

# **Влияние комбинации Депривита и альфа-токоферола (витамина Е) на морфологические показатели микрогемодинамики у больных соматоформными депрессивными расстройствами**

*Чеботарёв Е.В., Рачкаучкас Г.С.*

Луганский государственный медицинский университет

Луганская областная клиническая психоневрологическая больница

## **Вступление**

Очевидно, что актуальность проблемы депрессий, наблюдающихся в общемедицинской практике, определяется не только их распространенностью и дезадаптирующим влиянием, но и тем, что своевременная диагностика этих расстройств во многих случаях становится решающим условием успешной медицинской помощи. Однако, несмотря на то, что только клинически очерченные, типичные формы депрессий выявляются не менее чем у 12–25% пациентов, обращающихся за помощью в учреждения общемедицинской сети, всего лишь 10–55% из них устанавливается правильный диагноз, но даже и в этом случае лишь 13% назначаются антидепрессанты [13].

Сосредоточенность внимания психиатров на так называемых тяжелых психических заболеваниях приводит к низкой приоритетности соматоформных депрессивных расстройств (ДР). Некоторые специалисты по планированию здравоохранения ошибочно связывают тяжесть расстройств с диагнозом, а не с уровнем потребностей и ограничением уровня жизнедеятельности. Вследствие этого возникают недостатки в организации психиатрической службы [5].

У многих пациентов, направляемых к терапевтам и хирургам, отмечаются хронические соматические жалобы, которые невозможно понять или объяснить имеющейся органической патологией. Например, не менее чем у половины больных, обращающихся в отделение гастроэнтерологии территориальной больницы общего профиля, не обнаруживают соматического заболевания, соответствующего их жалобам. Часто после выписки они возвращаются к своим врачам общей практики, надеясь на возможность редуцирования симптоматики, но катamnестические исследования показывают, что в большинстве случаев у них остаются соматические симптомы и отмечается снижение уровня жизнедеятельности. Если у таких больных появляются жалобы, сохраняющиеся в течение более шести месяцев, им уже трудно помочь, а при снижении трудоспособности они могут нуждаться в пенсионном обеспечении. У большинства из них симптоматика соответствует диагностическим критериям соматоформных ДР. В связи с тем, что такие расстройства являются распространенными и тяжелыми нарушениями, к их лечению чаще должны привлекаться психиатры или медицинские психологи [2,4,17].

Выраженный клинический патоморфоз соматоформных ДР, значительное расширение их классификационной рубрикации и увеличение удельного веса соматической патологии, протекающей с пограничными психическими расстройствами требует пересмотра и уточнения критериев дифференциальной диагностики и создаёт предпосылки для разработки новых диагностических и терапевтических подходов, опирающихся как на внедрение новых инструментальных исследований, так и на тщательное изучение психопатологической симптоматики [1]. Ранее нами уже исследовались показатели микрогемодинамики у больных с соматоформными ДР [15], и, исходя из полученных данных, было предложено изучение влияния комбинации депривита и альфа-токоферола (витамина Е) на аналогичные показатели.

**Целью работы** было изучение влияния комбинации отечественного препарата растительного происхождения депривита и альфа-токоферола (витамина Е) на

морфологические показатели микрогемодиализаторного русла у пациентов с соматоформными депрессивными расстройствами.

### **Материалы и методы исследования**

Под наблюдением находилось 63 пациента (22 мужчины и 41 женщина) в возрасте от 18 до 55 лет (средний возраст  $37 \pm 3,6$  лет) с клинически выраженной симптоматикой соматоформного депрессивного расстройства. Среди них 29 человек находились на лечении с диагнозом рекуррентного депрессивного расстройства с соматическими симптомами (F 33.11), и 34 пациента — с диагнозом легкого депрессивного эпизода с соматическими симптомами (F 32.11) [20]. Все больные были разделены на две группы — основную (31 пациент) и сопоставления (32 больных). Больные группы сопоставления получали только общепринятую терапию ДР, а основной — дополнительно комбинацию депривита и альфа-токоферола (витамина Е).

Депривит — анксиолитическое средство растительного происхождения. Выпускается данный препарат ЗАО «Киевский витаминный завод» и представляет собой таблетки, покрытые плёночной оболочкой по 60 мг каждая [6]. Препарат представляет собою стандартизированный экстракт травы зверобоя, основным действующим компонентом которого является гиперин, препятствующий развитию нарушений нейротрансмиттерной передачи (ингибирует обратный захват норадреналина и серотонина), способный угнетать активность МАО и катехол-О-метилтрансферазы, нормализующий секрецию интерлейкина-6. Флавоноиды экстракта зверобоя, связываясь с бензодиазепиновыми рецепторами, вызывают седативный эффект [10]. Положительно действует на функциональное состояние центральной нервной системы, устраняет тревогу и напряжение, повышает настроение, физическую работоспособность и нормализует сон. Назначают депривит по 1 таблетке 1–3 раза в сутки, курсом не менее 4–6 недель. Утверждён препарат приказом МОЗ Украины № 469 от 27.08.07 г. и разрешён для клинического применения (регистрационное удостоверение № UA/6967/01/01).

Альфа-токоферол (витамин Е) — является антиоксидантом, содействующим охране организма от влияния свободных радикалов, которые вызываются разнообразными заболеваниями, загрязнением окружающей среды, ультрафиолетовым излучением, потреблением жареной еды и курением [3]. Этот препарат выпускается в виде капсул, каждая из которых содержит альфа-токоферола ацетата (витамина Е) (в пересчете на 100%) 0,1 г. Витамин Е также имеет радиопротекторное действие, принимает участие в биосинтезе гема и белков, пролиферации клеток и других важнейших процессах клеточного метаболизма [9]. В клинике альфа-токоферол назначают внутрь после еды. Для взрослых разовая средняя доза составляет 100 мг, высшая — 400 мг; суточная средняя доза составляет 200 мг, высшая суточная — 1000 мг. Выпускается данный препарат ЗАО «Киевский витаминный завод». Препарат зарегистрирован и разрешён для клинического применения приказом МЗ Украины №140 от 17.03.2004 г. (№ регистрационного удостоверения UA/0717/01/01).

Для характеристики психического состояния обследованных больных использовали стандартизированный многофакторный метод исследования личности, шкалы Бека и Гамильтона [14,18,19].

Для исследования морфологических показателей микрогемодинамики в обеих группах обследованных больных в качестве основного метода изучения состояния микрогемодиализации использовали биомикроскопию бульбарной конъюнктивы (ББК) и использованием фотоцелевой лампы ШЛ-2М при 70-кратном увеличении [7]. Дополнительно осуществляли также офтальмоскопию в прямом и обратном видах и капилляроскопию с исследованием состояния микрососудов ногтевого ложа. Исследование морфологических показателей микроциркуляторного русла (МЦР) осуществляли до и после проведенного лечения.

При проведении ББК внутрисосудистую агрегацию форменных элементов крови (ВАЭК) оценивали по определению сладж-феномена [11, 16]. При анализе морфологических показателей состояния МЦР учитывались изменения формы и диаметра микрососудов, характера и скорости кровотока, а также наличие и выраженности периваскулярных изменений [7,12]. Количественную оценку нарушений состояния микроциркуляции осуществляли по балльной системе с вычислением конъюнктивных индексов (КИ): сосудистых изменений (КИ<sub>1</sub>), внутрисосудистых изменений (КИ<sub>2</sub>), а также внесосудистых (периваскулярных) нарушений (КИ<sub>3</sub>) с вычислением общего конъюнктивного индекса (КИ<sub>0</sub>) по формуле:  $КИ_0 = КИ_1 + КИ_2 + КИ_3$  [16]. Офтальмоскопия в прямом и обратном видах осуществлялось при наличии прозрачности оптических сред глаза у пациентов, доступных вербальному контакту. При необходимости качественная оценка состояния микрогемодикуляции документировалась с помощью фотоцелевой лампы ЩЛ-2М (ЗОМЗ, РФ).

Полученные результаты обрабатывались математически на персональном компьютере Intel Core Duo 1,33 GHz с применением стандартных пакетов прикладных программ Microsoft Office 2003, Microsoft Excel 2003 и Statistica. При этом учитывались особенности применения статистических методов в клинических испытаниях [8].

### **Полученные результаты и их обсуждение**

Основные симптомами депрессии у обследованных были: снижение настроения, очевидное по сравнению с присущей пациенту нормой, отчетливое снижение интересов или удовольствия от деятельности, обычно связанной с положительными эмоциями, снижение энергии и повышенная утомляемость.

Также можно было выявить снижение способности к сосредоточению и вниманию, снижение самооценки и чувство неуверенности в себе, идеи виновности и унижения, мрачное и пессимистическое видение будущего, идеи или действия, касающиеся самоповреждения или самоубийства, нарушенный сон, нарушенный аппетит.

Компонентами, собственно определяющими соматизацию расстройства, были бессонница или гиперсомнии, синдром вегетососудистой дистонии, головокружение, функциональные нарушения внутренних органов (синдром гипервентиляции, кардионевроз, синдром раздраженной толстой кишки), нейродермит, кожный зуд, анорексия или булимия, импотенция, нарушения менструального цикла. У 12% пациентов определялись «маски» в форме цефалгий, кардиалгий, абдоминалгий и фибромиалгий.

В итоге проведенных нами исследований в сопоставлении с клиническими наблюдениями было установлено, что до начала проведения лечебных мероприятий в обеих группах — основной и сопоставления были выявлены аналогичные нарушения морфологического характера со стороны МЦР. До начала терапии картина микроциркуляторных расстройств в обеих наблюдавшихся нами группах была однотипной и зависела в большей степени от характера и тяжести клинического течения заболевания, нежели от каких-либо других проанализированных факторов (возраста, пола, общей продолжительности заболевания и т.д.).

При исследовании состояния микрогемодикуляции методом ББК были обнаружены морфологически видимые нарушения во всех отделах микроциркуляторного русла. Обследованным нами пациентам было характерно наличие спазма артериол и одновременно дилатации венул, неравномерности калибра последних, их извитость; нередко обнаруживались сосудистые микроаневризмы. Артериоло-венулярный коэффициент (АВК) у обследованных больных соматоформными ДР был снижен до 1:4–1:5. Была весьма характерна полиморфность капилляров, их извитость, снижение количества функционирующих капилляров с образованием вследствие этого аваскулярных зон. Отмечалась сетчатая структура сосудов, что свидетельствовало о наличии у обследованных нами пациентов значительного количества функционирующих

артериоло-венулярных анастомозов (АВА). Нередко выявлялись также сосудистые клубочки, что говорило о значительных морфологических нарушениях со стороны МЦР. При количественном изучении нарушений состояния микроциркуляции с вычислением КИ до лечения были выявлены существенные нарушения со стороны всех изученных нами показателей как в основной, так и в группе сопоставления больных соматоформными ДР (табл. 1).

Таблица 1. Показатели КИ у больных СДР до лечения (M±m)

КИ	Норма	Группы больных		P
		Основная (n=44)	Сопоставления (n=42)	
КИ <sub>1</sub>	2,2±0,12	7,6±0,18***	7,5±0,2***	>0,1
КИ <sub>2</sub>	1,4±0,05	6,4±0,16***	6,3±0,15***	>0,1
КИ <sub>3</sub>	0,2±0,01	3,2±0,12***	3,15±0,14***	>0,1
КИ <sub>0</sub>	3,8±0,14	17,2±0,42***	16,95±0,35***	>0,1

Примечание: в таблице 1 и 2 столбик P отражает достоверность различий между основной группой сопоставления; достоверность различий по отношению к норме: \* - при P<0,05, \*\* - P<0,01 и \*\*\* - P<0,001.

Из этой таблицы видно, что до начала лечения в обеих группах были максимальные различия (повышение) КИ относительно нормы: КИ<sub>1</sub> — в среднем в 3,17 раза в основной группе (P<0,001) и в 3,125 раза — в группе сопоставления (P<0,001), КИ<sub>2</sub> — в 4,57 раза в основной группе (P<0,001) и в 4,29 раза в группе сопоставления (P<0,001), КИ<sub>0</sub> — в среднем в 4,53 раза в основной группе (P<0,001) и в 4,46 раза — в группе сопоставления (P<0,001). При этом отсутствовали достоверные различия между соответствующими показателями в группах больных соматоформными ДР основной группы и группы сопоставления (P>0,1). Это свидетельствует об однотипности данных групп и практически одинаковой выраженности в них расстройств микрогемодикуляции (рис. 1).

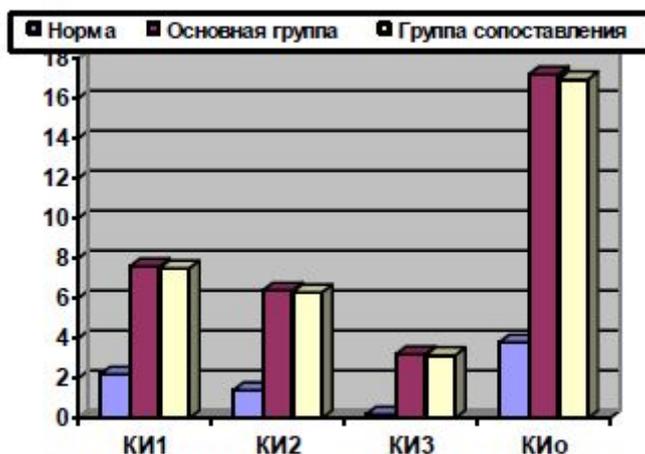


Рисунок 1. Показатели КИ у больных СДР до начала лечения

Из внутрисосудистых нарушений при обследовании больных с использованием метода ББК закономерно выявлялось замедление, а местами и полная остановка (стаз) кровотока, наличие сладж-синдрома II–III степени в венулах, что в целом характеризовалось наличием в этих микрососудах гранулярно-зернистого кровотока. При более выраженных нарушениях процессов микрогемодинамики с помощью ББК обнаруживали сладж-синдром III–IV степени во всех видах микрососудов, что проявлялось в виде тотальной агрегации форменных элементов крови во всех отделах МЦР. В зависимости от степени выраженности внутрисосудистых расстройств при проведении ББК отмечали замедление кровотока, его полное прекращение (стаз), а в ряде случаев наличие ретроградного тока крови в венулах и капиллярах, что свидетельствовало о грубых расстройствах микрогемодикуляции. Внесосудистые (паравазальные) нарушения проявлялись четко выраженным периваскулярным отеком различной степени интенсивности, а также наличием микрогеморрагий и пигментных пятен в паравазальных зонах. Эти пигментные пятна свидетельствовали о длительном сохранении расстройств микрогемодинамики, поскольку они возникали на месте старых микрогеморрагий.

При изучении глазного дна у больных соматоформными ДР до начала лечения в обеих группах отмечена аналогичная картина. Она характеризовалась закономерным снижением калибра артериол, расширением и извитостью венул, неравномерностью их калибра, поскольку наряду с извитостью венулы местами были расширены. При этом АВК снижался до 1:4–1:5; отмечалось наличие микроаневризм мелких сосудов глазного дна и линейных кровоизлияний вдоль сосудистого пучка и в макулярной зоне, а также перипапиллярного и макулярного отека сетчатки и отека в местах бифуркаций венул. У больных группы сопоставления в ходе лечения нейролептиками офтальмоскопическая картина менялась мало, и выявленные нарушения со стороны МЦР в большинстве случаев сохранялись.

Дополнительное использование для исследования состояния микроциркуляторного русла метода морфометрии капилляров ногтевого ложа (капилляроскопии) было нами осуществлено исходя из доступности и сравнительной простоты данного метода для клинической практики. Анализ полученных нами результатов морфометрии капилляров ногтевого ложа у обследованных больных показал, что в целом эти данные совпадают с материалами других методов исследования состояния МЦР, а именно ББК и офтальмоскопии. Было установлено, что у больных соматоформными ДР имеют место выраженные нарушения капилляроскопической картины, которые характеризовались бледностью и мутностью фона (что связано с наличием довольно интенсивного перикапиллярного отека), уменьшением числа видимых капиллярных петель на единицу линейной шкалы окуляра капилляроскопа (в связи с уменьшением числа функционирующих капилляров), деформацией, извитостью капилляров, частым наличием петель в форме восьмерок. При большом увеличении капилляроскопа отмечено существенное замедление кровотока в капиллярах вплоть до наличия стаза кровотока, в ряде случаев регистрировалось также маятникообразные движения крови и даже ретроградный кровоток. Все вышеизложенное свидетельствует о генерализованном характере морфологических нарушений со стороны МЦР у больных соматоформными ДР до начала проведения лечебных мероприятий.

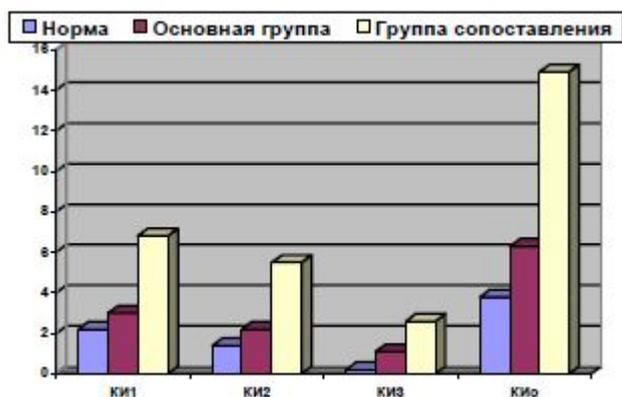
При повторном изучении показателей микрогемодинамики с помощью метода ББК после окончания лечения были установлены следующие данные. В основной группе больных соматоформными ДР (пациенты которой дополнительно получали депривит и альфа-токоферол (витамин Е) отмечено достоверное снижение КИ по сравнению с их исходными величинами (табл. 2).

Таблица 2. Показатели КИ у больных СДР после лечения ( $M \pm m$ )

КИ	Норма	Группы больных		P
		Основная (n=44)	Сопоставления (n=42)	
КИ <sub>1</sub>	2,2±0,12	3,0±0,12	6,8±0,22	<0,01
КИ <sub>2</sub>	1,4±0,05	2,2±0,09	5,5±0,15	<0,01
КИ <sub>3</sub>	0,2±0,01	1,1±0,09	2,6±0,12	<0,01
КИ <sub>0</sub>	3,8±0,14	6,3±0,14	14,9±0,35	<0,01

Так, КИ<sub>1</sub> снизился в основной группе больных соматоформными ДР до 2,8±0,12, что в среднем в 2,7 раза ниже исходного уровня данного показателя (P<0,001). Подобная тенденция прослеживалась и в отношении других индексов. Так, КИ<sub>2</sub>, отражающий внутрисосудистые изменения, в основной группе больных соматоформными ДР в указанный период снизился до 2,1±0,09, т.е. в среднем в 2,9 раза по отношению к исходному показателю (P<0,001). При этом КИ<sub>2</sub> в данный период обследования был в среднем в 2,5 раза ниже аналогичного показателя в группе сопоставления (P<0,001) и только в 1,75 раза выше нормы (P<0,05). Индекс КИ<sub>3</sub>, отражающий внесосудистые нарушения, после проведенного лечения комбинацией депривита и альфа-токоферола в основной группе больных соматоформными ДР составлял 1,1±0,09, т.е. был в среднем в 1,8 раза ниже аналогичного показателя в группе сопоставления (P<0,01). Наконец, интегральный показатель КИ<sub>0</sub> в основной группе в данный период обследования

составлял  $5,8 \pm 0,24$ , что было в 2,36 раза ниже соответствующего коэффициента в группе сопоставления ( $P < 0,001$ ) и в 1,66 раза выше нормы ( $P < 0,05$ ) — рис. 2.



**Рисунок 2.** Показатели КИ у больных СДР после завершения лечения

Таким образом, полученные данные свидетельствуют, что включение комбинации депривита и альфа-токоферола (витамина Е) в лечебный комплекс больных соматоформными ДР способствует существенному улучшению показателей микрогемодинамики. Применение метода ББК позволило установить, что в ходе лечения данной комбинацией препаратов дополнительно к стандартной терапии, у больных ДР происходит постепенное уменьшение выраженности морфологических нарушений со стороны МЦР, в особенности таких как извитость, неравномерность калибра микрососудов, наличие микроаневризм, что сопровождается и положительной динамикой их функционального состояния, и прежде всего уменьшением спазма артериол и степени расширения (дилатации) венул, снижением выраженности сладж-синдрома, возрастанием числа функционирующих капилляров и нормализацией тока крови в них. В то же время у больных группы сопоставления, которые не получали дополнительно депривит и альфа-токоферол, положительная динамика со стороны морфологических и функциональных показателей системы микрогемодинамики была гораздо менее выражена и за период наблюдения не происходило существенного её улучшения.

Показательно, что при лечении данной комбинацией препаратов у наблюдавшихся больных соматоформными ДР наряду с улучшением сосудистых и внутрисосудистых показателей микрогемодинамики происходит четко выраженное улучшение и со стороны периваскулярных зон, что проявляется прежде всего уменьшением выраженности периваскулярного отека и прекращение, или, по крайней мере, существенное уменьшение частоты образования новых микрогеморрагий в околососудистых областях.

При офтальмоскопии в основной группе больных соматоформными ДР, которая дополнительно к общепринятой терапии получала комбинацию депривита и альфа-токоферола, после лечения отмечалось уменьшение выраженности выявленных морфологических и функциональных нарушений со стороны сосудов сетчатки, в особенности периваскулярного отека. В этой группе больных имело место также более редкое, чем в группе сопоставления, появление новых микрогеморрагий. В целом офтальмоскопическая картина у больных соматоформными ДР основной группы довольно существенно улучшалась, в то время как у больных группы сопоставления не отмечено за данный период существенной положительной динамики офтальмоскопических показателей, что свидетельствует о сохранении морфологических и функциональных расстройств микрогемодициркуляции.

При повторном проведении морфометрии капилляров ногтевого ложа после лечения, в основной группе больных соматоформными ДР, получавшей комбинацию депривита и альфа-токоферола (витамина Е), отмечено постепенное улучшение состояния капилляров ногтевого ложа, хотя в большинстве случаев полной нормализации капилляроскопической

картины не происходило. В тоже время у пациентов из группы сопоставления на протяжении всего периода наблюдения сохранялись выраженные расстройства капилляроскопической картины. В этой группе сохранялось помутнение фона и плохая видимость капилляров из-за выраженного перикапиллярного отека, снижение числа функционирующих капилляров, их деформация и извитость (капилляры в форме запятых, точек, восьмерок) с замедлением тока крови. Так, число функционирующих капилляров на единицу линейной шкалы у больных соматоформными ДР основной группы было в среднем в 2,8–3,6 раза больше, нежели у пациентов из группы сопоставления, а количество капилляров правильной в морфологическом отношении формы (т.е. в форме головных шпилек) было в 4–5 раз больше, тогда как в группе сопоставления превалировали извитые и деформированные капилляры. Полученные данные позволяют считать, что включение комбинации депривита и альфа-токоферола (витамина Е) в лечебный комплекс у больных соматоформными ДР обеспечивает существенное улучшение морфологических показателей микроциркуляторного русла, а следовательно, улучшает условие для кровоснабжения и уменьшает выраженность гипоксии.

### **Выводы**

1. У больных соматоформными ДР выявлены четко выраженные морфологические нарушения во всех отделах микроциркуляторного русла (МЦР) — сосуdistом, внутрисосудистом и внесосудистом, которые касаются капилляров, артериол и венул. Характерным является наличие спазма артериол, дилатации и извитости венул, снижение АВК до 1:1,5, появление микроаневризм.
2. У больных соматоформными ДР выявлена выраженная полиморфность капилляров, их извитость, неравномерность калибра, снижение числа функционирующих капилляров с образованием вследствие этого аваскулярных зон. Отмечалась сетчатая структура сосудов вследствие наличия открытых (функционирующих) артериоло-венулярных анастомозов.
3. Внутрисосудистые нарушения у больных соматоформными ДР характеризовались замедлением кровотока, его прекращением (стазом) в отдельных микрососудах, наличием сладж-синдрома II–III степени в венулах, что проявлялось тотальной агрегацией форменных элементов крови. В ряде случаев выявляли также наличие ретроградного тока крови в венулах и капиллярах. Внесосудистые нарушения у наблюдавшихся больных соматоформными ДР характеризовались выраженным периваскулярным отеком, наличием микрогеморрагий и пигментных пятен в паравазальных зонах.
4. При включении в лечебный комплекс при ДР комбинации депривита и альфа-токоферола было отмечено постепенное уменьшение выраженности морфологических и функциональных нарушений в МЦР, снижение интенсивности сладж-синдрома, возрастание числа функционирующих капилляров и нормализация либо улучшение в них кровотока. У больных соматоформными ДР, которые получали только общепринятое лечение (группа сопоставления) не отмечено существенного улучшения морфологических показателей МЦР.
5. Полученные данные позволяют считать, что включение комбинации депривита и альфа-токоферола (витамина Е) в лечебный комплекс у больных соматоформными ДР обеспечивает существенное улучшение морфологических показателей микроциркуляторного русла, а следовательно, улучшает условия для кровоснабжения и уменьшает выраженность гипоксии.

### **Литература**

1. Александровский Ю.А., Чехонин В.П. *Клиническая иммунология пограничных психических расстройств*. — М.: Гэотар-Медиа, 2005. — 256 с.
2. Бениашвили А.Г., Морозова М.А. *Клиника и диагностика соматоформных расстройств в общемедицинской практике// Кремлевская медицина. Клинический вестник*. — 2001. — №3. — С. 62–65.

3. Вітамін Е: інструкція для клінічного застосування препарату / Затверджена 17.03.2004 р. Наказом МОЗ України №140.
4. Вейн А.М., Соловьева А.Д., Колосова О.А. Вегетососудистая дистония. — М.: Медицина, 1981. — 320 с.
5. Гиндикин В.Я. Справочник: соматогенные и соматоформные психические расстройства (клиника, дифференциальная диагностика, лечение). М.: Медицина, 2000. — 380 с.
6. Депривіт: інструкція для клінічного застосування препарату / Затверджена наказом МОЗ України № 496 від 27.08.07 р.
7. Крылова Н.В., Соболева Т.М. Микроциркуляторное русло человека: Атлас-пособие. — М.: Изд-во УДН, 1985. — 63 с.
8. Лапач С.Н., Губенко А.В., Бабич П.Н. Основные принципы применения статистических методов в клинических испытаниях. — Киев: Морион, 2002. — 180 с.
9. Лазнев Н.И. Основные лекарственные растения. Описание, свойства, применение. — М.: Изд-во Рипол классик, 2006. — 1056 с.
10. Мушій О. Медичний словник лікарських рослин. — Київ: КЛТ, 2002.
11. Мчедlishvili Г.И. Микроциркуляция крови: общие закономерности регулирования и нарушений. — Л.: Наука, 1989. — 295 с.
12. Селезнев С.А., Назаренко Т.И., Зайцев В.С. Клинические аспекты микрогемодициркуляции. — Л.: Медицина, 1985. — 208 с.
13. Смулевич А.Б., Сыркин А.Л., Дробижев М.Ю. Диагностика и фармакотерапия депрессий у соматических больных // Депрессии и коморбидные расстройства. — М.: Медицина, 1997. — С. 250 — 260.
14. Собчик Л.Н. СМЛЛ. Стандартизированный многофакторный метод исследования личности. — СПб.: Речь, 2007. — 224 с.
15. Чеботарьов Є.В., Рачкаускас Г.С. Стан мікрогемодициркуляції у дорослих хворих соматоформними депресіями // Український медичний альманах. — 2008. — Т. 11, №3. — С. 77–80.
16. Чернух А.М., Александров П.Н., Алексеев О.В. Микроциркуляция. — М.: Медицина, 1984. — 432 с.
17. Щеглова И.Ю. Хроническая боль и истерия // Российский психиатрический журнал, 2002. — №4. — С. 64–67.
18. Beck A. T., Ward C. H., Mendelson M. et al. An inventory for measuring depression // Arch. Gen. Psychiat. — 1961. — Vol. 4. — P. 561–571.
19. Schwab JJ et al. Hamilton rating scale for depression and medical in-patients // Br. J. Psychiatry. — 1967. — V. 113. — P. 83–88.
20. The ICD-10 classification of Mental and Behavioural Disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines // WHO: World Health Organization, Geneva, 1992. — 86 p.

*Чеботарьов Є.В., Рачкаускас Г.С.*

**Вплив комбінації Депривіту та альфа-токоферолу (вітаміну Е) на морфологічні показники мікрогемодинаміки у хворих соматоформними депресивними розладами**

У хворих на соматоформні депресивні розлади виявлені чітко виражені морфологічні порушення у всіх відділах мікроциркуляторного русла (МЦР) — судинному, внутрішньосудинному і позасудинному, які стосуються капілярів, артеріол і венул. Комбінація депривіту та альфа-токоферолу (вітаміну Е) виявляє позитивний вплив на стан МЦР і сприяє нормалізації мікрогемодинаміки.

**Ключові слова:** мікрогемодинаміка, морфологічні показники, соматоформні депресивні розлади, депривіт, альфа-токоферол.

*Chebotaryov E.V., Rachkauskas G.S.*

**Combination influence Deprivitum and alpha-tocopherol (vitamin E) on morphological indicators of a microhaemodynamic at patients somatoform depressive disorders**

At patients with somatoform depressive disorders the exposed expressly expressed morphological violations in all departments of microcirculatory channel (MCC) — vascular, intravascular and extravascular, which are up to capillaries, arterioles and venules. Combination of deprivitum and alpha-ticopherol exposes positive influence on the MCC state and is instrumental in normalization of microhaemodynamic.

**Key words:** microhaemodynamic, morphological indexes, somatoform depressive disorders, deprivitum, alpha-tocopherol.