

8. Энциклопедия лекарственных растений (*La Sante par les plantes*) / Б. Арналь-Шнебеллен, П. Гетци, Э. Грассар, М. Юнен [и др.] – Б.м.: Ридерз Дайджест, 2004. – 350 с.

9. Юнкеров В.И. Математико-статистическая обработка данных медицинских исследований / В.И. Юнкеров, С.Г. Григорьев. – СПб.: ВМедА, 2005. – 292 с.

10. Cross T.J. Current and future management of chronic hepatitis C infection / T.J. Cross, S. Antoniadis // P.M.Med. J. – 2008. – Vol. 84. – P. 172-176.

11. Kosh A. Chronic hepatitis C / A. Kosh, J.S. Cross // B.M.J. – 2007. – Vol. 334. – P. 54-55.

12. Patel K. Diagnosis and treatment of chronic hepatitis C infection / K. Patel, A.J. Muir, J.G. McHutchison // B.M.J. – 2006. – Vol. 332. – P. 1013-1017.

Резюме

Терьошин В.О., Соцька Я.А., Прудникова І.В., Борзенко І.А. Вплив імуно-тропного препарату циклоферону та засобів фітотерапії на основі екстракту артишока на цитокіновий профіль крові хворих на хронічний вірусний гепатит С у період медичної реабілітації.

Встановлено, що до початку медичної реабілітації (МР) у хворих на хронічний вірусний гепатит С (ХВГС) відзначалося значне підвищення рівня прозапальних цитокінів (ЦК) в сироватці крові, при цьому рівень протизапальних ЦК змінювався незначно. Застосування циклоферону і засобів фітотерапії на основі екстракту артишока в комплексі МР сприяє нормалізації концентрації вивчених ЦК в сироватці крові хворих на ХВГС.

Ключові слова: хронічний вірусний гепатит С, циклоферон, препарати на основі артишока колючого, цитокіни, медична реабілітація.

Резюме

Терешин В.А., Соцкая Я.А., Прудникова И.В., Борзенко И.А. Влияние иммуно-тропного препарата циклоферона и средств фитотерапии на основе экстракта артишока на цитокинный профиль крови больных хроническим вирусным гепатитом С в периоде медицинской реабилитации.

Установлено, что до начала медицинской реабилитации (МР) у больных хроническим вирусным гепатитом С (ХВГС) отмечалось значительное повышение уровня провоспалительных цитокинов (ЦК) в сыворотке крови, при этом уровень противовоспалительных ЦК изменялся незначительно. Применение циклоферона и средств фитотерапии на основе экстракта артишока в комплексе МР способствует нормализации концентрации изученных ЦК в сыворотке крови больных ХВГС.

Ключевые слова: хронический вирусный гепатит С, циклоферон, препараты на основе артишока колючего, цитокины, медицинская реабилитация.

Summary

Teryshin V.A, Sotskaya Ya.A., Prudnikova I.V., Borzenko I.A. Influence of immunotropic preparation cycloferon and phytopreparations of *Cynara scolimus* . on blood cytokines profile of the patients with chronic viral hepatitis c in medical rehabilitation period.

Established that before medical rehabilitation (MR) period in the patients with chronic viral hepatitis C (CVHC) was noted significantly increased levels of proinflammatory cytokines (CK) at the blood serum, and the level of antiinflammatory CK changed significantly. The use of cycloferon and herbal medicine resources on the basis of *Cynara scolimus* L. in the MR complex provided to normalize the studied CK concentration in the serum of the patients with CVHC.

Key words: chronic viral hepatitis C, cycloferon, phytopreparations of *Cynara scolimus* L., cytokines, medical rehabilitation.

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

УДК 616.895.4-092.612.017.018.2

ВПЛИВ АМІКСИНУ ІС НА КОНЦЕНТРАЦІЮ ПРОТИЗАПАЛЬНИХ ЦИТОКІНІВ (IL-4, IL-10) У СИРОВАТЦІ КРОВІ ХВОРИХ НА РЕКУРЕНТНИЙ ДЕПРЕСИВНИЙ РОЗЛАД В АМБУЛАТОРНИХ УМОВАХ

І.Ф. Терьошина

ДЗ «Луганський державний медичний університет»

Вступ

У більшості розвинутих країн світу за останні 40-50 років відмічається поступовий зріст депресивних розладів [11]. За даними та прогнозами Гарвдської медичної школи, які базуються на даних ВООЗ, депресія за базовим сценарієм розвитку до 2020 року вийде на друге місце після ішемічної хвороби серця. Значна поширеність захворювання, тенденція до рекурентного перебігу, висока смертність внаслідок високого ризику суїцидальної поведінки обумовлюють значну актуальність даного захворювання для сучасної медицини і соціума в цілому [7,12]. Ступінь соціальної адаптації хворих афективними психозами, зокрема рекурентними депресивними розладами (РДР), значною мірою залежить від частоти виникнення, ступеня тяжкості та тривалості нападів захворювання, тому особливо важливим є розробка методів вторинної профілактики [3,11,14,16]. За даними низки авторів, рецидив виникає у 50-85% пацієнтів, що перенесли приступ депресії [5,7,16]. Вірогідність загострення захворювання наростає зі збільшенням кількості перенесених нападів. Багато авторів стверджують, що кожний наступний напад перебігає важче попереднього і стійкий до терапії, поряд з цим в подальшому формується терапевтична резистентність до психотропних препаратів [9,10].

З метою розробки раціональних підходів до попередження виникнення чергового нападу РДР, нашу увагу привернула можливість вивчення показників цитокінового профілю хворих, базуючись на даних сучасної наукової літератури стосовно ролі порушень імунологічного гомеостазу в патогенезі та прогресуванні хвороб психічної сфери [6,15,18,19]. Виходячи з вищезазначеного, ми вважали доцільним та перспективним провести аналіз впливу

сучасних імунотропних препаратів, зокрема аміксіну ІС [1] на концентрацію протизапальних цитокінів (ЦК) у хворих на РДР в ході підтримуючої терапії в амбулаторних умовах (АУ).

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами: робота виконувалася у зв'язку з реалізацією основного плану науково-дослідницьких робіт (НДР) ДЗ «Луганський державний медичний університет» і 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 впливу аміксіну ІС на концентрацію протизапальних ЦК ІЛ-4 та ІЛ-10 у хворих на РДР при лікуванні в АУ.

Матеріали та методи дослідження

Проведено клініко-психопатологічне та клініко-психодіагностичне обстеження 192 хворих на РДР. Діагноз «РДР триваючий епізод легкого ступеня» (F33.00) був встановлений у 63 (32,8%) хворих, «РДР триваючий епізод помірної ваги» (F33.1) – у 68 (35,4%) хворих і «РДР триваючий епізод тяжкий без психотичних симптомів» (F33.2) – у 61 (31,8%) хворого. Хворі з діагнозом «РДР триваючий епізод тяжкий з психотичними симптомами» нами не розглядалися, оскільки вони потребували лікування в умовах психіатричного стаціонару. Середній вік хворих був $30,8 \pm 5,4$ років, жінок серед хворих було 124 (64,6%), чоловіків 68 (35,4%).

Для реалізації мети дослідження обстежені пацієнти були розподілені на дві групи (основну та зіставлення) по 98 і 94 особи відповідно, які були рандомізовані за віком, статтю, тривалістю, частотою загострень та повторних епізодів з ознакою ступеню важкості. До основної групи увійшло 32 хворих з діагнозом «РДР триваючий епізод легкого ступеня» (F33.00), 35 пацієнтів з діагнозом «РДР триваючий епізод помірної ваги» (F33.1) та 31 особа з діагнозом «РДР триваючий епізод тяжкий без психотичних симптомів» (F33.2); у групі зіставлення з РДР (F33.00) було 31 хворий, з РДР (F33.01) – 33 обстежених та з РДР (F33.02) – 30 осіб.

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 важкості, 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

(F33.00), помірного (F33.1) та тяжкого епізоду без психотичних симптомів (F33.2). При виникненні депресивного розладу поміж запланованими візитами проводилось допоміжне обстеження хворих.

Хворі на РДР отримували загальноприйнятую підтримуючу терапію антидепресантами та антипсихотиками в АУ згідно рекомендацій [14]. Крім того, хворі основної групи в ході лікування отримували додатково аміксіну ІС по 125 мг 1 раз тиждень протягом 4-6 тижнів.

Крім загальноприйнятого лабораторного обстеження для реалізації означеної мети дослідження у хворих, що були під наглядом, вивчали рівні ЦК у сироватці крові методом ІФА на лабораторному обладнанні виробництва фірми Sanofi Diagnostics Pasteur (Франція), в тому числі на імуноферментному аналізаторі PR 2100. Концентрацію протизапальних ЦК (ІЛ-4, ІЛ-10) у сироватці крові визначали за допомогою сертифікованих в Україні тест-систем виробництва ТОВ «Протеиновый контур» (ProCon) (РФ – СПб) [13]. Статистичну обробку одержаних результатів досліджень здійснювали на персональному комп'ютері AMD Athlon 3600 за допомогою дисперсійного аналізу з використанням пакетів ліцензійних програм Microsoft Office 2003, Microsoft Excel Stadia 6.1/prof і Statistica [8].

Отримані дані та їх обговорення

При проведенні імунологічного дослідження до початку проведення лікування в АУ було встановлено, що в обох групах хворих на РДР відзначалися досить однотипові зсуви з боку концентрації протизапальних ЦК, при цьому ступінь зрушення вивчених показників була найбільш суттєво виражено у хворих з РДР (F33.2).

Концентрація ІЛ-4 у крові обстежених хворих основної групи з РДР (F33.00) на момент першого обстеження була збільшена у середньому в 1,43 рази стосовно значень норми і складала при цьому $(67,4 \pm 1,3)$ пг/мл ($P < 0,01$), вміст ІЛ-10 – у середньому в 1,40 рази та дорівнював $(1,79 \pm 0,04)$ пг/мл ($P < 0,05$). У обстежених пацієнтів основної групи з наявністю РДР (F33.1), вміст ІЛ-4 був підвищений в середньому в 1,61 рази стосовно відповідного показника норми і дорівнював при цьому $(75,9 \pm 1,5)$ пг/мл ($P < 0,001$), рівень ІЛ-10 – у середньому в 1,63 рази, що складало $(2,08 \pm 0,06)$ пг/мл ($P < 0,001$). Найбільш суттєві зсуви з боку протизапальних ЦК відмічалися при РДР (F33.02) – у осіб основної групи рівень ІЛ-4 збільшувався в середньому в 1,75 рази відносно норми і складав $(82,4 \pm 1,4)$ пг/мл ($P < 0,001$), рівень ІЛ-10 – у середньому в 1,76 рази, що складало $(2,25 \pm 0,06)$ пг/мл ($P < 0,001$).

У пацієнтів з РДР (F33.00) групи зіставлення концентрація ІЛ-4 у сироватці крові на момент першого обстеження була збільшена у середньому в 1,41 рази стосовно значень норми і складала при цьому (66,8±1,5) пг/мл (P<0,01), вміст ІЛ-10 – у середньому в 1,36 рази та дорівнював (1,74±0,03) пг/мл (P<0,05) (табл. 1).

Таблиця 1

Концентрація протизапальних цитокінів (ІЛ-4, ІЛ-10) у сироватці крові обстежених хворих на РДР до початку лікування (M±m)

Вміст ЦК	Норма	Основна група (n=98)			Група зіставлення (n=94)		
		РДР (F33.00) (n=32)	РДР (F33.1) (n=35)	РДР (F33.2) (n=31)	РДР (F33.00) (n=31)	РДР (F33.1) (n=33)	РДР (F33.2) (n=30)
ІЛ-4, пг/мл	47,2±1,6	67,4±1,3 P<0,01	75,9±1,5 P<0,001	82,4±1,4 P<0,001	66,8±1,5 P<0,01	75,7±1,4 P<0,001	81,2±1,6 P<0,001
ІЛ-10, пг/мл	1,28±0,05	1,79±0,04 P<0,01	2,08±0,06 P<0,001	2,25±0,05 P<0,001	1,74±0,03 P<0,01	2,04±0,05 P<0,001	2,28±0,07 P<0,001

Примітка: у табл. 1 та 2 P - вірогідність розбіжностей відносно норми.

До початку лікування у пацієнтів групи зіставлення з наявністю РДР (F33.1), вміст ІЛ-4 був підвищений в середньому в 1,60 рази стосовно норми і дорівнював при цьому (75,7±1,5) пг/мл (P<0,001), рівень ІЛ-10 – у середньому в 1,59 рази, що складало (2,04±0,07) пг/мл (P<0,001). Найбільш суттєві зсуви з боку протизапальних ЦК відмічалися також при РДР (F33.02) - рівень ІЛ-4 збільшувався в середньому в 1,72 рази відносно норми і складав (81,2±1,6) пг/мл (P<0,001), рівень ІЛ-10 – у середньому в 1,78 рази, що складало (2,28±0,07) пг/мл (P<0,001).

Клінічні спостереження довели, що в основній групі хворих на РДР (які отримували додатково до психотропних препаратів аміксин ІС) позитивний ефект запропонованого лікування нерідко виявлявся вже на другому тижні від початку лікування. Показово, що введення аміксіну хворим на РДР забезпечувало поліпшення загального самопочуття пацієнтів, істотно покращувався їхній психоемоційний статус, підвищувався життєвий тонус, зростав інтерес до оточуючого, вони починали цікавитися родичами, знайомими, значно розширювався круг їх інтересів в повсякденному житті.

При вивченні концентрації протизапальних ЦК на момент завершення лікування в хворих основної групи було встановлено, що вивчені показники практично нормалізувалися у більшості хворих, в той

час як в групі зіставлення, що застосували лише загальноприйняті препарати, вивчені показники мали тенденцію до покращення, але повної нормалізації не відбувалося. Слід відмітити, що більш виразна позитивна динаміка спостерігалася у хворих з з діагнозом «РДР, триваючий епізод легкого ступеня», тобто з наявністю РДР (F33.00) (табл. 2).

Таблиця 2

Концентрація протизапальних цитокінів (ІЛ-4, ІЛ-10) у сироватці крові обстежених хворих на РДР після лікування (M±m)

Вміст ЦК	Норма	Основна група (n=98)			Група зіставлення (n=94)		
		РДР (F33.00) (n=32)	РДР (F33.1) (n=35)	РДР (F33.2) (n=31)	РДР (F33.00) (n=31)	РДР (F33.1) (n=33)	РДР (F33.2) (n=30)
ІЛ-4, пг/мл	47,2±1,6	47,4±1,8	49,2±1,5	52,0±2,5	52,7±1,3 P<0,05	61,1±1,7 P<0,01	68,6±1,6 P<0,01
ІЛ-10, пг/мл	1,28±0,05	1,27±0,04	1,35±0,03	1,42±0,15	1,48±0,04 P<0,05	1,69±0,03 P<0,01	1,84±0,04 P<0,01

Дійсно, за даними табл. 2, у пацієнтів основної групи з наявністю РДР (F33.00), рівень ІЛ-4 знижувався у порівнянні з вихідним в середньому в 1,42 рази та при цьому відповідав нормі, встановленій для даного показника; концентрація ІЛ-10 зменшувалася у порівнянні з першопочатковим значенням в середньому в 1,41 рази, що також дорівнювало нормі. У пацієнтів групи зіставлення з наявністю РДР (F33.00), рівень ІЛ-4 знижувався у порівнянні з вихідним в середньому в 1,27 рази, але залишався вище норми в середньому в 1,12 рази (P<0,05) та вище відповідного показника основної групи в 1,11 рази; концентрація ІЛ-10 зменшувалася у порівнянні з першопочатковим значенням в середньому в 1,18 рази, але залишалася вище норми в середньому в 1,16 рази (P<0,05) та в 1,17 рази вище, ніж в основній групі. У осіб основної групи, хворих на РДР (F33.01), вміст ІЛ-4 знижувався у порівнянні з вихідним в середньому в 1,54 рази та дорівнював (49,2±1,5) пг/мл, тобто повністю нормалізувався; концентрація ІЛ-10 зменшувалася у порівнянні з першопочатковим значенням в середньому в 1,54 рази, складаючи (1,35±0,03) пг/мл, що відповідало нормі. У пацієнтів групи зіставлення, хворих на РДР (F33.01), вміст ІЛ-4 у сироватці крові знижувався у порівнянні з вихідним в середньому в 1,24 рази, але залишався вище відповідного показника норми в середньому в 1,40 рази (P<0,01) та в 1,24 рази вище відповідного показника основної групи; концентрація ІЛ-10 зменшувалася у порівнянні з першопочатковим значенням в середньому в 1,21 рази,

але залишалася вище норми в середньому в 1,32 рази ($P < 0,01$) в 1,25 відносно основної групи. В динаміці лікування у пацієнтів основної групи з РДР (F33.02) рівень ІЛ-4 знижувався у порівнянні з висхідним в середньому в 1,58 рази та у більшості пацієнтів досягав верхньої межі норми для даного показника; концентрація ІЛ-10 зменшувалася у порівнянні з першопочатковим значенням в середньому в 1,57 рази та також у більшості пацієнтів досягав верхньої межі норми. У пацієнтів групи зіставлення з РДР (F33.02), рівень ІЛ-4 у сироватці крові знижувався у порівнянні з висхідним в середньому в 1,18 рази, але залишався вище норми в середньому в 1,45 рази ($P < 0,01$); концентрація ІЛ-10 зменшувалася у порівнянні з першопочатковим значенням в середньому в 1,24 рази, але залишалася вище норми також в середньому в 1,44 рази ($P < 0,01$).

Виходячи з отриманих даних, динаміка змін рівня вивчених протизапальних ЦК в обох групах була максимально виражена при легкому перебігу захворювання, мініміально – при «РДР триваючий епізод тяжкий без психотичних симптомів» (F33.2).

Отже, отримані нами дані дозволяють вважати, що застосування сучасного імуноактивного препарату аміксину ІС забезпечує нормалізацію концентрації прозапальних ЦК (ІЛ-4, ІЛ-10) у сироватці крові обстежених хворих на РДР.

Висновки

1. У хворих на РДР до початку лікування в АУ відмічалася збільшення концентрації протизапальних ЦК ІЛ-4 та ІЛ-10 у сироватці крові, більш суттєво виражене при «РДР триваючий епізод тяжкий без психотичних симптомів» (F33.2).

2. Лікування хворих на РДР загальноприйнятими засобами сприяло деякій позитивній динаміці вивчених показників, але при цьому в переважній більшості обстежених осіб не відбувалося нормалізації концентрації протизапальних ЦК (ІЛ-4 та ІЛ-10) у сироватці крові, в той час як включення до комплексу лікування сучасного імуноактивного препарату аміксину ІС сприяло практично повній нормалізації вивчених показників.

3. Отримані дані дозволяють вважати, що застосування сучасного імуноактивного препарату аміксину в хворих на РДР є доцільним та перспективним, тому що сприяє відновленню показників цитокінового профілю крові.

4. Перспективою наших подальших досліджень є продовження дослідження патогенетичних механізмів дії аміксину ІС при лікуванні хворих на РДР, а саме вивчення дії даного препарату на показ-

ники фагоцитарної активності моноцитів в осіб з даною патологією.

Література

1. Аміксин ІС: інструкція для клінічного застосування препарату / затверджена Наказом МОЗ України № 843 від 18.11.2009 р.
2. Арана Д. Фармакотерапия психических расстройств / Д. Арана, Д. Розенбаум. - М.: БИНОМ, 2006. - 416 с.
3. Биполярное аффективное расстройство: диагностика и терапия / Под ред. С.Н. Мосолова. - М.: МЕДпресс-информ, 2008. - 384 с.
4. Зражевская И.А. Актуальные аспекты терапии различного спектра рекуррентных и биполярных депрессий / И.А. Зражевская // Российский психиатрический журнал. - 2009. - Т. 3. - С. 81-85.
5. Крук Я.В. Поддерживающая терапия рекуррентного депрессивного расстройства: автореф. на соиск. научн. степени канд.мед.наук 14.00.18- «Психиатрия» / Я.В. Крук. - М., 2005. - 24 с.
6. Кутько И.И. Клиническая иммунология депрессий / И.И. Кутько, В.М. Фролов, Г.С. Рачкаускас. - Харьков, Луганск, 2007. - 216 с.
7. Кучер Е.О. Проблема комплайенса у больных с рекуррентным депрессивным расстройством: автореф. на соиск. научн. степени канд.мед. наук 14.00.18- «Психиатрия» / Е.О. Кучер. - СПб., 2006. - 24 с.
8. 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.
9. Мосолов С.Н. Подходы к профилактической терапии при рекуррентном депрессивном расстройстве с частыми обострениями / С.Н. Мосолов О.П. Вертоградова. - М., 2004. - С. 1-7.
10. Подкорытов В.С. Депрессия и резистентность / В.С. Подкорытов, Ю.Ю. Чайка // Журн. психиатр. и мед. психологии. - 2002. - № 1. - С. 118-124.
11. Психиатрия и психотерапия: справочник / Герд Лаукс, Ханс-Юрген Мёллер; пер. с нем.; под общ. ред. акад. РАМН П.И. Сидорова. - М.: МЕДпресс-информ, 2011. - 512 с.
12. Секреты психиатрии / Джеймс Л.Джекобсон, Алан М.Джекобсон; пер. с англ.; под общ. ред. акад. РАМН П.И. Сидорова. - М.: МЕДпресс-информ, 2007. - 576 с.
13. Тест системы ProCon ІЛ-4, ІЛ-10. [Электронный ресурс]. - Режим доступа: <http://www.protc.spb.ru/russian.html>.
14. Топчий Н.В. Депрессивные расстройства в практике поликлинического врача / Н.В. Топчий // Фарматека. - 2005. - № 10. - С. 2-7.
15. Ярилин А.А. Система цитокинов и принципы ее функционирования в норме и при патологии / А.А. Ярилин // Иммунология. - 1997. - № 5. - С. 7-14.
16. Depression in adolescence / A. Thapar, S. Collishaw, D.S. Pine, A.K. Thapar // Lancet. - 2012. - Vol. 379. - P. 1056-1067.
17. Depression and psychosis in neurological practice / R.B. Daroff, G.M.

Fenichel, J. Jankovic, J.C. Mazziotta // *Bradley's Neurology in Clinical Practice*. – Elsevier Inc., 2012. – P. 92–116.

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

19. Maes M. *Evidence for an immune response in major depression: a review and hypothesis* / M. Maes // *Prog. Neuropsychopharmacol. Biol. Psychiatr.* – 1995. – Vol. 19. – P. 11–38.

20. Strohle A. *Stress responsive neurohormones in depression and anxiety* / A. Strohle, F. Holsboer // *Pharmacopsychiatry*. – 2003. – Vol. 36. – P. 207–214.

Резюме

Терьошина І.Ф. Вплив аміксину ІС на концентрацію протизапальних цитокінів (ІЛ-4, ІЛ-10) у сироватці крові хворих на рекурентний депресивний розлад в амбулаторних умовах.

У хворих на рекурентний депресивний розлад відмічено підвищення концентрації прозапальних цитокінів (ІЛ-4, ІЛ-10), більш значно виражене при тяжкому перебігу хвороби (F33.2). Застосування у комплексі терапії в амбулаторних умовах аміксину ІС обумовлює практично повну нормалізацію концентрації протизапальних цитокінів у сироватці крові обстежених пацієнтів, в той час як застосування лише загальноприйнятої терапії сприяє позитивній динаміці, але нормалізації показників не відбувається.

Ключові слова: рекурентний депресивний розлад, протизапальні цитокіни (ІЛ-4, ІЛ-10), аміксин ІС.

Резюме

Терёшина И.Ф. Влияние амиксина ІС на концентрацию противовоспалительных цитокинов (ІЛ-4, ІЛ-10) у больных рекурентным депрессивным расстройством в амбулаторных условиях.

У больных рекурентным депрессивным расстройством отмечено повышение концентрации противовоспалительных цитокинов (ІЛ-4, ІЛ-10), более выраженное при более тяжелом течении заболевания (F33.2). Применение амиксина ІС в комплексе терапии в амбулаторных условиях обеспечивает практически полную нормализацию противовоспалительных цитокинов в сыворотке крови обследованных пациентов, в то время как применение только общепринятой терапии сопровождается менее выраженной положительной динамикой, и нормализация показателей не происходит.

Ключевые слова: рекурентное депрессивное расстройство, противовоспалительные цитокины (ІЛ-4, ІЛ-10), амиксин ІС.

Summary

Teryshina I.F. *Influence of amixin IC on concentration of antiinflammatory cytokines (IL-4, IL-10) at the patients with recurrent depressive disorder in ambulatory conditions.*

At the patients with recurrent depressive disorder (F33.2) discover increased the concentration of antiinflammatory cytokines (IL-4, IL-10) in the serum more increased in patients with (F33.2). Including amixin IC in complex treatment in ambulatory conditions of the patients with recurrent depressive disorder provide normalisation concentration of antiinflammatory cytokines of inspected patients but general accepted treatment do not provide this indexes.

Key words: recurrent depressive disorder, antiinflammatory cytokines (IL-4, IL-10), amixin IC.

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

АКТУАЛЬНІ ПРОБЛЕМИ ЕКОЛОГІЧНОЇ ТА КЛІНІЧНОЇ БІОХІМІЇ