

В. Л. Підлубний

Запорізький державний медичний університет (м. Запоріжжя)

**Клініко-феноменологічна структура
непсихотичних психічних розладів
у працівників промислових підприємств**

Наведені результати проведених психопрофілактичних оглядів 982 працівників промислових підприємств, віком від 20 до 60 років, серед них 656 (66,80 %) чоловіків і 326 (34,20 %) жінок.

У групі обстежених із непсихотичними психічними розладами, які склали більше 1/3 (338 — 34,40 %) всіх обстежених осіб, виявлені невротичні, пов'язані зі стресом і соматоформні розлади (F 40 — F 48) — 52,66 % всіх випадків, розлади особистості і поведінки різної етіології (F 60 — F 69) — 28,14 %. Рідше виявлялися інші психічні розлади, обумовлені пошкодженнями і дисфункцією головного мозку або соматичною хворобою (органічні непсихотичні) (F 06.3 — F 07.0) — 19,20 %.

Ключові слова: клінічна феноменологія, працівники промислових підприємств, непсихотичні психічні розлади, психічне здоров'я.

V. L. Podlubniy

*Zaporizhzhya State medical University
(Zaporizhzhya)*

**Clinical phenomenology structure
non-psychotic mental disorders
for workers of industrial enterprises**

Research based on fulfilling industrial workers aged 20 to 60 years, of which 656 (66.80 %) men and 326 (34.20 %) women, found in the group of patients with non-psychotic mental disorders, which accounted for more than 1/3 (338 — 34.40 %) of all surveyed persons.

Among them neurotic, stress-related and somatoform disorders were mental (F 40 — F 48) — 52.66 % of all cases, personality disorders and behavior of different etiology (F 60 — F 69) — 28.14 %. Less proven other mental disorders caused by damage and dysfunction of the brain or somatic disease (organic non-psychotic) (F 06.3 — F 07.0) — 19.20 %.

Key words: clinical phenomenology, workers of industrial enterprises, non-psychotic mental disorders, mental health.

УДК 616.858-008.6-008.64

Д. Ю. Сайко

ГУ «Институт неврологии, психиатрии и наркологии НАМН Украины» (г. Харьков)

**КЛИНИКО-ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА
ОРГАНИЧЕСКИХ ДЕПРЕССИЙ ПРИ БОЛЕЗНИ ПАРКИНСОНА**

Обследовано 165 больных болезнью Паркинсона: 89 больных с органическим непсихотическим депрессивным расстройством F 06.36 (основная группа) и 76 больных без психических нарушений (контрольная группа). Проанализирована феноменологическая структура органического депрессивного расстройства при болезни Паркинсона, а также клинические особенности самой болезни Паркинсона, осложненной данной психопатологией. Выделены основные особенности клиники органического депрессивного расстройства на фоне болезни Паркинсона. Установлены положительные корреляции между органической депрессией и акинетико-ригидно-дрожательной формой, медленным типом прогрессирования и 3 стадией болезни Паркинсона. Установлено, что у больных с болезнью Паркинсона и органической депрессией отмечается наличие умеренного когнитивного дефицита и умеренных двигательных осложнений.

Ключевые слова: болезнь Паркинсона, органическое депрессивное расстройство, клиничко-психопатологические особенности

В последнее время, в связи с увеличением количества пожилых людей в структуре общества, болезнь Паркинсона представляет собой актуальную социальную проблему. В настоящее время в мире насчитывается около 3,7 млн. пациентов с болезнью Паркинсона, в Украине — около 70 тыс. больных [1, 8]. Заболевают этим недугом от 70 до 220 человек на 100 тыс. населения, то есть около 2 % людей в общей популяции [2, 7, 11]. Наблюдается рост заболеваемости с возрастом. Среди больных паркинсонизмом около 8 % больных в возрасте до 40 лет, 45 % больных — в возрасте от 41 до 60 лет и 47 % больных паркинсонизмом в возрасте свыше 60 лет [5]. Число случаев заболевания неуклонно растет, что связано, в первую очередь, с ростом продолжительности жизни и неблагоприятными экологическими факторами, более того, недуг молодеет — увеличивается количество пациентов в возрасте от 30 до 40 лет [7, 11].

Психопатологические нарушения, в частности депрессивные расстройства, являются частыми спутниками болезни Паркинсона. Распространенность депрессий при болезни Паркинсона значительно выше, чем при других нейродегенеративных заболеваниях. По данным разных авторов у 40—90 % больных паркинсонизмом отмечаются депрессивные расстройства [6, 12]. Часто эти расстройства маскируются за моторными

проявлениями болезни Паркинсона, и депрессия не диагностируется неврологами [4, 9]. Появление у больного паркинсонизмом депрессивных расстройств является крайне неблагоприятным фактором в части значительного ухудшения качества жизни, повышения суицидального риска, формирования когнитивных расстройств и деменции [3, 10]. В связи с чем вопросы своевременной диагностики депрессивной патологии у лиц с болезнью Паркинсона приобретают особую актуальность и требуют проведения детальных исследований в данной области.

Целью настоящего исследования было изучение клиничко-психопатологических особенностей органических депрессий при болезни Паркинсона.

В исследовании приняло участие 165 больных болезнью Паркинсона: 89 больных с органическим непсихотическим депрессивным расстройством F 06.36 (основная группа) и 76 больных без психических нарушений (контрольная группа).

В качестве инструментария использовали клиничко-психопатологический метод, включающий оценку психического состояния больного, и психометрические методы: шкала оценки позитивной и негативной симптоматики (PANSS), шкала Монтгомери — Асберга (MADRS), клиничко-психопатологическая шкала оценки тревоги (CAS), краткая шкала оценки психического статуса (Mini Mental State Examination — MMSE), рейтинговая шкала оценки болезни Паркинсона (MDS-UPDRS).

© Сайко Д. Ю., 2012

Согласно анализу возрастной структуры и длительности заболевания болезнью Паркинсона средний возраст больных паркинсонизмом с органическим непсихотическим депрессивным расстройством F 06.36 составил $66,1 \pm 2,5$ лет, а длительность заболевания — $15,5 \pm 2,0$ лет (при $p < 0,05$).

Органическое непсихотическое депрессивное расстройство F 06.36 у больных с болезнью Паркинсона проявлялось преимущественно астено-анергическим синдромом (в 65,2 % случаев, при $p < 0,01$). Астено-анергическая депрессия у пациентов с болезнью Паркинсона характеризовалась наличием в структуре депрессивного синдрома витальной астении. Витальная астения была выражена больше в первой половине суток. Пациенты болезненно переживали ощущение собственной слабости, иногда достигающей бессилия. Отмечалась явно выраженная постоянная психофизическая истощаемость. Эта истощаемость не была связана с физическим или психическим перенапряжением и не проходила после продолжительного отдыха. У больных с этой формой депрессии отмечались сенсорная гиперестезия, повышенная чувствительность к проприо- и интерорецептивным раздражителям, периодически возникали непродолжительные головные боли и ломота в теле. Истощаемость интеллектуальной деятельности у больных проявлялась лабильностью внимания, нарушениями запоминания, снижением интеллектуальной работоспособности, слабостью абстрагирования. Мышление больных было конкретным и поверхностным. Депрессивный аффект сочетался с эмоциональной лабильностью и раздражительностью. В настроении отмечалась неустойчивость, слезливость, капризность, неудовлетворенность, раздражительность. Из особенностей двигательной активности отмечалось чередование заторможенности и суетливости. Из расстройств сна у больных этой категории отмечалось позднее засыпание, частые ночные пробуждения, тревожные сновидения, отсутствие чувства отдыха после сна, дневная сонливость. Отмечались различные сексуальные расстройства, лабильность вегетативной деятельности.

Депрессивное расстройство F 06.36 у больных паркинсонизмом (по данным шкалы PANSS) проявлялось: в средней степени выраженности депрессивным настроением (в 80,9 % случаев, при $p < 0,01$), нарушениями абстрактного мышления (в 44,9 % случаев, при $p < 0,05$), моторной заторможенностью (в 43,8 % случаев, при $p < 0,05$), напряженностью (в 39,3 % случаев, при $p < 0,05$); в умеренной степени выраженности расстройствами воли (в 68,5 % случаев, при $p < 0,01$), чувством вины (в 55,1 % случаев, при $p < 0,01$), недостаточностью суждений и критики (в 39,3 % случаев, при $p < 0,05$), нарушениями внимания (в 37,1 % случаев, при $p < 0,05$).

Объективная тяжесть депрессии F 06.36 у больных паркинсонизмом (по данным MADRS) соответствовала умеренной степени тяжести и составляла $28,1 \pm 1,8$ баллов. Относительно отдельных показателей шкалы MADRS у больных паркинсонизмом с депрессивным расстройством F 06.36 в тяжелой степени выраженности диагностировались нарушение интенции в деятельности (усталость) ($4,8 \pm 0,9$ баллов) и пессимистические мысли ($4,7 \pm 0,8$ баллов); в умеренной степени выраженности — нарушение концентрации когнитивных функций (внимания, мышления) ($3,5 \pm 0,6$ баллов), субъективные и объективные признаки подавленного настроения ($3,1 \pm 0,7$ и $2,9 \pm 0,6$ баллов, соответственно)

и внутреннее напряжение ($2,7 \pm 0,5$ баллов). У больных контрольной группы вышеперечисленные симптомы не были выражены — $1,3 \pm 0,4$; $0,6 \pm 0,2$; $1,5 \pm 0,6$; $0,9 \pm 0,3$; $0,6 \pm 0,2$; $1,3 \pm 0,6$ балла, соответственно (при $p < 0,01$).

По уровню выраженности тревоги (по данным шкалы CAS) между основной и контрольной группой значимых различий получено не было, в обеих группах диагностировался низкий уровень тревожности.

Среди двигательных расстройств психопатологического генеза у больных с болезнью Паркинсона и органическим непсихотическим депрессивным расстройством F 06.36 преобладали рудиментарные двигательные расстройства (гипомимия с выражением печали, страдания, легкая заторможенность движений и мышечная адинамия и т. д.) (в 61,9 % случаев, при $p < 0,01$), у больных контрольной группы данные расстройства не наблюдались.

По уровню когнитивного дефицита у больных паркинсонизмом с депрессивным расстройством F 06.36 (по данным Mini Mental State Examination — MMSE) в 66,3 % случаев отмечались умеренные когнитивные изменения, у больных контрольной группы умеренные когнитивные изменения наблюдались только в 7,9 % случаев (при $p < 0,01$).

Основными расстройствами мышления у больных паркинсонизмом и депрессивным расстройством F 06.36 являлись: быстрая истощаемость психической деятельности (в 88,8 % случаев), снижение уровня концентрации внимания (в 71,9 % случаев), ригидность мышления (53,9 % случаев), нарушения памяти (зрительной, кратковременной, долговременной) (в 40,4 % случаев). У больных контрольной группы вышеперечисленные расстройства мышления и когнитивных функций не превышали уровень в 18,4 %, 17,1 %, 13,2 %, 19,7 %, соответственно (при $p < 0,01$).

Наиболее распространенными расстройствами поведения у больных с болезнью Паркинсона и органическим непсихотическим депрессивным расстройством F 06.36 были астенические расстройства (в 80,9 % случаев) и ухудшение коммуникативных функций (в 73,0 % случаев). У больных контрольной группы наблюдалось только ухудшение коммуникативных функций (в 14,5 % случаев) (при $p < 0,01$).

Среди эмоциональных расстройств у больных паркинсонизмом с органическим непсихотическим депрессивным расстройством F 06.36 были представлены: постоянное ощущение усталости (в 79,8 % случаев), эмоциональная лабильность (в 44,9 % случаев), слабодушие (в 42,7 % случаев), тоска (в 39,3 % случаев) и безразличие (в 37,1 % случаев). У больных контрольной группы тоскливое состояние не встречалось, постоянное ощущение усталости наблюдалось в 3,9 % случаев, эмоциональная лабильность — в 10,5 % случаев, слабодушие — в 2,6 % случаев, безразличие — в 2,6 % случаев (при $p < 0,01$).

В клинике соматовегетативных расстройств у больных с болезнью Паркинсона и депрессивным расстройством F 06.36 отмечались: снижение массы тела в 67,4 % случаев, сексуальные нарушения — в 61,8 % случаев, нарушение аппетита — в 41,6 % случаев, нарушения сна — в 39,3 % случаев. У больных контрольной группы вышеуказанные соматовегетативные нарушения встречались гораздо реже: в 2,6 %, 22,4 %, 5,3 % и 17,1 % случаев, соответственно (при $p < 0,01$).

Согласно клиническому исследованию немоторных и моторных проявлений болезни Паркинсона (по данным шкалы MDS-UPDRS) у больных с органическим

непсихотическим депрессивным расстройством F 06.36 основными немоторными проявлениями в умеренной степени тяжести являются нарушение когнитивных функций ($1,6 \pm 0,3$, при $p < 0,01$), депрессивное настроение ($1,5 \pm 0,2$, при $p < 0,01$); проблемы сна ($1,5 \pm 0,4$, при $p < 0,01$), дневная сонливость ($1,4 \pm 0,3$, при $p < 0,01$), апатия ($1,3 \pm 0,2$, при $p < 0,01$), тревожное состояние ($1,2 \pm 0,4$, при $p < 0,05$). У больных контрольной группы депрессивное настроение и апатия не диагностировались, а нарушение когнитивных функций, дневная сонливость, тревожное состояние не превышали — $0,8 \pm 0,1$; $0,5 \pm 0,3$; $0,6 \pm 0,2$ баллов, соответственно.

Основными моторными проявлениями болезни Паркинсона, которые отмечали больные с депрессией F 06.36, были: в умеренной степени выраженности расстройства вставания с постели, сидения машины или глубокого кресла ($1,6 \pm 0,2$, при $p < 0,05$), нарушения хобби и другой деятельности ($1,6 \pm 0,3$, при $p < 0,01$), нарушения поворотов в постели ($1,5 \pm 0,4$, при $p < 0,01$), затруднения в реализации гигиенических навыков ($1,2 \pm 0,3$, при $p < 0,05$), застывания ($1,1 \pm 0,3$, при $p < 0,05$), расстройства речи ($1,1 \pm 0,3$, при $p < 0,05$). У больных контрольной группы выраженность вышеуказанных моторных расстройств не превышала $0,8 \pm 0,1$; $0,7 \pm 0,2$; $0,6 \pm 0,3$; $0,8 \pm 0,1$; $0,6 \pm 0,3$; $0,6 \pm 0,2$ балла соответственно.

По результатам экспериментальных исследований двигательной активности у больных паркинсонизмом с F 06.36 были выявлены в умеренной степени выраженности расстройства речи ($1,6 \pm 0,2$, при $p < 0,01$), застывания при ходьбе ($1,6 \pm 0,2$, при $p < 0,01$), постуральный тремор в руках ($1,6 \pm 0,2$, при $p < 0,05$), расстройства вставания со стула ($1,5 \pm 0,2$, при $p < 0,01$), брадикинезии ($1,4 \pm 0,3$, при $p < 0,01$), тремор покоя ($1,4 \pm 0,2$, при $p < 0,01$), продолжительность тремора покоя ($1,3 \pm 0,2$, при $p < 0,01$), постуральная неустойчивость ($1,3 \pm 0,3$, при $p < 0,05$), расстройства движений руками ($1,3 \pm 0,3$, при $p < 0,05$), расстройства выражения лица ($1,2 \pm 0,3$, при $p < 0,01$), расстройства пронации, супинации ($1,1 \pm 0,2$, при $p < 0,05$). В контрольной группе выраженность этих расстройств составляла $0,7 \pm 0,1$; $0,5 \pm 0,2$; $0,8 \pm 0,1$; $0,6 \pm 0,3$; $0,6 \pm 0,3$; $0,5 \pm 0,2$; $0,6 \pm 0,1$; $0,7 \pm 0,2$; $0,7 \pm 0,2$; $0,5 \pm 0,3$; $0,6 \pm 0,2$ баллов, соответственно.

Из двигательных осложнений в группе больных паркинсонизмом с депрессивным расстройством F 06.36 были выявлены в умеренной степени выраженности влияние дискинезий на функциональную активность ($1,4 \pm 0,3$, при $p < 0,01$), влияние флюктуаций на функциональную активность ($1,3 \pm 0,2$, при $p < 0,05$), продолжительность дискинезий ($1,2 \pm 0,1$, при $p < 0,05$), двигательные флюктуации ($1,1 \pm 0,2$, при $p < 0,01$). В контрольной группе выраженность этих осложнений была незначительной и составляла $0,5 \pm 0,2$; $0,8 \pm 0,1$; $0,7 \pm 0,1$; $0,4 \pm 0,1$ баллов, соответственно.

Корреляционный анализ между клиническими показателями болезни Паркинсона и органическим непсихотическим депрессивным расстройством F 06.36 позволил зафиксировать наличие позитивных корреляций между депрессией F 06.36 и акинетико-ригидно-дрожательной формой болезни Паркинсона ($r = 0,72$); медленным типом прогрессирования болезни Паркинсона ($r = 0,78$); и 3 стадией болезни Паркинсона ($r = 0,67$).

Анализ дневной двигательной активности продемонстрировал значительное преобладание у больных паркинсонизмом с депрессивным расстройством F 06.36 60 %-ной дневной двигательной активности (в 55,1 % случаев, при $p < 0,01$), по сравнению с контрольной

группой, где данный уровень дневной двигательной активности отмечался в 13,2 % случаев. То есть, дневная двигательная активность пациентов с депрессивным расстройством F 06.36 характеризовалась более высокой степенью зависимости, по сравнению с больными контрольной группы. Больные паркинсонизмом с депрессивным расстройством F 06.36 могли выполнять только часть домашней работы, но очень медленно, с большими усилиями и ошибками.

Таким образом, проведенное исследование позволяет заключить, что органические депрессии (F06.36) у больных болезнью Паркинсона характеризуются преимущественно астено-анергическим синдромом с ведущими астеническими расстройствами и ухудшением коммуникативных функций в поведении; умеренной степенью тяжести депрессии с преобладанием усталости и расстройств воли; наличием эмоциональных расстройств в виде постоянного ощущения усталости, чувства вины, эмоциональной лабильности, слабодушия, тоски, напряженности, безразличия и апатии; двигательных нарушений в виде рудиментарных двигательных расстройств; когнитивных нарушений в виде пессимистических мыслей, быстрой истощаемости психической деятельности, снижения уровня концентрации внимания, ригидности мышления, нарушений абстрактного мышления и нарушений памяти; вегетативных расстройств в виде снижения массы тела, сексуальных нарушений, нарушений аппетита и сна.

Среди особенностей болезни Паркинсона у больных с органическим непсихотическим расстройством были выделены длительность заболевания болезнью Паркинсона $15,5 \pm 2,0$ лет, акинетико-ригидно-дрожательная форма болезни Паркинсона, медленный тип прогрессирования, 3 стадия болезни Паркинсона, 60 %-ная дневная двигательная активность больных, умеренная выраженность клинических проявлений болезни Паркинсона и двигательных осложнений, умеренный когнитивный дефицит.

Полученные в ходе исследования данные позволяют заключить, что наличие органического депрессивного расстройства способствует формированию когнитивного дефицита и снижению двигательной активности у больных болезнью Паркинсона.

Результаты исследования следует рассматривать в качестве дополнительных диагностических критериев данной формы депрессивной патологии у больных паркинсонизмом.

Список литературы

1. Болезнь Паркинсона диагностические критерии и стратегия лечения / [Ю. И. Головченко, И. Н. Карабань, Т. Н. Калищук-Слободин с соавт.] — Киев: БВИ-Принт, 2008. — 68 с.
2. Голубев, В. Л. Лечение болезни Паркинсона: решенные и нерешенные вопросы / В. Л. Голубев // Избранные лекции по неврологии. Под ред. В. Л. Голубева. — М.: Изд-во «Эйдос Медиа», 2006. — С. 395—420.
3. Влияние немоторных нарушений на качество жизни больных болезнью Паркинсона / Т. Н. Калищук-Слободин, Ю. И. Головченко, С. И. Шкробот с соавт. // Український вісник психоневрології. — 2007. — Т. 15, вип. 1(50), (додаток). — С. 58—59.
4. Карабань, Н. В. Болезнь Паркинсона и депрессия / Н. В. Карабань, А. В. Гудзенко // Український вісник психоневрології. — 2006. — Т. 14, вип. 3(48). — С. 19—22.
5. Левин, О. С. Болезнь Паркинсона / О. С. Левин, Н. В. Федорова. — М.: Медицина, 2006. — 256 с.
6. Мирецкая, А. В. Депрессивные расстройства у больных болезнью Паркинсона / А. В. Мирецкая, Н. В. Федорова, В. В. Макаров. В кн.: Болезнь Паркинсона и расстройства движений : руководство

для врачей по материалам 1 Национального конгресса. Москва, 22—23 сентября 2008 г. — С. 97—99.

7. Московко, С. П. Мир болезни Паркинсона / С. П. Московко, Г. С. Московко // *НейроNEWS*. — № 3/2. — 2008. — С. 43—49.

8. Московко, С. П. Эпидемиология паркинсонизма в украинской популяции (Подольский регион) / С. П. Московко // *Экстрапирамидные заболевания и возраст*: науч. сб. — Киев, 2004. — С. 56—58.

9. Хаас, А. Новые аспекты терапии болезни Паркинсона / А. Хаас // *Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова*. — 2001. — № 5. — С. 54—55.

10. Efficacy of double-blind, placebo-controlled pramipexole against depression in Parkinson's disease / P. Barone, W. Poewe,

E. Tolosa, et. al. // *Abstracts of the Movement Disorders Society Thirteenth International Congress of Parkinson's disease and movement disorders*. June 7—11 2009. — Suppl.1. — P. 291.

11. Epidemiology of Parkinsons disease / [G. Alves, E. B. Forsaa, K. F. Pedersen, et. al.] // *J. of Neurology*. — 2008. — Vol. 255. — Suppl. 5. — P. 18—32.

12. Study of the prevalence of depression among patients with Parkinson / [J. A. Crippa, M. H. N. Chagas, A. Santos-Filho et al.] // *16th Congress of the European Psychiatry: abstract*. — 2008. — Vol. 23, suppl. 2. — P. 193.

Надійшла до редакції 17.01.2012 р.

Д. Ю. Сайко

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

Клініко-психопатологічна характеристика органічних депресій при хворобі Паркінсона

Обстежено 165 хворих на хворобу Паркінсона: 89 хворих з органічним непсихотичним депресивним розладом F 06.36 (основна група) і 76 хворих без психічних порушень (контрольна група). Проаналізовано феноменологічну структуру органічного депресивного розладу при хворобі Паркінсона, а також клінічні особливості самої хвороби Паркінсона, що ускладнена даною психопатологією. Виокремлено основні особливості клініки органічного депресивного розладу при хворобі Паркінсона. Встановлено позитивні кореляції між органічною депресією та акінетико-ригідно-тремтільною формою, повільним типом прогресування та 3 стадією хвороби Паркінсона. Встановлено, що у хворих на хворобу Паркінсона з органічною депресією відзначається наявність помірного когнітивного дефіциту та помірних рухових ускладнень.

Ключові слова: хвороба Паркінсона, органічний депресивний розлад, клініко-психопатологічні особливості.

D. Yu. Sayko

State institution "Institute of Neurology, Psychiatry and Narcology of the NAMS of Ukraine" (Kharkiv)

Clinical-psychopathological characteristics of organic depressions in Parkinson's disease

One hundred sixty five patients with Parkinson's disease (PD) were examined including 89 patients with organic non-psychotic depressive disorder F 06.36 (the main group) and 76 patients without mental impairments (the control group). A phenomenological structure of organic depressive disorder in PD as well as clinical peculiarities of PD itself complicated by this psychopathology have been analyzed. The main clinical peculiarities of organic depressive disorder on the PD background were determined. The positive correlations between organic depression and PD akinetic-rigid-tremor form, slow type of PD progression, and III PD stages were found out. It was defined that in PD patients with organic depression there were a moderate cognitive deficit and moderate motor complications.

Key words: Parkinson's disease, organic depressive disorder, clinical-psychopathological peculiarities.

УДК 616.89-008.441.13:615.015.6+613.84/575

О. С. Самойлова, канд. мед. наук, провід. наук. співробітн. відділу профілактики та лікування наркоманій

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

МЕТОДОЛОГІЯ БАГАТОФАКТОРНОГО ЛОНГІТУДІНАЛЬНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ СТАНІВ ЗАЛЕЖНОСТІ РІЗНОГО ПОХОДЖЕННЯ

Відпрацьована технологія збирання і комплексного оброблення багатовимірної генеалогічної інформації з метою подальшого вивчення механізмів успадкування схильності до станів залежності різного походження (тютюнопаління, алкоголізму, наркоманій, ігроманій тощо) та механізмів їхньої реалізації під впливом зовнішнього середовища. Період дослідження склав 2 роки. На основі комплексного обстеження в динаміці осіб із синдромом залежності різного походження сформована когорта, що складається із 453 пробандів. Проведене дослідження є початковим етапом тривалого (багаторічного) проекту з вивчення механізмів формування станів залежності різного походження.

Ключові слова: психоактивні речовини (ПАР), стани залежності, когорта, спадкова схильність, багатофакторне дослідження

Впродовж останніх років в Україні склалась досить тяжка ситуація, пов'язана із поширенням залежності від тютюну, алкоголю, наркотиків та азартних ігор. Незважаючи на відносно високу смертність серед залежних осіб, їхня питома вага серед усього населення

продовжує збільшуватися [1, 2]. Внаслідок цього все більше дітей народжуються і виховуються в родинях, уражених залежністю [3]. Між тим надійних даних щодо механізмів успадкування схильності до станів залежності різного походження та механізмів її реалізації під впливом зовнішнього середовища дуже мало [4]. Такі дані можуть бути одержані лише шляхом лонгitudінальних (багаторічних) когортних досліджень в родинях, уражених залежністю [11]. Через очевидні технічні труднощі такі дослідження серед залежних осіб практично не ведуться ані в Україні, ані в інших країнах світу. Саме тому започаткування такого дослідження вкрай необхідне для одержання дійсно фундаментального знання про спадкові основи і основні рушійні сили у формуванні і розвитку адиктивної поведінки [11].

Таким чином, метою проведеного дослідження стало відпрацьовування технології збирання і комплексного оброблення багатовимірної інформації для подальшого вивчення механізмів успадкування схильності до станів залежності різного походження (тютюнопаління, алкоголізму, наркоманій, ігроманій тощо) та механізмів