.4-092.612.017.018.2

АКТИВНІСТЬ ІМУНОКОМПЛЕКСНИХ РЕАКЦІЙ У ХВОРИХ НА РЕКУРЕНТНИЙ ДЕПРЕСИВНИЙ РОЗЛАД ЛЕГКОГО СТУПЕНЮ ТЯЖКОСТІ

І.Ф. Тєрьошина

ДЗ «Луганський державний медичний університет»

Вступ

Депресивні розлади в даний час є однією з провідних медико-соціальних проблем [8, 9]. Їх поширеність в популяції надзвичайно висока - 10-20% всього населення в розвинених країнах, причому середній щорічний показник приросту в світі перевищує 10% [12]. Відповідно, істотно зростає і соціально-економічне значення депресій (витрати на лікування, оплата непрацездатності, зниження ефективності праці тощо), а також їх психологічна роль (вплив на соціальні та особистісні контакти, десоціалізацію і т. д.) [1, 2, 9]. При збереженні існуючих тенденцій до 2020-го року депресивні розлади займуть друге місце (після ішемічної хвороби серця) серед усіх захворювань за кількістю років, втрачених у зв'язку з інвалідністю [12]. Актуальність проблеми обумовлена також високою суїцидальною небезпекою [2, 3, 9]. Тому вивчення патогенезу депресивних розладів та розробка раціональних підходів до лікування даної патології має велике практичне значення.

Сучасні наукові дослідження показали, що в патогенезі рекурентних депресивних розладів (РДР) роль відіграють порушення імунітету і зміни з боку обмінно-метаболических процесів [4, 5, 13, 14]. Однак при цьому роль такої важливої ланки імунної відповіді як активність імунокомплексних реакцій залишається досить не вивченою.

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

Метою роботи було вивчення активності імунокомплексних реакцій у хворих на РДР легкого ступеню тяжкості.

Матеріали та методи дослідження

Було здійснено клініко-психопатологічне обстеження 30 хворих з діагнозом «РДР триваючий епізод легкого ступеня» (F33.0). Вік пацієнтів складав від 25 до 50 років, жінок серед хворих було 17 (56,7%), чоловіків - 13 (43,3%). Хворі, які знаходилися під наглядом, отримували загальноприйнятту терапію антидепресантами, транквілізаторами, анксиолітичними препаратами в амбулаторних умовах (АУ). Клінічне спостереження обстежених пацієнтів здійснювалось протягом 2010–2014 рр. в умовах Луганської обласної клінічної психоневрологічної лікарні.

Спостереження за станом пацієнтів проводилось один раз на місяць на протязі 24 міс. В ході спостереження проводилась реєстрація захворювання всіх загострень та повторних епізодів з ознакою ступеню тяжкості, часу виникнення та їх довготривалістю. Під рецидивом слід розуміти розвиток депресивної симптоматики, яка зберігалась не менш двох тижнів і яка відповідає критеріям МКХ-10 для легкого епізоду (F33.0). При виникненні депресивного розладу поміж запланованими візитами проводилось допоміжне обстеження хворих.

Для реалізації мети дослідження поряд із загальноприйнятим обстеженням всім хворим здійснювали імунологічне дослідження, спрямоване на аналіз стану імунокомплексних реакцій. При цьому для оцінки вираженості імунокомплексних реакцій вивчали концентрацію циркулюючих імунних комплексів (ЦІК) у сироватці крові, що визначали методом преципітації в розчині поліетиленгліколя (ПЕГ) з молекулярною масою 6000 дальтон [10]. Молекулярний склад ЦІК з виділенням фракцій велико- (>19S), середньо- (11S-19S) та дрібномолекулярних (<11S) імунних комплексів визначали шляхом диференційованої преципітації у 2,0%, 3,5% та 6% розчинах ПЕГ [10].

Статистичну обробку одержаних результатів досліджень здійснювали на персональному комп'ютері Intel Pentium III 800 за допомогою багатфакторного дисперсійного аналізу з використанням пакетів ліцензійних програм Microsoft Office 2010, Microsoft Excel Stadia 6.1./prof та Statistica [6, 7].

Отримані результати та їх обговорення

При проведенні імунологічного дослідження у хворих з діагнозом «РДР триваючий епізод легкого ступеня» (F33.0) до початку лікування було встановлено підвищення рівня ЦІК та дисбаланс їхнього фракційного складу (табл.). Як відображено в таблиці, до початку лікування в АУ загальний рівень ЦІК в основній групі хворих з РДР (F 33.0)

перевищував відповідний показник норми в середньому в 1,28 рази ($P<0,05$) і склав $(2,41\pm 0,06)$ г/л. При дослідженні молекулярного складу ЦІК було встановлено, що зростання рівня імунних комплексів відбувалося переважно за рахунок найбільш токсигенних середньо- та дрібномолекулярних фракцій. Так, вміст середньомолекулярної фракції ЦІК в хворих з діагнозом «РДР триваючий епізод легкого ступеня» (F33.0) у абсолютному вирахованні був вище нормальних значень в 1,77 рази та дорівнював в середньому $(1,01\pm 0,05)$ г/л ($P<0,001$); у відносному вирахованні – перевищував норму в середньому в 1,37 рази та складав в середньому $(41,9\pm 1,4)\%$ ($P<0,05$). Концентрація дрібномолекулярних ЦІК в сироватці крові в абсолютному вирахованні при РДР (F 33.0) перевищувала норму в середньому в 1,47 рази і становила в середньому $(0,69\pm 0,03)$ г/л, у відносному вирахованні у хворих РДР (F 33.0) рівень дрібномолекулярних ЦІК до початку лікування в АУ дорівнював в середньому $(28,6\pm 1,6)\%$, що перевищувало відповідний показник норми в 1,15 рази ($P<0,05$).

Таблиця

Показники ЦІК у хворих РДР легкого ступеня тяжкості в динаміці загальноприйнятого лікування ($M\pm m$)

Показники	Норма	До лікування	Після лікування
ЦИК	$1,88\pm 0,05$	$2,41\pm 0,06$ $P<0,05$	$2,20\pm 0,06$ $P<0,05$
(>19S) %	44,5±1,5	$29,4\pm 1,3$ $P<0,01$	$43,6\pm 1,7$ $P<0,05$
		$0,84\pm 0,04$	$0,96\pm 0,04$ $P<0,05$
(11S-19S), %	30,5±1,3	$41,9\pm 1,4$ $P<0,05$	$33,6\pm 1,7$ $P<0,05$
		$0,57\pm 0,04$	$0,74\pm 0,05$ $P<0,05$
(<11S) %	25,0±1,6	$28,6\pm 1,6$ $P<0,05$	$26,8\pm 0,07$ $P<0,05$
		$0,47\pm 0,03$	$0,59\pm 0,02$ $P<0,05$

Примітка: в табл. P - вірогідність розбіжностей відносно норми.

При дослідженні показників ЦІК на момент завершення лікування було встановлено, що у осіб, які знаходилися під наглядом,

деякі вивчені індекси, незважаючи на позитивну динаміку, залишалися вірогідно вище норми (табл.). Як відображено у таблиці, після завершення лікування хворих на РДР (F 33.0), загальний рівень ЦІК дорівнював (2,20±0,06) г/л що в 1,2 рази перевищувало норму (P<0,05). Крім того, у обстежених пацієнтів на момент завершення лікування в АУ спостерігалось збереження дисбалансу фракційного складу ЦІК - в абсолютному вирахованні зміст найбільш патогенної середньомолекулярної фракції ЦІК склав після лікування в АУ в середньому (0,74±0,05) г/л, що перевищувало відповідний показник норми в середньому в 1,3 рази (P<0,05), у відносному вирахованні рівень даної фракції у обстежених з наявністю РДР (F 33.0) після лікування в АУ становив у середньому (33,6±1,7)%, що перевищувало відповідний показник норми в 1,1 рази (P<0,05). Концентрація дрібномолекулярних ЦІК в сироватці крові в абсолютному вирахованні при РДР (F 33.0) на момент завершення курсу лікування перевищувала норму в середньому в 1,26 рази і становила в середньому (0,59±0,02) г/л, у відносному вирахованні у хворих РДР (F 33.0) рівень дрібномолекулярних ЦІК дорівнював в середньому (26,8±0,07)%, що перевищувало відповідний показник норми в 1,1 рази (P<0,05).

Отже, отримані дані свідчать про недостатню ефективність застосування загальноприйнятого лікування в АУ хворих на РДР, що дозволяє рекомендувати вивчення ефективності застосування імуноактивних препаратів в клінічній практиці.

Висновки

1. До початку лікування в АУ у хворих з діагнозом «РДР триваючий епізод легкого ступеня» (F33.0) відмічалось активація імунокомплексних реакцій, що лабораторно підтверджувалось підвищенням рівня ЦІК та дисбалансом їхнього фракційного складу.

2. На момент завершення лікування відмічалась позитивна динаміка з боку вивчених показників, однак при цьому не відбулося нормалізації як рівня ЦІК, так і їхнього фракційного складу.

3. Результати проведених досліджень дають підставу в подальшому вивчити можливість використання сучасних імуноактивних препаратів в комплексній терапії хворих на РДР легкого ступеню тяжкості.

Література

1. Григорьева Е.А. Опыт современного применения стимулотона (сертралина) и солиана (амисульприда) при терапии депрессий в рамках рекуррентного депрессивного расстройства / Е.А. Григорьева, И.В. Лобанова // Социальная и клиническая психиатрия – 2006. - Т. 16, № 2. – С. 62-67.

2. Зражевская И.А. Актуальные аспекты терапии различного спектра рекуррентных и биполярных депрессий / И.А. Зражевская // Российский психиатрический журнал. – 2009. – Т. 3. – С. 81-85.

3. Корништейн С.Г. Поддерживающая терапия эсциталопрамом для предотвращения рекуррентной депрессии: рандомизированное плацебо-контролируемое лечение / С.Г. Корништейн, А. Боуз, Д. Ли // Социальная и клиническая психиатрия. – 2007. - Т. 17, № 2. – С. 79-86.

4. Кутько И.И. Клиническая характеристика и показатели клеточного иммунитета у больных депрессивными расстройствами / И.И. Кутько, В.М. Фролов, Г.С. Рачкаускас // Український медичний альманах. – 2008. - Т. 11, № 1. – С. 173-179.

5. Кутько И.И. Динамика циркулирующих иммунных комплексов и их молекулярный состав у больных соматоформными депрессивными расстройствами при лечении мелитором и полиоксидонием / И.И. Кутько, В.М. Фролов, Г.С. Рачкаускас // Український медичний альманах. – 2009. - Том 9, № 3. - С. 45-49.

6. 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.

7. 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.

8. Психічне здоров'я населення України: інформаційно-аналітичний огляд за 1990–2011 рр. – К.: МОЗ України, 2012. - 152 с.

9. Смулевич А.Б. Депрессия как общемедицинская проблема: вопросы клиники и терапии / А.Б. Смулевич // Consilium medicum. – 2006. – Т. 8, № 3. – С. 92-94.

10. Фролов В.М. Исследование циркулирующих иммунных комплексов их диагностическое и прогностическое значение / В.М. Фролов, В.Е. Рычнев // Лабораторное дело. - 1986. - № 3. - С. 159-161.

11. Фролов В. М. Диагностическое и прогностическое значение циркулирующих иммунных комплексов у больных / В.М. Фролов, Н.А. Пересадин, П.К. Бойченко // Врачебное дело. - 1990. - № 6. - С. 116-118.

12. Burk J.D. Epidemiology of mental disorders / J.D. Burk // Textbook of Psychiatry / Eds: R.A. Hales, S.C. Yudofsky, J.A. Talbott. - New York: The American Psychiatric Press, 2004. - P. 67-89.

13. Kronfol Z. Immune dysregulation in major depression: a critical review of existing evidence / Z. Kronfol // Int. J. Neuropsychopharmacol. – 2002. – Vol. 5. – P. 333–343.

14. Rexhage H.A. Evidence for a metabolic regulations system in the etiology of psychiatric disorders / H.A. Rexhage // J. Neuroimmunol. – 2013. – Vol. 3. – P. 840-843.

Терьошина І.Ф. *Активність імунокомплексних реакцій у хворих на рекурентний депресивний розлад легкого ступеню тяжкості.*

Вивчена концентрація циркулюючих імунних комплексів (ЦИК) та їх фракційний склад як маркери імунокомплексних реакцій у хворих з рекурентними депресивними розладами (РДР) легкого ступеня тяжкості. Встановлено, що до початку лікування у хворих з РДР легкого ступеня тяжкості мало місце підвищення концентрації ЦИК та дисбаланс їх фракцій. Застосування загальноприйнятої терапії не обумовлює повної нормалізації вивчених показників.

Ключові слова: рекурентний депресивний розлад, легкий перебіг, циркулюючі імунні комплекси, амбулаторні умови.

Резюме

Терешина И.Ф. *Активность иммунокомплексных реакций у больных рекуррентным депрессивным расстройством легкой степени тяжести.*

Изучена концентрация циркулирующих иммунных комплексов (ЦИК) и их фракционный состав как маркеры иммунокомплексных реакций у больных рекуррентным депрессивным расстройством (РДР) легкой степени тяжести. До начала лечения у больных РДР легкой степени тяжести установлено повышение концентрации ЦИК и дисбаланс их фракций. Применение общепринятой терапии не обуславливает полной нормализации изученных показателей.

Ключевые слова: депрессивное рекуррентное расстройство, легкое течение, циркулирующие иммунные комплексы, амбулаторные условия.

Summary

Teryshina I.F. *Activity of immunocomplex reactions at the patients with recurrent depressive disorder with low degree.*

The concentration of circulatory immune complexes (CIC) and its fractions as indexes of activity of immunocomplex reactions at the patients with recurrent depressive disorder (RDD) with low degree was studied. It is set that before treatment of the patients with RDD with low degree was detected decrease of CIC level and fractions disbalance. Application general treatment in complex of ambulatory treatment don't provided normalisation of studied indexes.

Key words: depressed recurrent disorder, low degree, circulatory immune complexes, ambulatory conditions.

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

ВПЛИВ КІЛЬКОСТІ ДОНАЦІЙ НА ПОКАЗНИКИ ІМУНОЛОГІЧНОЇ РЕАКТИВНОСТІ ОРГАНІЗМУ ДОНОРІВ ПЛАЗМАФЕРЕЗУ

В.В. Яворський, М.О. Клименко

Харківська медична академія післядипломної освіти МОЗ України

Комунальний заклад охорони здоров'я Харківський обласний

центр служби крові

Вступ

Збереження донорського контингенту, на фоні загального скорочення чисельності населення та кількості потенційних донорів, є першочерговою задачею організації служби крові. Безпека донора, збереження його здоров'я – це ключові засади трансфузіології. Але в умовах збільшення навантаження на донорів та автоматизації виробничих етапів (плазмаферез, цитоферез) питання відновлення гомеостазу донорів залишаються не з'ясованими [5]. Широке впровадження автоматизованих технологій у роботу установ служби крові сприяє стандартизації параметрів отриманих компонентів крові, виключенню людського чинника при виробництві й, що головне, дозволяють перейти не тільки від розуміння необхідності компонентних трансфузій, але й до компонентного донорства. Так, плазмаферез (ПФ) дозволив суттєво збільшити об'єм (700 - 800 мл) та якість доз плазми, що заготовлюється, порівняно з методами фракціонування консервованої крові (200 - 250 мл). Використання ПФ дозволяє заготовляти від однієї особи дози плазми 2 рази на місяць, у країнах Європи загалом до 10 - 15 процедур на рік, у США до 50 разів на рік [6]. Вилучення таких об'ємів плазми з кров'яного русла донорів безумовно, є певним стресом для організму, систематичні плазмодачи можуть провокувати зміни у функціонуванні різних систем організму, і перш за все імунної. В свою чергу, зміни складу імунокомпетентних клітин та інших параметрів імунітету можуть провокувати виникнення захворювань чи викликати прояви захворювання за наявності прихованих або недиагностованих хвороб [1, 3, 5].

Таким чином оцінка імунного реактивності активних донорів ПФ і визначення динаміки змін її показників сприяють впровадженню