

*Л. О. Атраментова, І. В. Лінський, О. М. Утевська, Н. О. Марута, С. П. Колядко, І. О. Явдак*  
**ГЕНДЕРНІ ОСОБЛИВОСТІ ДЕПРЕСИВНИХ РОЗЛАДІВ**

*Л. А. Атраментова, И. В. Линский, О. М. Утевская, Н. А. Марута, С. П. Колядко, И. А. Явдак*  
**Гендерные особенности депрессивных расстройств**

*L. A. Atramentova, I. V. Linsky, O. M. Utevska, N. O. Maruta, S. P. Kolyadko, I. O. Yavdak*  
**Gender features of depressive disorders**

З метою вивчення ролі гендерних особливостей в розвитку депресивних розладів на моделі населення Харківської області проведений аналіз захворюваності, частоти депресій та віку маніфестації захворювання.

Структура захворюваності на депресивні розлади характеризується переважанням жінок. Співвідношення чоловічої та жіночої статі при більшій частині форм депресій (F32, F33, F34) становить 1 : 2,86—3,44 (серед пацієнтів з біполярним розладом (F31) кількісна перевага жінок є меншою — 1 : 1,38).

Частота депресивних розладів в популяції становила 0,21 %. В усі вивчені роки накопичена частота депресій в жіночій частині населення була в 1,4—2,4 рази вищою, ніж у чоловіків, що дає підставу розглядати жіночу стать як чинник підвищеного ризику формування депресивних розладів. Вивчення віку маніфестації та піку захворюваності в гендерному аспекті показало, що депресія у чоловіків асоціюється з більш ранньою маніфестацією (10—14 років) та максимумом захворюваності в віці 45—49 років (у жінок відповідні періоди реєструвалися у 15—19 років та 50—59 років).

Вважаючи депресивні розлади багатофакторною хворобою, слід наголосити імовірність важкого перебігу у чоловіків та менш вираженого — у жінок. Важкість захворювання пацієнта формує диференційований ризик для родичів хворого. Найвищий ризик мають родичі хворого з важкою формою і ранньою маніфестацією.

Отримані дані є важливими для практичного генетичного та клініко-психопатологічного прогнозування

**Ключові слова:** гендерні особливості, депресивні розлади, захворюваність, частота, маніфестація, прогнозування

С целью изучения роли гендерных особенностей в развитии депрессивных расстройств на модели населения Харьковской области проведен анализ заболеваемости, частоты депрессий и возраста манифестации заболевания.

Структура заболеваемости депрессивными расстройствами характеризуется преобладанием женщин. Соотношение мужского и женского пола при большинстве форм депрессий (F32, F33, F34) составляет 1 : 2,86—3,44 (среди пациентов с биполярным расстройством (F31) преобладание женщин меньше — 1 : 1,38).

Частота депрессивных расстройств в популяции составляла 0,21 %. Во все изученные годы накопленная частота депрессий в женской части населения была в 1,4—2,4 раза выше, чем у мужчин, что дает основание рассматривать женский пол как фактор повышенного риска формирования депрессивных расстройств. Изучение возраста манифестации и пика заболеваемости в гендерном аспекте показало, что депрессия у мужчин ассоциируется с более ранней манифестацией (10—14 лет) и максимумом заболеваемости в возрасте 45—49 лет (у женщин соответствующие периоды регистрировались в 15—19 лет и 50—59 лет).

Считая депрессивные расстройства многофакторной болезнью, следует подчеркнуть вероятность более тяжелого течения у мужчин и менее выраженного — у женщин. Тяжесть заболевания пациента формирует дифференцированный риск для родственников больного. Более высокий риск имеют родственники больного с тяжелой формой и ранней манифестацией.

Полученные данные важны для практического генетического и клинико-психопатологического прогнозирования

**Ключевые слова:** гендерные особенности, депрессивные расстройства, заболеваемость, частота, манифестация, прогнозирования

In order to study the role of gender characteristics in the development of depressive disorders on the model of the population of the Kharkov region, an analysis of the incidence, frequency of depression and the age of disease manifestation was carried out.

Summarizing the presented data, it should be noted that the structure of the incidence of depressive disorders is characterized by the predominance of women. The ratio of males and females for most forms of depression (F32, F33, F34) is 1 : 2.86—3.44 (among patients with bipolar disorder (F31), the prevalence of women is less — 1 : 1.38).

The incidence of depressive disorders in the population was 0.21 %. In all the years studied, the cumulative frequency of depression in the female part of the population was 1.4—2.4 times higher than in men, which gives grounds to consider the female gender as a factor of increased risk of the formation of depressive disorders. The study of the age of manifestation and the peak incidence in the gender aspect showed that depression in men is associated with an earlier manifestation (10—14 years) and a maximum incidence at the age of 45—49 years (in women, the corresponding periods were recorded at 15—19 years and 50—59 years).

Considering depressive disorders as a multifactorial disease. It should be emphasized the likelihood of a more severe course in men and less pronounced in women. The severity of the patient's illness forms a differentiated risk for the patient's relatives. Relatives of a patient with a severe form and early manifestation have a higher risk.

The data obtained are important for practical genetic and clinical and psychopathological prediction.

**Key words:** gender characteristics, depressive disorders, morbidity, frequency, manifestation, prognosis

Депресія є одним з поширених психічних розладів, що характеризується вираженими медико-соціальними наслідками [1—5].

Щороку у світі депресивні розлади діагностують не менше ніж у 200 млн осіб. За результатами вели-

кого метааналізу, що мав на меті актуальну оцінку поширеності депресії серед дорослих осіб та об'єднав інформацію щодо 1 млн учасників з 30 країн, стало відомо, що загальна одномоментна поширеність хвороби становить 12,9 %, річний показник — 7,2 %, а поширеність протягом життя — 10,8 % [6].

У загальній медичній практиці частота депресій сягає від 22 до 33 % [7].

За даними обстеження 37 тис. дорослих осіб з десяти країн Америки, Європи та Азії, проведеного Міжнародним консорціумом психіатричної епідеміології (ICPE), депресія частіше починається у віці від 20 до 30 років [8]. Центри ЕСА (Epidemiological Catchments Area) повідомляють про найбільший ризик розвитку депресивного епізоду між 25 та 44 роками життя [9, 10]. Результати досліджень свідчать про те, що жінки страждають в 1,5—2 рази частіше ніж чоловіки — хоча б раз у житті на депресивний епізод страждають від 18 до 25 % [11]. Згідно з інформацією ВООЗ, поширеність уніполярних депресій становить 1,9 % для чоловіків і 3,2 % для жінок; депресивний розлад протягом 12 місяців зазнають відповідно 5,8 % і 9,5 %, однак тільки 6 % жінок і 3 % чоловіків лікуються в умовах психіатричного стаціонару [12].

Стать є потужним модифікуючим фактором різних соматичних, метаболічних і поведінкових ознак у людини [13, 14]. Статеві особливості депресивних розладів відображаються в рівні захворюваності, клінічній картині і реакції на терапію [15—22]. З позицій порогової концепції схильності стать розглядають як один з факторів модифікованого ризику. Під порогом в теорії багатофакторних захворювань розуміють сукупність генетичних і негенетичних факторів, що сприяють формуванню захворювання. Генетичною основою багатофакторних захворювань вважається система безлічі поліморфних генів, деякі алельні варіанти яких незначно підвищують ймовірність розвитку хвороби, і при спільній дії таких чинників формується захворювання. У деяких представників популяції кількість провокаційних генетичних факторів і чинників середовища досягає порогової і вищих величин, і це реалізується в захворюванні [15, 23, 24]. Для одних багатофакторних хвороб порогові величини схильності не залежать від статі, для інших — вони яскраво виражені. У такій ситуації маємо справу з рідко ураженою і часто ураженою статтю. Відповідно до порогової моделі, у представників часто ураженої статі порогова величина схильності нижче, ніж у рідко ураженої. Це дає змогу оцінити ризик. Хворий рідко ураженої статі становить вищий ризик для родичів, ніж хворий часто ураженої статі. Урахування цих особливостей підвищує точність генетичного прогнозування.

Метою цього дослідження було — вивчити гендерні особливості захворюваності на депресивні розлади, їх маніфестації та частоти на моделі населення Харківської області.

Використана інформація про вперше зареєстровані випадки депресії в лікувальних установах Харківської області в період з 2010 до 2016 року в ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України» (ДУ «ІНПН НАМН»). Враховано стать пацієнтів, вік маніфестації захворювання, діагноз відповідно до МКХ-10 [26]. Використана інформація про статево-вікову структуру населення Харківської області [26, 27]. Обчислення виконані за допомогою програми Excel.

Серед тих, хто вперше звернувся з приводу депресії до лікувальних закладів Харківської області, більшість були жінками. Співвідношення чоловіки/жінки за вивчений період була близько 1 : 1,7~2,6. Серед пацієнтів, зареєстрованих в ДУ «ІНПН НАМН», відносна частка жінок була ще більшою — 1 : 2,8~4,3 (табл. 1).

Таблиця 1. Співвідношення статей серед хворих на депресивні розлади

Рік	У Харківській області загалом, n			Пацієнти ДУ «ІНПН НАМН», n		
	чоловіки	жінки	ч : ж	чоловіки	жінки	ч : ж
2010	141	252	1 : 1,79	33	97	1 : 2,94
2011	105	273	1 : 2,60	32	99	1 : 3,09
2012	125	258	1 : 2,06	37	104	1 : 2,81
2013	170	289	1 : 1,70	40	117	1 : 2,93
2014	126	273	1 : 2,17	38	120	1 : 3,16
2015	148	258	1 : 1,74	26	111	1 : 4,27
2016	118	210	1 : 1,80	49	138	1 : 2,82

Умовні позначення: n — абсолютна кількість спостережень; ч : ж — співвідношення чоловіків і жінок

Відповідно до МКХ-10, серед тих, які звернулися по допомогу, діагностовано випадки біполярного розладу (F31), депресивного епізоду (F32), рекурентної депресії (F33), хронічних розладів настрою (F34).

Жінки кількісно переважали в усіх цих групах, особливо в групах F32, F33 і F34, де співвідношення чоловіків до жінок становило 1 : 2,86~3,44. Серед пацієнтів з F31 кількісна перевага жінок була менш вираженою — 1 : 1,38 (табл. 2).

Таблиця 2. Розподіл форм депресивних розладів залежно від статі

Діагноз	Чоловіки, %	Жінки, %	Ч : Ж
F31	42,0	58,0	1 : 1,38
F32	24,1	75,9	1 : 3,17
F33	22,5	77,5	1 : 3,44
F34	25,9	74,1	1 : 2,86

Дані світової статистики також вказують на кількісне переважання жінок серед хворих на депресивні і тривожні розлади. Серед хворих на депресивні розлади це співвідношення становить 1 : 1,52, з тривожними розладами — 1 : 1,68, з біполярним розладом — 1 : 1,18.

Частота депресій в популяції населення Харківської області, обчислена як середня арифметична накопичення повікової захворюваності у жінок (0,26 %) і чоловіків (0,15 %), становила 0,21 %. Внесок жіночої компоненти в показник популяційної частоти становив 63 %, на частку чоловічої компоненти припадало 37 % (табл. 3).

Нерівну частоту відзначено в усі вивчені роки. У чоловіків співвідношення було в межах 1,13—1,84 ( $\times 10^{-3}$ ), у жінок — в межах 2,15—2,91 ( $\times 10^{-3}$ ).

Таблиця 3. Статеві особливості захворюваності на депресивні розлади

Вікова група, роки	Захворюваність у чоловіків ( $\times 10^{-4}$ )		Захворюваність у жінок ( $\times 10^{-4}$ )	
	повікова	накопичена	повікова	накопичена
0 — 4	н. вр.	н. вр.	н. вр.	н. вр.
5 — 9	н. вр.	н. вр.	н. вр.	н. вр.
10 — 14	0,19	0,19	0,00	0,00
15 — 19	0,92	1,11	0,59	0,59
20 — 24	1,26	2,37	1,16	1,75
25 — 29	1,31	3,68	1,54	3,29
30 — 34	1,02	4,70	1,96	5,25
35 — 39	1,30	6,00	2,89	8,13
40 — 44	1,51	7,51	2,84	10,97
45 — 49	1,94	9,45	2,86	13,83
50 — 54	1,43	10,88	3,43	17,26
55 — 59	1,93	12,81	3,43	20,69
60 — 64	0,90	13,71	2,03	22,72
65 — 69	0,85	14,56	2,31	25,03
70 — 74	0,52	15,08	0,52	25,55
75 — 79	0,17	15,25	0,31	25,86
$\geq 80$	0,00	15,25	0,00	25,86

Умовні позначення: н. вр. — не враховували

Таблиця 4. Накопичена захворюваність на депресивні розлади

Рік	у чоловіків ( $\times 10^{-3}$ )	у жінок ( $\times 10^{-3}$ )	у популяції ( $\times 10^{-3}$ )
2010	1,49	2,50	1,99
2011	1,13	2,73	1,93
2012	1,49	2,59	2,04
2013	1,84	2,91	2,38
2014	1,45	2,68	2,06
2015	1,77	2,54	2,15
2016	1,52	2,15	1,84

Статеві особливості віку маніфестації депресії виявлялися випадками більш раннього початку захворювання у чоловіків, що припадають на вікову групу 10—14 років, ніж у жінок (перші випадки — у віці 15—19 років). Максимум захворюваності у чоловіків також реєструвався у молодшому віці (45—49 років), ніж у жінок (50—59 років). Виявлені статеві відмінності і в динаміці захворюваності. Якщо до 25—29 років збільшення випадків депресії у чоловіків і жінок відбувається в однаковому темпі,

то в подальшому захворюваність у жінок порівняно з чоловіками різко підвищувалася, і в віковому інтервалі 30—70 років більш ніж в два рази перевищує захворюваність серед чоловіків, після чого різниця між статями практично зникла (рис. 1).

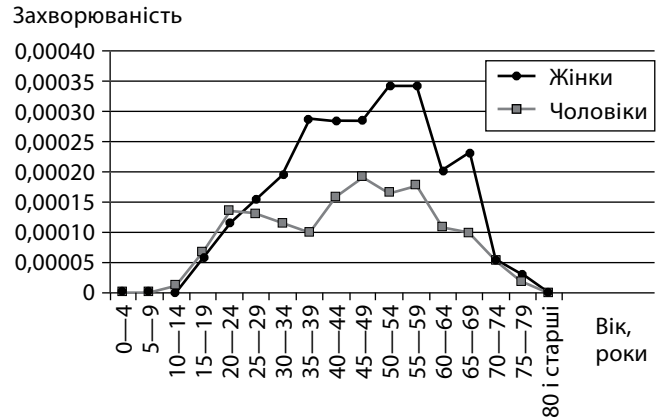


Рис. 1. Повікова захворюваність на депресивні розлади у чоловіків та жінок

Накопичення випадків депресії у жінок відбувається більш стрімко, ніж у чоловіків (рис. 2).

У всі вивчені роки накопичена частота депресії в жіночій частині населення була в 1,4—2,4 рази вищою, ніж у чоловіків. Цей факт дає підставу розглядати жіночу стать як чинник підвищеного ризику щодо депресивних розладів. Неоднакова схильність чоловіків і жінок до депресії призводить до важливого прогностичного наслідку для родичів хворого індивіда. Фактором підвищеного ризику щодо депресії є наявність хворого родича чоловічої статі. Найвищий ризик, якщо є хворий серед батьків, для пари з батька/нащадки очікується для дочки хворого батька, мінімальний — для сина хворої матері.



Рис. 2. Накопичена захворюваність на депресивні розлади у чоловіків та жінок

Описані ефекти і використаний світовий досвід виявляють деякі невідповідності, що потребують спеціального обговорення. Більш ранні випадки захворювання у чоловіків і пік захворюваності, який припадає на більш ранній ніж у жінок вік, має діагностичне та прогностичне значення. Воно вказує

на те, що депресія у чоловіків має важчі прояви, ніж у жінок. Чоловіки — рідко уражена стать, отже, поріг схильності до депресії у чоловіків — вищий, ніж у жінок. Не суперечить теорії багатофакторних захворювань і той факт, що випадки депресії у чоловіків — більш рідкі, ніж у жінок. Досвід дослідження багатофакторних захворювань доводить, що рання маніфестація хвороби асоційована з її важчим перебігом, а пізніші випадки — клінічно менш виражені. Важкість захворювання пацієнта формує диферен-

ційований ризик для родичів хворого. Найвищий ризик мають родичі хворого з важкою формою і ранньою маніфестацією [16, 24, 25].

Проведені дослідження показали, що найчастішими формами депресивного розладу є депресивний епізод (48,5 %) та рекурентна депресія (36,1 %). Біполярна депресія, циклотимія, дистимія спостерігаються в кілька разів рідше (6—8 %). Аналіз з урахуванням форми депресії виявив такі статеві особливості (рис. 3).

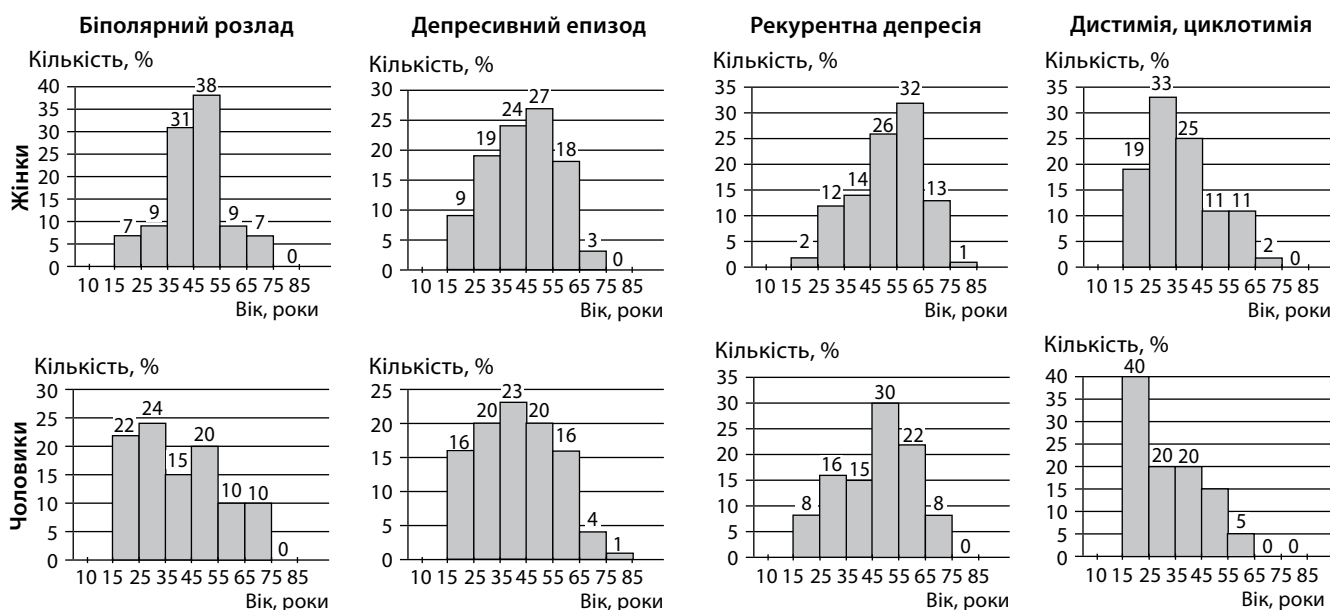


Рис. 3. Статеві особливості віку маніфестації депресивних розладів

Біполярна депресія виявляється в більш ранньому віці, ніж інші форми патології, причому більш ураженою категорією є чоловіки. І за іншими формами розладу максимальна ймовірність маніфестації у чоловіків припадає на більш ранній вік, ніж у жінок (майже на 10 років).

Аналізуючи отриманий результат, слід звернути увагу на соціально-психологічний аспект проблеми. Зрозуміло, що зафіксувати випадок депресії можна тільки у індивіда, який звернувся по медичну допомогу з приводу цього стану. Цілком можливий недооблік випадків депресії у чоловіків через особливості їх ментальності. Усвідомлення себе як представників сильної статі утримує чоловіків від звернення по допомогу в разі депресії. Схильність до уникнення проблеми за допомогою алкоголю, наркотиків та інших факторів відволікання, робить «чоловічу» депресію особливо соціально небезпечною.

Отриманий результат важливий не тільки для практичного генетичного прогнозування, а й для оптимізації подальших досліджень. Зокрема, під час планування геномних досліджень з асоціативної генетики варто формувати, якщо є змога, і клінічно однорідні групи, й однорідні зі статі.

Цьому є переконливі молекулярно-генетичні докази, які свідчать, що у жінок і чоловіків з депресією асоційовані різні гени [21].

Узагальнюючи наведені дані, слід зазначити, що структура захворюваності на депресивні розлади характеризується переважанням жінок. Співвідношення чоловічої та жіночої статі при більшій частині форм депресій (F32, F33, F34) становить 1 : 2,86—3,44 (серед пацієнтів з біполярним розладом (F31) кількісна перевага жінок є меншою — 1 : 1,38).

Частота депресивних розладів в популяції становила 0,21 %. В усі вивчені роки накопичена частота депресій в жіночій частині населення була в 1,4—2,4 рази вищою, ніж у чоловіків, що дає підставу розглядати жіночу стать як фактор підвищеного ризику формування депресивних розладів. Вивчення віку маніфестації та піку захворюваності в гендерному аспекті показало, що депресія у чоловіків асоціюється з більш ранньою маніфестацією (10—14 років) та максимумом захворюваності в віці 45—49 років (у жінок — у 15—19 років та 50—59 років відповідно).

Вважаючи депресивні розлади багатофакторною хворобою, слід наголосити імовірність важчого перебігу у чоловіків та менш вираженого — у жінок. Важкість захворювання пацієнта формує диференційований ризик для родичів хворого. Найвищий ризик мають родичі хворого з важкою формою і ранньою маніфестацією.

Отримані дані є важливими для практичного генетичного та клініко-психопатологічного прогнозування.

**Список літератури**

1. Марута Н. О., Панько Т. В., Федченко В. Ю., Семікіна О. Є. Клініко-психопатологічні прогностичні фактори перебігу первинних депресивних розладів // Психічне здоров'я. 2017. Т. 2, вип. 51. С. 117—119. URL: [https://nmapo.edu.ua/zagruzka/GPZ2017\\_1-2.pdf](https://nmapo.edu.ua/zagruzka/GPZ2017_1-2.pdf).
2. Марута Н. А., Яцина А. Т. Особенности клинко-психопатологической структуры депрессий у мужчин // Экспериментальна і клінічна медицина. 2014. № 4 (65). С. 162—166. URL: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/eikm\\_2014\\_4\\_33](http://nbuv.gov.ua/UJRN/eikm_2014_4_33).
3. Prevalence and development of psychiatric disorders in childhood and adolescence / Costello E. J., Mustillo S., Erkanli A. [et al.] // Archives of General Psychiatry. 2003. Vol. 60, no. 8. P. 837—844. DOI: 10.1001/archpsyc.60.8.837.
4. Ebmeier, K. P., Donaghey, C., Steele, J. D. Recent developments and current controversies in depression // Lancet. 2006. Vol. 367, no. 9505. P. 153—167. PMID: 16413879.
5. The Epidemiology of Major Depressive Disorder: Results from the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R) / Kessler R. C., Berglund P., Demler O. [et al.] // Journal of the American Medical Association. 2003. Vol. 289, no. 23. P. 3095—3105. JAMA. 2003; 289(23): 3095—3105. DOI: 10.1001/jama.289.23.3095.
6. Prevalence of Depression in the Community from 30 Countries between 1994 and 2014 / Lim G. Y., Tam W. W., Lu Y. [et al.] // Scientific Reports. 2018. Vol. 8. Article number: 2861. DOI: 10.1038/s41598-018-21243-x.
7. Depression and physical illness/ Edited by Andrew Steptoe. Cambridge University Press, 2007. P. 421. DOI: 10.1002/hup.822.
8. The epidemiology of major depressive episodes: results from the International Consortium of Psychiatric Epidemiology (ICPE) Surveys / L. Andrade, J. J. Caraveo-Anduaga, P. Berglund // Int J Methods Psychiatr Res. 2003; 12(1): 3—21. DOI: 10.1002/mpr.138.
9. Piccinelli M., Wilkinson G. Gender differences in depression: critical review. British Journal of Psychiatry. 2000. 177 (6): 486—92. DOI: 10.1192/bjp.177.6.486.
10. EPA guidance on the quality of mental health services / Gaebel, W., Becker, T., Janssen, B. [et al.] // European Psychiatry. 2012. Vol. 27, no. 2. P. 87—113. DOI: 10.1016/j.eurpsy.2011.12.001.
11. Use of health services for major depressive episode in Finland / Hämmäläinen, J., Isometsä, E., Laukkala, T. [et al.] // Journal of Affective Disorders. 2004. Vol. 79, no. 1—3. P. 105—112. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0165-0327\(02\)00342-7](https://doi.org/10.1016/S0165-0327(02)00342-7).
12. Pharmacological Treatment of Mental Disorders in Primary Health Care. Chapter 4: Medicines used in depressive disorders Geneva : World Health Organization, 2009. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK143202/>.
13. Два пола. Зачем и почему? Эволюционная теория пола / сост. и ред.: С. В. Геодакян. Москва, 2012. ISBN: 978-0-9856620-0-4 (электронное издание). URL: <http://www.sci.aha.ru/ots/doc/book031.pdf>.
14. Марута Н. О., Федченко В. Ю., Лінська К. І. Генетичні передумови депресивних розладів // Український вісник психоневрології. 2017. Т. 25, вип. 3 (92). С. 39—44. URL: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/Uvp\\_2017\\_25\\_3\\_12](http://nbuv.gov.ua/UJRN/Uvp_2017_25_3_12).
15. Гинтер Е. К. Медицинская генетика, Москва : Медицина, 2003. 448 с.
16. Пузырёв В.П. Многофакторные заболевания // Наследственные болезни : национальное руководство / под ред. Н. П. Бочкова, Е. К. Гинтера, В. П. Пузырева. Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2012. С. 610—662. URL: <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970422311.html>.
17. Adolescent onset of the gender difference in lifetime rates of major depression: a theoretical model / Cyranowski J. M., Frank E., Young E., Shear M. K. [et al.] // Arch Gen Psychiatry. 2000. 57(1): 21—7. DOI: 10.1001/archpsyc.57.1.21.
18. Sex Differences in Depression: Does Inflammation Play a Role? / Derry H. M., Padin A. C., Kuo J. L. [et al.] // Curr Psychiatry Rep. 2015. 17(10): 618. DOI: 10.1007/s11920-015-0618-5.
19. Fuhrer R, Dufouil C, Dartigues JF. Exploring sex differences in the relationship between depressive symptoms and dementia incidence: prospective results from the PAQUID Study // J Am Geriatr Soc. 2003. 51(8): 1055—63. DOI: 10.1046/j.1532-5415.2003.51352.x.
20. Sex differences in brain activation patterns during processing of positively and negatively valenced emotional words / Hofer A, Siedentopf CM, Ischebeck A. [et al.] // Psychol Med. 2007. 37 (1): 109—19. DOI: 10.1017/S0033291706008919.
21. Kendler KS, Thornton LM, and Prescott CA. Gender differences in the rates of exposure to stressful life events and sensitivity to their depressogenic effects // Am J Psychiatry. 2001. 158 (4): 587—93. DOI: 10.1176/appi.ajp.158.4.587.
22. Gender differences in cerebral regional homogeneity of adult healthy volunteers: a resting-state fMRI study / Xu C., Li C., Wu H. [et al.] // Biomed Research International. Special Issue Neuroimaging of Brain Networks and Function. Vol. 2015. Article ID 183074. DOI: <https://doi.org/10.1155/2015/183074>.
23. Бочков Н. П., Пузырёв В. П., Смирнихина С. А. Клиническая генетика. Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2011, 544 с.
24. Зинченко Р. А., Гинтер Е. К. Наследственные болезни в популяциях человека // Наследственные болезни : национальное руководство / под ред. Н. П. Бочкова, Е. К. Гинтера, В. П. Пузырева. Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2012. С. 661—703. URL: <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970422311.html>.
25. Міжнародна статистична класифікація хвороб та споріднених проблем охорони здоров'я. Десятий перегляд. Київ : «Здоров'я», 2001. Т. 3. 817 с.
26. Населення України за 2018 рік : Демографічний щорічник. URL: [http://www.ukrstat.gov.ua/druk/publicat/kat\\_u/2019/zb/12/zb\\_ukr\\_2018.pdf](http://www.ukrstat.gov.ua/druk/publicat/kat_u/2019/zb/12/zb_ukr_2018.pdf).
27. Население Харьковской области стареет. Статистика / Харьковская областная государственная администрация. 10 августа 2015. URL: <http://kharkivoda.gov.ua/ru/news/75099>.

Надійшла до редакції 26.01.2021

*Відомості про авторів:*

**АТРАМЕНТОВА Любов Олексіївна**, доктор біологічних наук, професор, завідувачка кафедри генетики та цитології Харківського національного університету імені В. Н. Каразіна (ХНУ ім. В. Н. Каразіна), м. Харків, Україна; e-mail: [lubov.atramentova@gmail.com](mailto:lubov.atramentova@gmail.com)

**ЛІНСЬКИЙ Ігор Володимирович** доктор медичних наук, професор, директор Державної установи «Інститут неврології, психіатрії та наркології Національної академії медичних наук України» (ДУ «ІНПН НАМН України»), м. Харків, Україна; e-mail: [i\\_linskiy@yahoo.com](mailto:i_linskiy@yahoo.com)

**УТЕВСЬКА Ольга Михайлівна**, доктор біологічних наук, професор, доцент кафедри генетики та цитології ХНУ ім. В. Н. Каразіна, Харків, Україна; e-mail: [outevsk@gmail.com](mailto:outevsk@gmail.com)

**МАРУТА Наталія Олександрівна**, доктор медичних наук, професор, заступник директора з науково-дослідної роботи ДУ «ІНПН НАМН України», м. Харків, Україна; e-mail: [mscience@ukr.net](mailto:mscience@ukr.net)

**КОЛЯДКО Світлана Петрівна**, доктор медичних наук, провідний науковий співробітник відділу пограничної психіатрії ДУ «ІНПН НАМН України», м. Харків, Україна; e-mail: [s.kolyadko@ukr.net](mailto:s.kolyadko@ukr.net)

**ЯВДАК Ірина Олександрівна**, кандидат медичних наук, провідний науковий співробітник відділу пограничної психіатрії ДУ «ІНПН НАМН України», м. Харків, Україна; e-mail: [iyavdak@ukr.net](mailto:iyavdak@ukr.net)

*Information about authors:*

**ATRAMENTOVA Lyubov**, Doctor of Biological Sciences, Professor, Head of the Department of Genetics and Cytology of the V. N. Karazin's Kharkiv National University (V. N. Karazin's KhNU), Kharkiv, Ukraine; e-mail: [lubov.atramentova@gmail.com](mailto:lubov.atramentova@gmail.com)

**LINSKIY Igor**, MD, PhD, Doctor of Medical Sciences, Professor, Director of State Institution "Institute of Neurology Psychiatry and Narcology of the National Academy of Medical Sciences of Ukraine ("INPN of the NAMS of Ukraine" SI), Kharkiv; e-mail: [i\\_linskiy@yahoo.com](mailto:i_linskiy@yahoo.com)

**UTEVSKA Olha**, Doctor of Biological Sciences, Professor, Associate Professor of the Department of Genetics and Cytology of V. N. Karazin's KhNU, Kharkiv, e-mail: [outevsk@gmail.com](mailto:outevsk@gmail.com)

**MARUTA Nataliya**, Doctor of Medical Sciences, Professor, Deputy Director on Scientific Work of the "INPN of the NAMS of Ukraine" SI, Kharkiv, Ukraine; e-mail: [mscience@ukr.net](mailto:mscience@ukr.net)

**KOLYADKO Svitlana**, Doctor of Medical Sciences, Leading Researcher of the Department of Borderline Psychiatry of the "INPN of the NAMS of Ukraine" SI, Kharkiv, Ukraine; e-mail: [s.kolyadko@ukr.net](mailto:s.kolyadko@ukr.net)

**YAVDAK Iryna**, MD, PhD, Leading Researcher of the Department of Borderline Psychiatry of the "INPN of the NAMS of Ukraine" SI, Kharkiv, Ukraine; e-mail: [iyavdak@ukr.net](mailto:iyavdak@ukr.net)