

УДК 616.8954-055.2-036.22-053.71

А. М. Бачериков, д-р мед. наук, керівник відділу невідкладної психіатрії та наркології, **Матузок Е. Г.**, канд. мед. наук, ст. наук. співробітн., **К. В. Харіна**, канд. мед. наук, ст. наук. співробітн., **Р. В. Лакінський**, аспірант, **Н. А. Малихіна**, мол. наук. співробітн.
ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України» (м. Харків)

АНАМНЕЗ ЖИТТЯ ТА ХВОРОБИ У МАТЕРІВ З РЕКУРЕНТНИМ ДЕПРЕСИВНИМ РОЗЛАДОМ, ЯКІ МАЮТЬ НЕПОВНОЛІТНІХ ДІТЕЙ

Обстежено 75 жінок з рекурентним депресивним розладом і їх 85 дітей у віці від 12 до 18 років (основна група). Контрольну групу склали 60 здорових жінок і їх 75 неповнолітніх дітей. Проведене дослідження показало що в анамнезі життя жінок з рекурентним депресивним розладом була виявлена значна спадкова обтяженість депресивним розладом по лінії матері. У порівнянні з анамнезом життя практично здорових жінок спостерігалася висока частота зловживання алкоголем у батьків хворої, а також порушення взаємин між пацієнткою і членами сім'ї. Народження ще однієї дитини у жінок з рекурентним депресивним розладом було провокуючим чинником загострення депресивної симптоматики. Діти жінок з депресивними розладами частіше страждали на хронічні хвороби нервової та ендокринної системи у порівнянні з дітьми здорових жінок.

Ключові слова: депресивні матері та їх неповнолітні діти, психічні розлади, психічна інвалідність, фактори ризику депресії, соціальна адаптація, суїцидальна поведінка.

Згідно з даними Всесвітньої Організації Охорони Здоров'я, розповсюдженість психічних розладів у світі зберігається на дуже високому рівні. Швидкими темпами зростає вартість надання населенню медичної допомоги. Тому одним із найбільш перспективних напрямків розвитку науки у галузі медицини вважається виділення та дослідження в популяції груп підвищеного ризику щодо того чи іншого виду патології, робота з якими дала би змогу сконцентрувати наявні ресурси та досягти реального покращання здоров'я населення у найкоротший термін [1, 2].

Депресія — один з найбільш поширених психічних розладів людства. На цю недугу страждає приблизно 10 % мешканців планети [3]. Значну частку таких хворих складають жінки, що мають неповнолітніх дітей. Проблема дітей, матері яких страждають на депресію, ретельно вивчається у всьому цивілізованому світі. Загально визнано, що такі діти частіше відстають у розвитку, гірше встигають у навчанні, мають більшу кількість проблем із здоров'ям у порівнянні із дітьми здорових жінок. За різними оцінками від 8 % до 92 % таких дітей страждає на афективні розлади. Встановлено, що сини та дочки депресивних матерів впродовж усього свого життя частіше за дітей здорових жінок страждають на різного роду поведінкові розлади, включаючи анти-соціальну поведінку [4, 5].

У проблемі взаємодії депресивних матерів та їх дітей в Україні існує чимало недостатньо вивчених аспектів. Тому дослідження життєвого шляху депресивних хворих, взаємовідносин депресивних матерів та їх дітей, а також впливу депресії матері на розвиток її нащадка набуває все більшої значущості та актуальності.

Впродовж 2008—2010 років нами був вивчений анамнез 75 жінок, що мешкали у Харкові (Україна) та не менше 5 років хворіли на рекурентний депресивний розлад, а також 90 їх дітей, з яких 85 у віці 12—18 років.

Усі ці пацієнтки увійшли до складу першої групи. Контрольну — другу групу склали 60 практично здорових жінок та 79 їх дітей, з яких 75 у віці 12—18 років. Середній вік хворих з основної групи склав 41,87 років, середній вік практично здорових жінок — 40,20 років. Базою проведення роботи була Харківська обласна клінічна психіатрична лікарня № 3 (ХОКПБ № 3).

У ході збирання анамнезу життя жінки першої групи (16 осіб — 21,33 %) зазначили, що їх батько зловживав спиртними напоями, нечасто з'являвся у родині. Десять жінок з першої групи (13,33 %) виховувалися у неповній родині без батька. Матері пацієнток першої групи за звичай тяжко заробляли на життя низькокваліфікованою працею і цілком залежали від статків чоловіка/співмешканця. Нерідко (перша група 19 випадків — 25,33 %) батьківська родина багато разів змінювала помешкання.

Поширеним явищем у дитинстві було насилля у родині (перша група 51 особа — 68,0 %). Батьки часто сварилися один з одним, били дітей. Багатьом з наших співбесідниць довелося бути нянею для молодших братів чи сестер. Опитані часто пригадували, що у дитинстві вони страждали на поганий апетит та розлади травлення (перша група 43 особи — 57,33 %). У другій групі про домашнє насильство не повідомлялося; проблеми з апетитом у дитинстві мали 6 жінок з другої групи (10,0 %). Приблизно половина хворих першої групи (37 осіб — 49,33 %) у дитинстві відвідувала дитячий заклад. Спогади про дитячий заклад у пацієнток були здебільшого негативні і стосувалися, перш за все, жорсткого контролю педагогів за дитиною. Розповіді про школу також мали песимістичне забарвлення. Майже три чверті жінок першої групи (56 осіб — 74,67 %) із трудом засвоювали шкільний курс, головним чином через проблеми у міжособистісних стосунках з іншими школярами та вчителями. Жінки з другої групи вчилися значно краще. Приблизно половина опитаних з першої групи (40 осіб — 53,33 %) розповідали, що у шкільні роки активно займалися спортом. Цікаво, що майже ніхто не займався командними видами спорту, найбільш поширеним різновидом активності була легка атлетика. Заняття спортом, як правило, тривали до початку менструацій у 13 — 14 років. Почали сексуальні стосунки у 13—14 років 11 жінок першої групи (14,67 %).

Більше половини хворих першої групи (49 осіб — 65,33 %) після восьмого класу набули робітничу спеціальність в ПТУ. Майже для всіх опитаних робота була виключно засобом задля здобутку заробітної платні. Жінки завжди намагалися уникнути від відповідальності за будь що і таким чином закривали собі перспективи до зростання. Положення пацієнтки у своїй родині, як правило, було те ж саме що і у її матері у батьківській сім'ї. Багато хто з чоловіків регулярно вживав алкоголь та зраджував жінці. Деякі дані про чоловіків та співмешканців жінок основної та контрольної групи наведені нижче (див. табл. 1—3).

© Бачериков А. М., Матузок Е. Г., Харіна К. В., Лакінський Р. В., Малихіна Н. А., 2011

Кількість браків або співжиттів з партнером більше 6 місяців у жінок першої та другої груп наведені у таблиці 1.

Таблиця 1

Кількість браків або співжиттів з партнером більше 6 місяців у жінок першої та другої груп

Кількість браків або співжиттів	Матері з рекурентним депресивним розладом (1 група) n = 75		Практично здорові матері (2 група) n = 60	
	абс.	%	абс.	%
1	46	61,33	43	71,67
2	17	22,67	15	25,00
3 чи більше	12	16	2	3,33

Значна частина депресивних жінок з першої групи у порівнянні із контролем з другої групи (29 осіб — 38,67 % проти 17 осіб — 28,33 %) частіше демонструвала тенденцію до зміни партнера. Проте, у переважній більшості хворих з першої групи (46 осіб — 61,33 %) брак був стабільним.

Дані щодо сімейного стану на момент дослідження у жінок першої та другої груп наведені у таблиці 2. На момент проведення дослідження переважна більшість обстежених хворих з першої групи (52 особи — 69,34 %) перебувала у шлюбі. Майже вчетверо менше хворих у порівнянні із контролем (4 % проти 18,33 %) жили у цивільному шлюбі. Мешкали разом із партнером на момент дослідження 73,34 % представниць першої групи та 80 % жінок з другої групи.

Таблиця 2

Сімейний стан на момент дослідження у жінок першої та другої груп

Сімейний стан на момент дослідження	Матері з рекурентним депресивним розладом (1 група) n = 75		Практично здорові матері (2 група) n = 60	
	абс.	%	абс.	%
заміжня	52	69,34	37	61,67
цивільний брак	3	4,00	11	18,33
розлучена	19	25,33	6	10,00
вдова	1	1,33	4	6,67
мешкає без чоловіка	—	—	2	3,33

Кількість депресивних хворих першої групи, що перебували у розлученні, була помітно вищою у порівнянні із практично здоровими жінками другої групи (19 осіб — 25,33 % проти 6 осіб — 10 %). Дані щодо віку чоловіків/співмешканців жінок основної та контрольної груп на момент дослідження наведені у таблиці 3.

Стосунки пацієнок із своїми дітьми часто із самого початку були складними. Діти, як правило сильно драгували матір. Найбільш часто наші хворі скаржилися, що їх діти мало допомагають у хатній роботі та не хочуть вчитися. Матері примушували їх до навчання, бо, на їх думку, це був єдиний шлях задля запобігання злидарству. Багато жінок фізично наказували своїх дітей у молодших класах. Більшість дітей у віці 12—14 років мали проблеми у навчанні, у стосунках з однолітками та вчителями.

Не рідше одного разу на тиждень жилава етанол майже третина першої групи (23 особи — 30,67 %). Хворі часто казали, що алкоголь допомагає їм на якийсь час забувати про сумну реальність, ховатися від депресії.

Але при більш ретельному обговоренні проблеми, як правило, з'ясовувалося, що спиртне призводить до виникнення цілої низки різноманітних труднощів як у родинному житті, так і на роботі.

Таблиця 3

Дані анамнезу щодо віку чоловіків/співмешканців жінок першої та другої груп на момент дослідження

Вік чоловіка або співмешканця, років	Чоловіки жінок першої групи (n = 55)		Чоловіки жінок другої групи (n = 48)	
	абс.	%	абс.	%
30—39	27	49,09	23	47,92
40—49	24	43,64	20	41,67
50—59	4	7,27	5	10,41

Усі жінки першої групи при первинному збиранні анамнезу стверджували, що на депресію вони страждають не більше 3—5 років. Однак, більш ретельне розпитування дозволяло виявити той факт, що депресивна симптоматика з'являлась набагато раніше. Як зазначалося раніше, продовж тривалого часу жінки намагалися боротися із депресією самотужки, або за допомогою народних цілителів та чаклунів. Потім наставала черга терапевтів та невропатологів. Звертання до психіатра відкладалося наскільки це було можливо через стигматизацію до госпіталізації до психіатричного стаціонару закритого типу. Звертання до психіатра зумовлювалося переважно низькою ефективністю попереднього лікування. У більшості обстежених з першої групи (58 жінок — 77,33 %) від маніфестації депресії до початку її більш-менш адекватного лікування проходило від 3 до 8 років.

Дані анамнезу життя, що були отримані при обстеженні хворих першої групи та осіб із другої групи, наведені у таблиці 4.

Таблиця 4

Дані анамнезу жінок із рекурентним депресивним розладом та практично здорових жінок

Показник	Жінки з рекурентним депресивним розладом (1 група) (n = 75)		Практично здорові жінки (2 група) (n = 60)	
	абс.	%	абс.	%
Вік жінки:				
30—39 років	27	36,00	29	48,33
40—49 років	48	64,00	31	51,67
50—59 років	—	—	—	—
Наявність психічних захворювань у батьків:				
у матері	25	33,33	—	—
у батька	16	21,33	2	3,33
Наявність суїцидальних спроб у батьків:				
у матері	12	16,0	—	—
у батька	8	13,33	2	2,66
Наявність сибсів	67	89,33	49	81,67
Наявність суїцидальних спроб у сибсів	9	12,00	1	1,33
Освіта:				
— середня	53	70,67	28	46,67
— незавершена вища	2	2,66	8	13,33
— вища	20	26,67	24	40,00

Примітка. Сума відсотків у стовпчику не завжди дорівнює 100, оскільки деякі з жінок не мали у наявності того признаку, який показаний у цій таблиці

За віком хворі першої групи були дещо старшими за жінок другої контрольної групи. Спадкова обтяженість депресивним розладом у матері виявлена у 25 хворих (33,3 %). У жінок із депресією майже у 8 разів частіше спостерігалися психічні захворювання у батька, ніж у другій групі. Слід зазначити, що за кількістю суїцидальних спроб у родичів хворих на рекурентний депресивний розлад значно перевищив такий показник у контрольній групі. За наявності сибсів обидві групи відрізнялися несуттєво. За рівнем освіти депресивні жінки поступалися контролю, так, вищу та незакінчену вищу освіту здобули 29,33 % представниць першої групи та 53,33 % представниць другої групи.

За даними анамнезу практично усі жінки першої групи мали ті чи інші хронічні соматичні захворювання (табл. 5).

Таблиця 5

Хронічні захворювання у жінок першої та другої групи

Хронічна хвороба фізіологічних систем, що була перенесена впродовж життя	Жінки з рекурентним депресивним розладом (1 група) n = 75		Практично здорові жінки (2 група) n = 60	
	абс.	%	абс.	%
нервова система	11	14,67	10	16,67
травна система	44	58,67	24	40,00
дихальна система	46	61,33	25	41,67
серцево-судинна система	8	10,67	4	6,67
сечостатева система	32	42,67	11	18,33
ендокринна система	23	30,67	11	18,33

Примітка. Сума відсотків у стовпчику не дорівнює 100, оскільки деякі жінки не мали хронічних захворювань, у той час як інші мали дві чи три хвороби

Пацієнти першої групи перевищували психічно здорових жінок з другої групи за розповсюдженістю хвороб системи травлення (58,67 % проти 40 %), дихальної (61,33 % проти 41,67 %), сечостатевої (42,67 % проти 18,33 %), ендокринної системи (30,67 % проти 18,33 %). На одну особу з першої групи припадало у середньому 2,19 хронічних захворювань, у той час як у контролі (друга група) їх було 1,52 на одну людину. Хворобливість на соматичні недуги у депресивних жінок була майже у 1,44 рази вищою за хворобливість практично здорових.

Майже чверть осіб з другої групи (14 жінок — 23,33 %) розповідала про наявність у них в минулому депресивних станів. Звичайно, ми не могли більш-менш достовірно оцінити ці стани, можемо лише зазначити, що тільки дві жінки другої групи (3,33 %) зверталися з цього приводу по допомогу до психіатра. Обидві стверджували, що консультації були пов'язані із реакціями на тяжкий стрес, в одному випадку це була трагічна загибель рідних, в іншому — неочікуване звільнення з роботи. У депресивних жінок з першої групи по одній дитині мали 62 особи (82,67 %), по дві — 11 (14,67 %), по три — 2 (2,66 %), тобто на одну жінку приходилося 1,2 дитини. У контрольній групі по одній дитині мали 44 жінки (73,33 %), по дві — у 13 (21,67 %), по три — 3 (5 %). У 60 жінок з другої групи було 79 дітей, таким чином на одну жінку приходилося 1,32 дитини.

У таблиці 6 наведені дані про захворюваність на соматичні хронічні розлади дітей, народжених від матерів першої та другої групи.

Таблиця 6

Дані про захворюваність на соматичні хронічні розлади дітей

Система організму дитини, що була уражена хронічною хворобою	Діти матерів з рекурентним депресивним розладом першої групи (n = 90)		Діти практично здорових матерів другої групи (n = 79)	
	абс.	%	абс.	%
нервова	25	27,78	8	10,13
травна	20	22,22	18	22,78
дихальна	43	47,78	30	37,97
серцево-судинна	7	7,78	3	3,80
сечостатева	7	7,78	8	10,13
ендокринна	15	16,67	4	5,06

Примітка. Сума відсотків у стовпчику не дорівнює 100, оскільки деякі діти не мали хронічних захворювань, у той час як інші мали дві чи три хвороби

У жінок, хворих на депресію, з першої групи не мали хронічних захворювань 10 дітей (11,11 %), у другій — 17 (21,51 %). Діти депресивних матерів помітно перевищували дітей практично здорових жінок за розповсюдженістю серед них хвороб нервової та ендокринної системи.

Таким чином, результати проведеного аналізу дозволяють сформулювати такі висновки.

1. В анамнезі життя жінок з рекурентним депресивним розладом була виявлена значна спадкова обтяженість депресивним розладом по лінії матері.
2. У порівнянні з анамнезом життя практично здорових жінок спостерігалися також висока частота зловживання алкоголем у батьків хворої, а також порушення стосунків між самою пацієнткою та членами її родини.
3. Народження ще однієї дитини у жінки з рекурентним депресивним розладом є провокуючим фактором загострення депресивної симптоматики.
4. Діти жінок з депресивними розладами частіше страждали на хронічні хвороби нервової та ендокринної системи у порівнянні із нащадками практично здорових жінок.

Список літератури

1. Европейская декларация по охране психического здоровья. Проблемы и пути их решения, Хельсинки, Финляндия, 12—15 января 2005 года [Текст]. — ВОЗ, 2005. — 9 с.
2. Охрана психического здоровья: проблемы и пути их решения. Отчет о Европейской конференции ВОЗ на уровне министров по охране психического здоровья [Текст]. — ВОЗ, 2006. — 166 с.
3. Лазаренко, А. Традиционные и новые сферы применения нейротропных витаминов [Text] / А. Лазаренко // Здоров'я України. Неврологія. Психіатрія. Психотерапія. — № 4 (15) — С. 37.
4. Cathedral, S. Handbook of stress, trauma and the family [Text] / S. Cathedral (editor). — New York, 2004. — P. 467.
5. Lerner, R Contextual influences on adolescent development [Text] / R. Lerner, L. Steinberg (editors) // Handbook of adolescent psychology. — New York: Wiley, 2009. — Vol. 2. — P. 359.

Надійшла до редакції 30.03.2011 р.

*А. Н. Бачериков, Э. Г. Матузок, Е. В. Харина,
Р. В. Лакинський, Н. А. Малыхина*

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

**Анамнез жизни и болезни у матерей с рекуррентным
депрессивным расстройством, имеющих
несовершеннолетних детей**

Обследовано 75 женщин с рекуррентным депрессивным расстройством и их 85 детей в возрасте от 12 до 18 лет (основная группа). Контрольную группу составили 60 здоровых женщин и их 75 несовершеннолетних детей. Проведенное исследование показало что в анамнезе жизни женщин с рекуррентным депрессивным расстройством была выявлена значительная наследственная отягощённость депрессивным расстройством по линии матери. В сравнении с анамнезом жизни практически здоровых женщин наблюдалась высокая частота злоупотреблением алкоголем у родителей больной, а также нарушением взаимоотношений между пациенткой и членами семьи. Рождение ещё одного ребёнка у женщин с рекуррентным депрессивным расстройством являлось провоцирующим фактором обострения депрессивной симптоматики. Дети женщин с депрессивными расстройствами чаще страдали хроническими болезнями нервной и эндокринной системы в сравнении с детьми здоровых женщин.

Ключевые слова: депрессивные матери и их несовершеннолетние дети, психические расстройства, психическая инвалидность, факторы риска депрессии, социальная адаптация, суицидальное поведение.

*Bacherikov A. M, Matuzok E. G., Kharina K. V.,
Lakinskiy R. V., Malihina N. A.*

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

**Anamnesis of life and illness at mother
with the recurrent depressive disorder,
having minor children**

Was observed 75 women with the recurrent depressive disorder and their 85 children in age from 12 to 18 years (main group). A control group consist from 60 healthy women and their 75 adolescent children. The investigation was shown that in anamnesis of life of women with the recurrent depressive disorder the considerable inherited burdened was exposed of the depressive disorder by the line of mother. With comparie by anamnesis of life of healthy women there was found the abuse of alcohol in the parents of patients, and also by violation of mutual relations between a patient and family members. In women with the recurrent depressive disorder the birth of another child the provoke of acuteness of depressive symptoms. The children of women with the depressive disorders more frequently suffered from chronic illnesses of the nervous and endocrine systems with comparie to children healthy women.

Key words: depressed mothers and their children under age, mental disorder, mental disability, risk factors for depression, social adjustment, suicidal behavior.

УДК 616.89-008.441.33-036.12(470)

В. А. Вербенко, Е. В. Філіппова

*Кримський державний медичний університет ім. С. І. Георгієвського
(м. Сімферополь)*

**СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО ТЕРАПІЇ КОГНІТИВНИХ ПОРУШЕНЬ
У ВІЛ-ПОЗИТИВНИХ ПАЦІЄНТІВ З ОПІОЇДНОЮ ЗАЛЕЖНІСТЮ**

Вивчено ефективність високоактивної антиретровірусної терапії (ВААРТ), замісної підтримуючої терапії бупренорфінами та психологічної реабілітації у ВІЛ-позитивних пацієнтів з опіоїдною залежністю. Виявлено, що ВААРТ в поєднанні з патогенетичної терапії та психологічної реабілітацією сприяє збереженню когнітивних функцій у ВІЛ-позитивних пацієнтів з опіоїдною залежністю.

Ключові слова: наркоманія опійна, ВІЛ-інфекція, нейропсихологічне дослідження, антиретровірусна терапія, психологічна реабілітація.

Інтенсивний пошук і розроблення ефективних програм терапії ВІЛ-позитивних пацієнтів відображають соціальний інтерес до даної проблеми. Однак, виходячи з даних літературних джерел, до теперішнього часу не розроблені підходи до лікування когнітивних порушень у ВІЛ-позитивних пацієнтів. Традиційна терапія психічних порушень, викликаних інфекційним ураженням ЦНС, включає в себе етіотропний, патогенетичний і симптоматичний компоненти. На тлі клінічно успішної ВААРТ (високоактивна антиретровірусна терапія), у ВІЛ-позитивних пацієнтів зберігаються нейрокогнітивні порушення в 68 % випадків, а 21 % пацієнтів ВІЛ спостерігається прогресування деменції на тлі авіремії. Враховуючи велику кількість соціально-психологічних проблем, пов'язаних як з наркозалежністю, так і з ВІЛ-інфекцією, важливу роль в лікувальному процесі необхідно відводити психологічної реабілітації та соціальному супроводу хворих.

Цілями етіотропної терапії ВІЛ-інфекції — ВААРТ є: *клінічні:* продовження життя і покращання його якості;

імунологічні: кількісне та якісне відновлення імунітету для попередження опортуністичних інфекцій;

вірусологічні: максимально можливе зниження вірусного навантаження (ВН) на максимально довгий термін з метою сповільнення прогресування хвороби та попередження (відстрочення) розвитку лікарської стійкості;

епідеміологічні: зниження частоти, в ідеалі, попередження подальшої передачі ВІЛ [1].

Згідно з Клінічним протоколом антиретровірусної терапії ВІЛ-інфекції у дорослих та підлітків, показаннями для призначення ВААРТ є: будь-які СНІД-індикаторні захворювання в анамнезі; рівень CD4 нижче 350 клітин в 1 мл. Незалежно від рівня CD4 антиретровірусна терапія показана вагітним, а також особам з ВІЛ-асоційованої нефропатією і коінфекцією ВІЛ/вірусний гепатит В. При наявності психоневрологічних порушень рекомендовано включення в схему терапії ламівудину, як препарату, що добре проникає через гематоенцефалічний бар'єр [2].

Ефективність проведеної ВААРТ оцінюється за вірусологічним (ВН), імунологічним (кількість CD4-лімфоцитів) і клінічним критеріями. Про успіш терапії говорить зниження ВН до < 400 копій/мл до 24-го тижня або до < 50 копій/мл до 48-го тижня лікування; збільшення кількості CD4 лімфоцитів приблизно на 150 клітин/мкл в перший рік терапії [3, 4]; зникнення або зменшення клінічних проявів хвороби [2].

© Вербенко В. А., Філіппова Е. В., 2011