

вага при народженні (менше 2500 г), низька оцінка за шкалою Апгар на 5 хвилини (менше 6 або менше 7), гестаційний вік при народженні менш 37 тижнів, родопомічні операції в акушерському анамнезі.

Робиться припущення, що біологічні механізми, що лежать в основі РСА, з одного боку, включають в себе появу нових мутацій в яйцеклітинах і сперматозоїдах батьків, пов'язаних зі старінням їх організмів, з іншого боку — нерозривно пов'язані зі змінами в генетичному імпринтингу, що збільшує ймовірність таких мутацій і знижує можливість регенерації генів. Пізній вік матері та/чи батька дитини на момент запліднення, зачаття шляхом екстракорпорального запліднення не тільки безпосередньо підвищують ризик захворювання дитини РСА, але і збільшують ризик народження дитини з низьким гестаційним віком і гіпоксично-ішемічним ураженням мозку. Недоношеність і гіпоксично-ішемічне ураження мозку в свою чергу можуть збільшувати генний поліморфізм і експресію генів, підвищуючи ризик розвитку РСА.

УДК 616.85-008.47-092-084

*Марута Н. О., Кутіков О. Є.*

*ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології  
НАМН України» (м. Харків)*

#### **АНТРОПОЛОГІЧНА ПОЛІТИПОВІСТЬ ТА ЕТНОГЕНЕТИЧНІ ЧИННИКИ У ДОСЛІДЖЕННІ МЕХАНІЗМІВ НЕВРОЗОГЕНЕЗУ**

Дослідження ролі психологічних, клініко-психопатологічних, соціоекономічних чинників у механізмах формування невротичної патології є необхідною передумовою для розуміння її патогенезу з метою підвищення якості лікування та профілактики ускладнень. Крім того, останнім часом привертає увагу в цьому аспекті фактор антропологічної політиповості. У низці країн зі значним рівнем расової та етнічної гетерогенності населення (США, Канада, Велика Британія, Австралія та ін.) вже кілька десятиліть при дослідженнях у галузі психоневрології проводиться оцінка етнологічних характеристик людини, яка продемонструвала їх вплив на особливості ризику, захворюваності, діагностики, перебігу й тактики лікування низки невротичних та психіатричних патологій, що було доведено як на рівні великих рас, так і на рівні невеликих антропологічних типів у країнах Європи та Азії. У той же час, щодо населення України — проблема впливу етнологічних характеристик пацієнтів та популяцій у цілому на формування психоневрологічних розладів лишається недослідженою.

Актуальність цієї проблеми в Україні обумовлюється цілою низкою чинників. До них належать: складна етнологічна історія формування сучасного населення України; різноманітність антропологічних типів, що входять до його складу; регіональні демографічні особливості; значний відсоток нащадків змішаних шлюбів у тому чи іншому поколінні, а іноді і в кількох поколіннях відразу; бурхливе збільшення останнім часом етнологічної гетерогенності населення України внаслідок збільшення кількості мігрантів з-за кордону і виникненням у структурі населення нашої країни помітних етнологічних груп, раніше не властивих для цієї території.

Поряд з тим фактом, що в Україні проживають представники більш ніж 130 різних етносів, антропологічна гетерогенність посилюється й завдяки тому, що до складу власне етнічних українців, як і до складу кожного великого етносу, входять кілька локальних антропологічних типів. За різними класифікаціями таких типів налічується від 5 до 7. Так, згідно з В. Д. Дяченком (1965), виділяють центральноукраїнський, нижньодніпровськопрутський, верхньодніпровський, поліський, карпатський, динарський та дунайський антропологічні типи, що характеризуються досить чітко окресленими комплексами морфологічних ознак та переважним поширенням в окремих регіонах країни. Тобто, будучи достатньо однорідним з етнокультурної точки зору, український етнос є різноманітним антропологічно. Через те, що антропологічні характеристики є чинником біологічним та успадковуються генетичним шляхом, вони можуть частково, або навіть повністю не збігатися з тими характеристиками, які вважаються притаманними національній групі, до якої відносить себе людина. Тому важливою є оцінка антропологічної складової шляхом включення до комплексу методів обстеження антропометричних та антропоскопічних методів.

Вищезазначене обумовлює необхідність вивчення місця та ролі у формуванні та перебігу психоневрологічної, і зокрема невротичної, патології етнологічних характеристик як на індивідуальному, так і на популяційному рівнях.

УДК 616.85-092:615.851

*Марута Н. О., Панько Т. В., Явдак І. О., Семікіна О. Є.,  
Федченко В. Ю., Каленська Г. Ю.*

*ДУ «Інститут неврології психіатрії та наркології  
НАМН України» (м. Харків)*

#### **СУЧАСНІ МЕХАНІЗМИ НЕВРОЗОГЕНЕЗУ ТА ЇХ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧНА КОРЕКЦІЯ**

Невротичні розлади є найбільш чутливими з усіх форм психічної патології до постійних змін в соціально-економічній, соціально-психологічній, екологічній та інших сферах життя.

Тому метою даного дослідження стало вивчення впливу сучасних психогенних чинників на основні ланцюги патогенезу невротичної хвороби та визначення найбільш ефективних напрямків їх психотерапевтичної корекції.

Для досягнення мети було обстежено 60 хворих з різними формами невротичних розладів (55 з тривожно-фобічними, 37 з неврастенією, 31 з диссоціативними розладами, 37 з сомато-формною вегетативною дисфункцією).

Обстеження мало комплексний характер, включало клініко-психопатологічний метод, доповнений анкетною «Анкета характеристик факторів психічної травматизації» і комплексом патопсихологічних методик (Марута Н. О. з співавт., 2008).

Комплексне обстеження хворих дозволило визначити особливості неврозогенезу, як процес впливу факторів психічної травматизації на особистісні особливості з наступними порушеннями в ціннісно-смысловій сфері (наявність внутрішньоособистісного конфлікту в сфері здоров'я, життєвих цінностей), в реалізації копінг-стратегій (переважання копінг-стратегій, орієнтованих на емоції), у сфері соціально-психологічної адаптації (переважно дезадаптація, емоційний дискомфорт, уникнення вирішення проблем); в сфері факторів соціальної фрустрації (незадоволеність відносинами в родині; умовами професійної діяльності; становищем в соціумі; проведенням дозвілля; способом життя; сферою побутового обслуговування); у сфері міжособистісних відносин (уникнення контактів з людьми, емоційна дистанція від оточуючих або бажання відігравати провідну роль у відносинах). Вплив чинників психічної травматизації на особистість призводить до формування у хворих високого рівня невротизації і клінічних проявів (вегетативних порушень, невротичної депресії, obsesивно-фобічних порушень, астенії, тривоги і т. ін.)

З урахуванням виявлених особливостей було визначено напрям психотерапевтичного впливу. В рамках психотерапевтичного процесу нами була обрана групова форма терапевтичної роботи, тому що саме при груповій психотерапії мають місце умови інтенсивного психологічного впливу на всі площини особистісного функціонування (в ціннісно-смысловій сфері, у реалізації копінг-стратегій, у сфері соціально-психологічної адаптації, у сфері чинників соціальної фрустрації та незадоволеності, у сфері міжособистісних відносин) (Б. Д. Карвасарський, 2005).

Групова психотерапія мала короткостроковий характер і проводилася протягом 15—16 групових сесій, тривалістю 90 хв. кожна. Цей варіант групової психотерапії обумовлений рамками перебування пацієнта в стаціонарі: середня тривалість перебування в стаціонарі становить 22—24 дні. Заняття проводилися щодня, 5 разів на тиждень. Групи комплектувалися з 9—11 осіб.

Психотерапевтичний процес короткострокової групової особистісно-орієнтованої психотерапії включав 4 стадії:

— початкова стадія — спрямована на розвиток первинної мотивації в учасників групи (тривалість — 2 групові сесії);

— стадія виявлення конфлікту — спрямована на допомогу учасникам групи усвідомити витоки тривоги і говорити про це, способи психологічного захисту та опору активної участі в групі і обговорення їх; навчання учасників відкрито виявляти конфлікти в групі і вирішувати їх; навчання учасників брати на себе частину відповідальності за напрям роботи групи (3 групові сесії);

— активна стадія — спрямована на продуктивний аналіз проблем учасників і реальну зміну особистості учасників та їх поведінки. Тривалість продуктивної стадії становить 10 групових сесій. У кожному конкретному випадку підбір технічних прийомів проводиться індивідуально, в залежності від характеру проблем кожного пацієнта, від особливостей чинників психічної травматизації і форми невротичного розладу;

— завершальна стадія — спрямована на закріплення результатів психотерапевтичного процесу (1 групова сесія), суть якого полягає в тому, що кожен учасник здатний реалізовувати в своєму житті інформацію та навички, отримані в процесі лікування.

Оцінка запропонованої психотерапевтичної корекції з урахуванням неврозгогенезу та факторів психічної травматизації свідчить про її досить високу ефективність. Так, оцінка стану пацієнтів після закінчення лікування показала, що у 68,75 % виявлено одужання; у 22,5 % — поліпшення стану; 6,25 % зазначили незначну динаміку і лише 2,5 % — не відзначили ніякої динаміки в своєму стані.

УДК 616.895.8-085-036.8

*Марута Н. О., Рачкаускас Г. С., Фролов В. М.*

*Інститут неврології, психіатрії і наркології НАМН України (Харків), ДЗ «Луганський державний медичний університет»*

#### **ІНТЕРФЕРОНОВИЙ СТАТУС ХВОРИХ НА ПАРАНОЇДНУ ШИЗОФРЕНІЮ З ТЕРАПЕВТИЧНОЮ РЕЗИСТЕНТНІСТЮ ДО НЕЙРОЛЕПТИКІВ ПРИ СТАСУВАННІ ЛІКОПІДУ**

На даний час багато дослідників вважають, що провідною клінічною проблемою в лікуванні хворих на параноїдну шизофренію (ПШ) є терапевтична резистентність (ТР) хворих до психотропних препаратів, частота формування котрої досягла за даними різних авторів вже 30—60 % і продовжує неухильно зростати. Тому проблема подолання ТР до нейролептиків вельми актуальна для практики роботи психіатра. При розробці терапевтичної програми подолання ТР до нейролептиків у хворих на ПШ нашу увагу привернула можливість застосування сучасного імуноактивного препарату лікопід. Під нашим спостереженням перебували 65 пацієнтів з діагнозом ПШ з наявністю у них ТР до нейролептиків. Усі хворі ПШ з наявністю ТР до нейролептиків, що все спостерігалися, були поділені на 2 групи, рандомізовані за статтю, віком, клінічним варіантом перебігу шизофренії і провідним психопатологічним синдромом. Пацієнти основної групи (33 особи) додатково до нейролептиків отримували лікопід, хворі групи порівняння (32 хворих) лікувалися лише традиційними препаратами. Лікопід призначали в дозі 10 мг 2 рази на добу внутрішньо натщесерце за 30 хв до їжі протягом 20 днів поспіль. Разом із загальноклінічними дослідженнями в обстежених хворих в динаміці вивчали інтерфероновий статус: концентрацію сироваткового ІФН (СІФ), а також вміст  $\alpha$ -ІФН і  $\gamma$ -ІФН у крові. Дослідження інтерферонового статусу здійснювали на обладнанні фірми Sanofi Diagnostics Pasteur (Франція). Початкові показники інтерферонового статусу у хворих на ПШ з наявністю ТР характеризувалися істотним зниженням активності СІФ, а також вмісту як  $\alpha$ -, так і  $\gamma$ -ІФН у сироватці крові пацієнтів. Так, початкова активність СІФ була нижче за норму в середньому в 2,9 рази в основній групі і в 3,0 рази в групі порівняння. Рівень  $\alpha$ -ІФН у крові обстежених хворих був в 1,9 рази нижче за норму в основній групі і в 1,8 рази — в групі порівняння; Вміст  $\gamma$ -ІФН у крові був відповідно в 1,9 рази і 1,8 рази нижче норми. При цьому достовірних відмінностей між показниками інтерферонового статусу в обох групах хворих на ПШ з ТР (основної та порівняння) не виявлено ( $P > 0,05$ ). Отже, початкові показники інтерферонового статусу у обстежених хворих на ПШ з наявністю ТР характеризувалися істотним зниженням активності СІФ і пригніченням інтерферогенезу, про що свідчить значне (в порівнянні з нормою) зменшення вмісту як  $\alpha$ -, так і  $\gamma$ -ІФН у сироватці крові хворих. Повторне вивчення інтерферонового статусу через 4 тижня з моменту початку введення лікопідів хворим на ПШ основної групи дозволило встановити, що вивчені показники в осіб, які отримували лікопід, істотно покращилися. Так, в основній групі активність СІФ зросла за цей період в середньому в 2,3 рази, тоді як в групі порівняння — тільки в 1,3 рази у порівнянні з початковим рівнем. В результаті кратність розбіжностей рівня СІФ в основній групі і групі порівняння склала 1,8 рази ( $P < 0,01$ ). Підвищився також вміст  $\alpha$ -ІФН та  $\gamma$ -ІФН у крові хворих основної групи, який досяг межі норми ( $P < 0,1$ ), тоді як в групі порівняння рівень  $\alpha$ -ІФН в цей період обстеження був в середньому в 1,7 рази нижче за норму ( $P < 0,01$ ) і  $\gamma$ -ІФН — в 1,6 рази ( $P < 0,01$ ). Це свідчить про позитивний вплив лікопідів на інтерфероновий статус організму хворих на ПШ з наявністю ТР до нейролептиків.

Таким чином, отримані дані свідчать, що лікопід сприяє нормалізації інтерферонового статусу хворих на ПШ. Індивідуальний аналіз показав, що найбільш значна позитивна динаміка досягнута у пацієнтів з добрим клінічним ефектом лікування, що проводилося. Отже можна вважати, що один з імовірних фармакологічних механізмів дії лікопідів як засобу, що сприяє подоланню ТР до нейролептиків у хворих на ПШ, полягає в нормалізації інтерферонового статусу.

УДК 616.895.4-008.441.44-055.1-055.2

*Марута Н. О., Сновида Л. Т., Денисенко М. М., Ніканорова Ю. В.*  
*ДУ «Інститут неврології психіатрії та наркології НАМН України» (м. Харків)*

#### **ГЕНДЕРНІ ОСОБЛИВОСТІ СУЇЦИДАЛЬНОЇ ПОВЕДІНКИ У СТРУКТУРІ ДЕПРЕСИВНОЇ ПАТОЛОГІЇ**

Висока суїцидогенність депресивних розладів обумовлює необхідність комплексного вивчення феномену суїцидальності при депресіях, у тому числі з урахуванням гендерних особливостей.

Ціллю даного дослідження було вивчення гендерно обумовленої специфіки суїцидальної поведінки при депресіях.

Для реалізації цілі дослідження використовувались: клініко-психопатологічний метод (збір скарг, вивчення симптомів та синдромів в динаміці, їх психопатологічна інтерпретація) та психометричні методи (шкала визначення вираженості суїцидального ризику (Патент 40454А, Гавенко В. Л. та ін.), шкала самосвідомості смерті (Патент 40453А, Гавенко В. Л. та ін.).

Обстежено 128 хворих (63 жінки та 65 чоловіків) з депресивними розладами (F 32.1 та F 33.1), в структурі яких спостерігалися різні форми суїцидальної поведінки.

Вивчення особливостей суїцидальної поведінки свідчило про те, що у чоловіків з депресіями суїцидальна поведінка характеризувалася переважанням суїцидальних спроб при порівнянні з суїцидальними думками, рішеннями, намірами (72,3 % та 27,7 %,  $p < 0,01$ ). Суїцидальні спроби у чоловіків спостерігалися у 10 разів частіше, ніж у жінок (64,7 % та 6,4 %,  $p < 0,01$ ), у переважній більшості були істинними (89,4 % та 10,6 %,  $p < 0,01$ ). Суїцидальна поведінка у жінок з депресіями відрізнялася від такої у чоловіків домінуванням суїцидальних думок над іншими формами (думки, рішення, наміри) — 79,4 % та 20,6 %,  $p < 0,05$ . Серед суїцидальних спроб достовірно переважали демонстративні (69,2 % та 30,8 %,  $p < 0,01$ ).

Під час скоєння суїцидальної спроби чоловіків обирали найбільш травматичні засоби (самоповішення — 51,1 %, вогнепальні поранення — 23,4 %), жінки — більш «безпечні» (отруєння ліками, іншими хімічними речовинами — 53,8 %, самопорізи — 30,8 %).

Клініко-психопатологічними предикторами суїцидальної поведінки у чоловіків є наявність апато-адиномічного та тужливого варіанту депресії (36,9 % та 30,8 % відповідно,  $p < 0,05$ ) в структурі первинного депресивного епізоду (56,8 %). У жінок найбільш суїцидонебезпечними є тривожний (ажитований) та істеричний варіанти (34,9 % та 30,2 % відповідно,  $p < 0,01$ ) в структурі повторних депресивних епізодів. Вираженість депресії за шкалою Гамільтона у чоловіків перевищувала таку у жінок ( $33,8 \pm 4,1$  бали та  $22,4 \pm 3,3$  бали,  $p < 0,05$ ).

Вивчення патофизиологічних механізмів формування суїцидальної поведінки в гендерному аспекті показало, що у чоловіків в структурі особистості домінували фемінні та недиференційовані особистісні риси (41,5 % та 33,8 %,  $p < 0,01$ ), які перешкоджали реалізації домінуючих потреб (активне, матеріально забезпечене життя, фізичне та психічне здоров'я, любов), породжували відчуття провини перед собою, близькими та суспільством, що й спричиняло суїцидальну поведінку.

В структурі особистісних особливостей у жінок з депресіями переважаючими були риси недиференційованої психологічної статі (55,6 %,  $p < 0,01$ ), які гальмували реалізацію потреб у щасливому родинному житті, у свободі від внутрішніх суперечностей та сумнівів, в незалежності дій та вчинків, спричиняли та підтримували їх фрустрацію, на тлі якої посилювалися внутрішні напруження, тривога та соматовегетативні порушення. Імпульсивні суїцидальні спроби сприяли усуненню тривоги та нервово-психічного напруження у жінок.

Виявлена гендерна специфіка суїцидальної поведінки у хворих на депресії дозволила розробити диференційовану систему психопрофілактики, яка базується на поєднаному використанні фармако- та психотерапії. Основою фармакотерапії у чоловіків є антидепресанти, нейролептики та засоби, які покращують метаболічні процеси головного мозку, у жінок — антидепресанти, транквілізатори, анксиолітики та загальностимулюючі засоби. Базовими методами психотерапії на етапі активного лікування у чоловіків були індивідуальна раціональна (Р. Dubois, 1938) та особистісно-орієнтована реконструктивна психотерапія (А. М. Свядощ, 1982), у жінок — групова суггестивна (А. Heigl-Evers, 2001) та біхевіоральна психотерапія в групі (А. Елліс, У. Драйден, 2002). Підтримуюча терапія у чоловіків включає переважно використання когнітивної психотерапії (А. Т. Beck, 2003) та аутогенного тренування (І. Н. Schultz, 1932), у жінок — групової