

*Н. О. Марута, С. П. Колядко, Л. О. Атраментова, О. М. Утевська,
В. Ю. Федченко, І. О. Явдак, М. М. Денисенко*

**СТРУКТУРА ФАКТОРІВ СПАДКОВІСТІ ТА ЇХ ЗВ'ЯЗОК
З КЛІНІКО-ПСИХОПАТОЛОГІЧНИМИ ПРОЯВАМИ У ХВОРИХ НА РЕКУРЕНТНУ ДЕПРЕСІЮ**

*Н. А. Марута, С. П. Колядко, Л. А. Атраментова, А. Н. Утевская,
В. Ю. Федченко, И. А. Явдак, М. М. Денисенко*

**Структура факторов наследственности и их связь
с клинико-психопатологическими проявлениями у больных рекуррентной депрессией**

*N. O. Maruta, S. P. Kolyadko, L. O. Atramentova, O. M. Utevska,
V. Yu. Fedchenko, I. O. Yavdak, M. M. Denysenko*

**The structure of heredity factors and their relationship
with clinical and psychopathological manifestations of patients with recurrent depression**

У статті подано дані про особливості структури факторів спадковості та їх вплив на клініко-психопатологічну картину рекуррентних депресій. Проведено обстеження 87 хворих на рекуррентну депресію. На ґрунті результатів соціодемографічного, клініко-генеалогічного, клініко-психопатологічного, психометричного досліджень встановлений високий рівень сімейної обтяженості щодо депресії за всіма ступенями та рівнями спорідненості в родоводі хворих на рекуррентні депресивні розлади. Показано, що в родоводі пробандів відзначається висока частка випадків спостереження у психіатра хворих, переважно I ступеня споріднення. Серед успадкованого обтяження за соматичною патологією в родоводі хворих на рекуррентні депресивні розлади переважають гіпертонічна хвороба, хвороби серця й ендокринна патологія. Під час аналізу отриманих даних визначено, що наявність певних факторів, як-от спостереження у психіатра за I та II ступенем споріднення, депресивні розлади переважно за II ступенем споріднення, суїцидальна поведінка за I та II ступенем споріднення та переважання в клінічній картині рекуррентного розладу іпохондричного і апатичного синдромів, впливають на перебіг та клінічну картину рекуррентних депресій. Отримані дані треба брати до уваги як діагностичні та профілактичні заходи під час надання допомоги цієї категорії хворих.

Ключові слова: рекуррентні депресивні розлади, спадкові фактори, середовищні фактори

В статье представлены данные об особенностях структуры факторов наследственности и их влияния на клинико-психопатологическую картину рекуррентных депрессий. Проведено обследование 87 больных с рекуррентной депрессией. На основе результатов социодемографического, клинико-генеалогического, клинико-психопатологического, психометрического исследований установлен высокий уровень семейной отягощенности по депрессии по всем степеням и уровням родства в родословной больных рекуррентными депрессивными расстройствами. Показано, что в родословной пробандов отмечается высокая доля случаев наблюдения у психиатра больных, преимущественно I степени родства. Среди унаследованного обременения соматической патологией в родословной больных рекуррентными депрессивными расстройствами преобладают гипертоническая болезнь, болезни сердца и эндокринная патология. При анализе полученных данных определено, что наличие таких факторов, как наблюдение у психиатра по I и II степени родства, депрессивные расстройства преимущественно по II степени родства, суицидальное поведение по I и II степени родства и преобладание в клинической картине рекуррентного расстройства ипохондрического и апатического синдромов влияют на течение и клиническую картину рекуррентных депрессий. Полученные данные важно учитывать в качестве диагностических и профилактических мер при оказании помощи данной категории больных.

Ключевые слова: рекуррентные депрессивные расстройства, наследственные факторы, средовые факторы

The article presents the features of the structure of heredity factors and their influence on the clinical and psychopathological image of recurrent depression. The study involved 87 patients with recurrent depression. Based on the results of socio-demographic, clinical-genealogical, clinical-psychopathological, psychometric studies, a high level of family related depression factors were established at all stages and levels of relationship in the genealogy of patients with recurrent depressive disorders. It is shown that in the proband genealogy, there is a high percentage of observed patients mainly of the 1st degree of relationship, by a psychiatrist. Among the inherited burden of somatic pathology in the genealogy of patients with recurrent depressive disorders, hypertension, heart disease and endocrine pathology prevail. When analyzing the information obtained, it was determined that the proportion of factors such as observation by a psychiatrist for the 1st and 2nd degrees of relationship, depressive disorders mainly for 2nd degree of relationship, suicidal behavior for the 1st and 2nd degrees of relationship and the predominance of recurrent disorder in the clinical picture of hypochondriacal and apathetic syndromes, affects the course and clinical picture of recurrent depression. The information received should be considered as diagnostic and preventive measures in the provision of care for this category of patients.

Key words: recurrent depressive disorders, hereditary factors, environmental factors

Протягом кількох останніх десятиліть проблема депресивних розладів набуває особливої гостроти для системи організації медичної допомоги в Україні. Актуальність проблеми депресій зумовлена їх великою поширеністю і тяжкістю наслідків. Згідно з даними ВООЗ, приблизно 4—5 % населення земної кулі страждає на депресію, водночас ризик захворіти на депресію протягом життя сягає 10 % у чоловіків і до 20 % у жінок. За прогнозами ВООЗ, до 2020 року депресія вийде на перше місце серед захворювань в світі, обігнавши

сьогоднішніх лідерів — інфекційні та серцево-судинні захворювання [1, 2].

Депресію вважають складним мультифакторним захворюванням, в генезі якого важлива роль відводиться генетично зумовленим порушенням нейробіологічних механізмів. Увага дослідників вже тривалий час прикута до механізмів успадкування ендегенних психічних розладів, але вивчати генетику депресії по-справжньому почали лише нещодавно. За останні роки виявлено низку нових даних щодо розвитку депресивних розладів, та багато закономірностей ще залишається поза увагою дослідників. Наприклад, не визначеними лишаються співвідношення та патогенетична роль

спадковості та середовищних впливів. Тому подальші дослідження треба спрямовувати на ідентифікацію взаємозв'язку між генетичними і зовнішніми чинниками, молекулярними механізмами й особливостями клінічних проявів у пацієнтів цієї категорії, але нині немає чіткого розуміння генетичних причин депресії. В цьому напрямку розробляється низка гіпотез, жодна з яких поки не отримала переконливих доказів [3, 4].

Також в сучасних наукових дослідженнях наголошується, що труднощі діагностики та терапії депресивних розладів зумовлені поліфакторним генезом захворювання, який охоплює, з одного боку, вплив соціально-стресових (психогенних), а з іншого — біологічних детермінант (генетичні чинники, що спричиняють дисбаланс нейромедіаторів). Вивчення цих співвідношень є дуже перспективним для поліпшення діагностики та підвищення якості лікування пацієнтів з депресивними розладами. Тому для підвищення ефективності прогнозу, діагностики та терапії депресивних розладів потрібна всебічна інформація про генетичні (спадкові) та середовищні чинники, які визначають схильність до формування депресивних розладів. Основним напрямом досліджень пропонується зіставлення результатів популяційно-генетичних та клініко-психопатологічних, патопсихологічних досліджень, які можуть бути застосовані як індикатори для призначення персоналізованої терапії пацієнтів з депресивними розладами [5—7].

З урахуванням вищенаведеного, є нагальна потреба в інтегративному підході до вивчення депресивних розладів, що поєднує роль спадковості з урахуванням середовищних факторів.

Мета дослідження — дослідити структуру факторів спадковості у хворих на рекурентну депресію та їх вплив на психопатологічну картину та перебіг цієї патології.

Методи дослідження: клініко-психопатологічний, який передбачає оцінювання психічного стану хворого (збирання скарг, анамнезу, вивчення симптомів, з їх психопатологічної інтерпретацією) з подальшою постановкою діагнозу відповідно до критеріїв МКБ-10; психометричний метод з використанням шкали Гамільтона (HDRS) для оцінювання рівня депресивної симптоматики; методи статистичної обробки отриманих даних [8, 9].

Вивчення структури факторів спадковості у хворих на рекурентну депресію та їх впливу на клініко-психопатологічну картину та перебіг цієї патології було проведено у 87 хворих на рекурентну депресію (F33.0, F33.1, F33.2). Діагноз рекурентний депресивний розлад був встановлений з урахуванням критеріїв МКХ-10.

За даними соціодемографічного дослідження, серед хворих було 71 (79,77 %) жінок та 18 (20,23 %) чоловіків. Більша частка обстежених мали середню спеціальну (35,96 %) та вищу (41,57 %) освіту.

За професійним станом більшу частку обстежених становили службовці (24,72%). Медичних працівників було 14,61 %, інженерів (технологів) — 12,36 %, вчителів — 11,24 %. Працівників фізичної праці було 10,11 %, працівників торгівлі та підприємців — по 7,87 %. Серед решти обстежених було 4,49% пенсіонерів та 6,74% — не працювали. За сімейним станом серед обстежених переважали сімейні (60,67 %). Здебільшого обстежені мали одного (44,94 %), двох (31,46 %) або трьох дітей (6,74 %). Тільки 17,98 % з обстежених дітей не мали.

Згідно з метою дослідження, у хворих на рекурентний депресивний розлад вивчали спадкову обтяженість на депресії, алкогольну залежність, аутоагресію, соматичну патологію (серцево-судинну, церебральну, ендокринну, патологію шлунково-кишкового тракту й органів дихання, онкологічну), а також визначали роль спадкової обтяженості як прогностично-несприятливої ознаки у формуванні депресивних розладів.

Для виконання цього проведено клініко-генеалогічне дослідження, оброблена медична інформація про 270 родичів, 134 з яких були родичі з боку матері, 102 — родичі з боку батька, в 34 випадках — рідні сибси (брати і сестри).

У родоводах хворих на рекурентний депресивний розлад аналізували чотири ступеня споріднення з пробандом: I ступінь споріднення — батьки, рідні сибси (брати і сестри), діти; II ступінь — прабатьки (бабусі і дідусі пробанда); III ступінь — прапрабабки (прабабусі і прадідусі), тітки і дядьки; IV ступінь — двоюрідні сибси, двоюрідні бабусі й дідусі. Під час вивчення родоводів надавали уваги не лише захворюванням, що спостерігаються у родичів пробандів, ступеню споріднення між тим чи тим родичом, а й спорідненій лінії, за якою простежувалися патології, що вивчали (лінія матері, лінія батька).

Отримані дані генеалогічного матеріалу (табл. 1) демонструють високу частоту спадкової обтяженості у хворих на депресію.

Отримані дані дали змогу встановити у хворих на рекурентний депресивний розлад вірогідно високий рівень спадкової обтяженості щодо депресій. Зокрема, в сім'ях 73,56 % обстежених хворих на рекурентний депресивний розлад депресії спостерігалися у родичів I ступеня споріднення (33,33 % — з боку матері, 21,84 % — з боку батька, 18,39 % — сибси), тобто ця патологія у родичів I ступеня споріднення спостерігалася вірогідно частіше з боку матері ($p < 0,05$).

За II ступенем споріднення депресії в родоводах обстежених виявлено у 16,09 % пробандів (5,75 % — з боку матері і 10,34 % — з боку батька), за III ступенем споріднення — у 12,64 % (4,60 % — з боку матері, 8,04 % — з боку батька), за IV ступенем споріднення — у 12,64 % (9,19 % — з боку матері, 3,45 % — з боку батька).

У процесі аналізу родоводів встановлено високу частоту випадків алкогольної залежності у родичів пробанда за I ступенем споріднення (39,08 %) з вірогідним переважанням у найближчих родичів з боку батька (19,54 %) (8,04 % — з боку матері, 11,49 % — сибси), на відміну від решти родичів: за II ступенем споріднення — у 4,60 % обстежених (3,45 % — з боку матері і 1,15 % — з боку батька); за III ступенем споріднення — у 12,64 % обстежених (6,90 % — з боку матері, 5,75 % — з боку батька); за IV ступенем споріднення — у 5,75 % обстежених (3,45 % — з боку матері, 2,30 % — з боку батька).

Випадки спостереження у психіатра в родоводах хворих на рекурентний депресивний розлад зареєстровані у 32,18 % родичів I ступеня споріднення (10,34 % — з боку матері, 5,75 % — з боку батька, 16,09 % — сибси), у 3,45 % родичів II ступеня споріднення (0% з боку матері і 3,45 % — з боку батька); у 12,64 % родичів III ступеня споріднення (5,75 % з боку матері, 6,90 % з боку батька); у 6,90 % родичів IV ступеня споріднення (4,60 % з боку матері, 2,30 % — з боку батька).

Таблиця 1. Спадкова обтяженість за ступенями і лініями спорідненості у хворих на рекурентний депресивний розлад

Оцінювані ознаки	Лінії спорідненості	Ступені споріднення			
		I	II	III	IV
		n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
депресії	усього	64 (73,56)	14 (16,09)	11 (12,64)	11 (12,64)
	з боку матері	29 (33,33)	5 (5,75)	4 (4,60)	8 (9,19)
	з боку батька	19 (21,84)	9 (10,34)	7 (8,04)	3 (3,45)
	сібси	16 (18,39)	0	0	0
спостереження у психіатра	усього	28 (32,18)	3 (3,45)	11 (12,64)	6 (6,90)
	з боку матері	9 (10,34)	0	5 (5,75)	4 (4,60)
	з боку батька	5 (5,75)	3 (3,45)	6 (6,90)	2 (2,30)
	сібси	14 (16,09)	0	0	0
аутоагресія	усього	6 (6,90)	3 (3,45)	4 (4,60)	4 (4,60)
	з боку матері	2 (2,30)	1 (1,15)	0	2 (2,30)
	з боку батька	2 (2,30)	2 (2,30)	4 (4,60)	2 (2,30)
	сібси	2 (2,30)	0	0	0
Алкогольна залежність	усього	34 (39,08)	4 (4,60)	11 (12,64)	5 (5,75)
	з боку матері	7 (8,04)	3 (3,45)	6 (6,90)	3 (3,45)
	з боку батька	17 (19,54)	1 (1,15)	5 (5,75)	2 (2,30)
	сібси	10 (11,49)	0	0	0
затримка психічного розвитку	усього	2 (2,30)	0	2 (2,30)	0
	з боку матері	0	0	1 (1,15)	0
	з боку батька	0	0	1 (1,15)	0
	сібси	2 (2,30)	0	0	0
ішемічна хвороба серця, інфаркт міокарда	усього	37 (42,53)	3 (3,45)	0	1 (1,15)
	з боку матері	16 (18,39)	2 (2,30)	0	1 (1,15)
	з боку батька	15 (17,24)	1 (1,15)	0	0
	сібси	6 (6,90)	0	0	0
гіпертонічна хвороба	усього	47 (54,02)	12 (13,79)	6 (6,90)	1 (1,15)
	з боку матері	28 (32,18)	8 (9,19)	5 (5,75)	1 (1,15)
	з боку батька	9 (10,34)	4 (4,60)	1 (1,15)	0
	сібси	10 (11,49)	0	0	0
гостре порушення мозкового кровообігу	усього	12 (13,79)	13 (14,94)	3 (3,45)	0
	з боку матері	4 (4,60)	7 (8,04)	3 (3,45)	0
	з боку батька	6 (6,90)	6 (6,90)	0	0
	сібси	2 (2,30)	0	0	0
онкологічна патологія	усього	15 (17,24)	10 (11,49)	2 (2,30)	1 (1,15)
	з боку матері	7 (8,04)	7 (8,04)	0	1 (1,15)
	з боку батька	8 (9,19)	3 (3,45)	2 (2,30)	0
	сібси	0	0	0	0
цукровий діабет	усього	8 (9,19)	3 (3,45)	0	0
	з боку матері	5 (5,75)	3 (3,45)	0	0
	з боку батька	3 (3,45)	0	0	0
	сібси	1 (1,15)	0	0	0
захворювання щитовидної залози	усього	13 (14,94)	2 (2,30)	0	0
	з боку матері	6 (6,90)	1 (1,15)	0	0
	з боку батька	2 (2,30)	1 (1,15)	0	0
	сібси	5 (5,75)	0	0	0
захворювання шлунково-кишкового тракту	усього	11 (12,64)	1 (1,15)	0	0
	з боку матері	7 (8,04)	1 (1,15)	0	0
	з боку батька	3 (3,45)	0	0	0
	сібси	1 (1,15)	0	0	0
бронхіальна астма	усього	3 (3,45)	0	0	0
	з боку матері	2 (2,30)	0	0	0
	з боку батька	0	0	0	0
	сібси	1 (1,15)	0	0	0

Згідно з поданими в таблиці 1 даними, аутоагресія у вигляді суїцидальної поведінки в родоводів обстежених спостерігалася рідше, не мала статистичної значущості і становила: за I ступенем споріднення — у 6,90 %

обстежених (2,30 % — з боку матері, 2,30 % — з боку батька, 2,30 % — сібси); за II ступенем споріднення — у 3,45 % обстежених (1,15 % — з боку матері і 2,30 % — з боку батька); за III ступенем споріднення — у 4,60 %

обстежених (0% з боку матері, 4,60 % — з боку батька); за IV ступенем споріднення — у 4,60 % обстежених (2,30 % з боку матері, 2,30 % — з боку батька).

Аналізуючи частоту випадків соматичної патології в родовах пробандів, виявили, що з усього спектра соматичних захворювань у родичів пробандів найчастіше спостерігалася спадкова обтяженість на гіпертонічну хворобу: за I ступенем споріднення — у 54,02 % обстежених (32,18 % — з боку матері, 10,34 % — з боку батька, 11,49 % — сібси); за II ступенем споріднення — у 13,79 % обстежених (9,19 % з боку матері і 4,60 % з боку батька); за III ступенем споріднення — у 6,90 % обстежених (5,75 % — з боку матері, 1,15 % — з боку батька); за IV ступенем споріднення — у 1,15 % обстежених (лише з боку матері).

Також серед випадків соматичної патології в родовах близьких родичів (I ступінь споріднення) часто спостерігалися захворювання з боку серцево-судинної системи (ішемічна хвороба серця, інфаркт міокарда) — у 42,53 % обстежених (18,39 % — з боку матері, 17,24 % — з боку батька, 6,90 % — сібси); за II, III і IV ступенями споріднення отримані дані були статистично не значущі.

Дещо рідше в родовах за I ступенем споріднення було виявлено спадкову обтяженість на ендокринну патологію (захворювання щитовидної залози і цукровий діабет): у 14,94 % і у 9,19 % відповідно (6,90 % і 5,75 % відповідно — з боку матері, 2,30 % і 3,45 % відповідно — з боку батька, 5,75 % і 1,15 % відповідно — сібси), а також на онкологічну патологію (8,04 % — з боку матері, 9,19 % — з боку батька, 0 % — сібси).

Випадки захворювань на гостре порушення мозкового кровообігу (ГПМК) і патології шлунково-кишкового тракту в родовах за I ступенем споріднення спостерігалися в 13,79 % (4,60 % — з боку матері, 6,90 % — з боку батька і 2,30 % — сібси) і відповідно, в 12,64 % спостережень (8,04 % — з боку матері, 3,45 % — з боку батька і 1,15 % — сібси).

Згідно з наведеними даними, простежується спадкова схильність до соматичних захворювань за лініями спорідненості: з боку матері переважали захворювання на гіпертонічну хворобу, ендокринна патологія і захворювання шлунково-кишкового тракту; з боку батька частіше спостерігалися випадки перенесеного ГПМК. Не виявлено суттєвих відмінностей у показниках спадкової обтяженості на хвороби серцево-судинної системи й онкологічну патологію.

Отже, проведене клініко-генеалогічне дослідження дало змогу встановити високий рівень спадкової обтяженості на депресії за всіма ступенями і рівнями спорідненості в родовах хворих на рекурентний депресивний розлад.

Також в родовах пробандів виявлено високі показники випадків спостереження у психіатра й алкогольної залежності родичів хворих переважно I ступеня споріднення.

Серед спадкової обтяженості з соматичної патології в родовах хворих на рекурентний депресивний розлад переважають гіпертонічна хвороба, хвороби серцево-судинної системи й ендокринна патологія.

В процесі дослідження був проведений ретельний аналіз анамнезу захворювання. Варто зазначити, що до основної групи обстежених були залучені хворі

на рекурентні депресивні розлади з відсутністю швидких циклів (критерій виключення біполярного розладу) в анамнезі та повною попередньою ремісією. Середній вік початку захворювання у цієї категорії хворих становив $36,00 \pm 10,97$ років, середня тривалість захворювання становила $12,73 \pm 9,04$ роки. Отримані дані щодо перебігу захворювання наведені у таблиці 2.

Таблиця 2. Динаміка перебігу рекурентних депресивних розладів в обстежених

Оцінюваний показник	Абсолютна кількість (n = 87)	% ± m %
Кількість епізодів в анамнезі, враховуючи поточний:		
— 2	19	21,84 ± 4,46
— від 3 до 5	36	41,38 ± 5,31
— понад 5	32	36,78 ± 5,20
Тривалість поточного епізоду:		
— від 2 тижнів до 6 місяців	68	78,16 ± 4,46
— 6—12 місяців	15	17,24 ± 4,07
— понад 12 місяців	4	4,60 ± 2,26
Тривалість попередньої ремісії:		
— від 6 до 12 місяців	28	32,18 ± 5,04
— 12—24 місяців	32	36,78 ± 5,20
— понад 24 місяців	27	34,01 ± 4,99

За даними таблиці 2, здебільшого в обстежених хворих в анамнезі зареєстровано від 3 до 5 депресивних епізодів, враховуючи поточні (41,38 % осіб). У 36,78 % хворих спостерігалася понад 5 депресивних епізодів протягом захворювання. У 21,84 % хворих цієї категорії відзначався 2-й поточний епізод. Тривалість поточного депресивного епізоду в обстежених хворих здебільшого становила від 2 тижнів до 6 місяців (78,16 % осіб). У 17,24 % обстежених тривалість епізоду становила від 6 до 12 місяців. Тривалість епізоду понад 12 місяців спостерігалася у 4,60 % осіб.

Тривалість попередньої ремісії у 36,78 % хворих на рекурентні депресивні розлади становила від 12 до 24 місяців, у 34,01 % хворих — понад 24 місяців і у 32,18 % хворих — від 6 до 12 місяців.

Під час оцінювання клінічної картини рекурентних депресивних розладів особливої уваги надавали вивченню усього депресивного спектра клініко-психопатологічних проявів поточного епізоду (табл. 3).

Структура клініко-психопатологічних проявів депресивного спектра у хворих на рекурентні депресивні розлади характеризувалася наявністю афективних, мотиваційно-вольових, когнітивних, психомоторних та соматичних порушень. Зокрема, аналіз отриманих даних свідчить про те, що в усіх 100,00 % обстежених хворих основним симптомом був пригнічений настрій.

Серед мотиваційно-вольових проявів найчастіше спостерігалася зменшення активності та ініціативи (90,80 %), відчуття відсутності перспективи у майбутньому (82,76 %), а в структурі когнітивних порушень — зниження концентрації уваги (87,35 %) та психічна виснаженість (81,61 %). Психомоторні порушення в групі обстежених були представлені переважно ретардацією (55,17 %), соматичні — фізичною стомлюваністю (85,06 %) та розладами сну (78,16 %).

Таблиця 3. Клініко-психопатологічні прояви депресивного спектра у хворих на рекурентні депресивні розлади

Оцінюваний показник	% ± m % (n = 87)
Афективні прояви:	
— пригнічений настрій	100,00 ± 0,00
— відчуття туги	79,31 ± 4,37
— відчуття напруження	72,41 ± 4,82
— тривога	67,82 ± 5,04
— дратівливість	29,89 ± 4,94
Мотиваційно-вольові прояви:	
— зниження зацікавленості	77,01 ± 4,54
— зменшення активності та ініціативи	90,80 ± 3,12
— зниження продуктивності діяльності	63,22 ± 5,20
— відчуття провини, самозвинувачення, зниження самооцінки	54,04 ± 5,37
— неспроможність приймати рішення	43,67 ± 5,35
— відчуття відсутності перспективи у майбутньому	82,76 ± 4,07
— суїцидальні думки	32,18 ± 5,04
Когнітивні прояви:	
— погіршення пам'яті	62,07 ± 5,23
— зниження концентрації уваги	87,35 ± 3,58
— психічна виснаженість	81,61 ± 4,18
Психомоторні прояви:	
— ретардація (сповільнення рухів тіла, зниження експресії обличчя, звуження комунікаційної сфери)	55,17 ± 5,36
— ажитація (непосидючість, метушливість, безцільна неконтрольована гіперактивність)	12,64 ± 3,58
Соматичні прояви:	
Порушення базових функцій:	
— розлади сну	78,16 ± 4,46
— порушення апетиту	70,11 ± 4,94
— втрата ваги	54,02 ± 5,37
— зниження статевого потягу	57,47 ± 5,333
Порушення вітального тону функцій:	
— фізична стомлюваність	85,06 ± 3,84
— млявість та зниження енергії	74,71 ± 4,69
Неприємні тілесні відчуття (болю, напруження, важкості, оніміння тощо)	64,36 ± 5,16
Вісцеральні симптоми:	
— кардіоваскулярні	57,47 ± 5,33
— гастроінтестинальні	40,22 ± 5,29
— респіраторні	19,54 ± 4,28

Для об'єктивізації оцінки клінічної структури та вираженості поточного епізоду в обстежених хворих використовували шкалу депресії Гамільтона (HDRS).

За даними шкали HDRS було встановлено, що стан хворих (89,66 %) на момент оцінки переважно відповідає «великому депресивному епізоду» (табл. 4). Водночас, «малому депресивному епізоду» відповідав стан лише 10,34 % хворих. Середній сумарний бал за шкалою HDRS у групі обстежених хворих для «великого» та «малого» депресивних епізодів становив 27,73 бала та 13,33 бала відповідно.

Таблиця 4. Показники за шкалою HDRS у хворих на рекурентні депресивні розлади

Група обстежених за важкістю розладу	% ± m % (n = 87)	Середній сумарний бал
Показники норми	00,00 ± 0,00	00,00 ± 0,00
Малий депресивний епізод	10,34 ± 3,28	13,33 ± 2,00
Великий депресивний епізод	89,66 ± 3,28	27,73 ± 5,84

Детальний аналіз середнього сумарного бала за пунктами шкали HDRS наведено на рисунку 1.

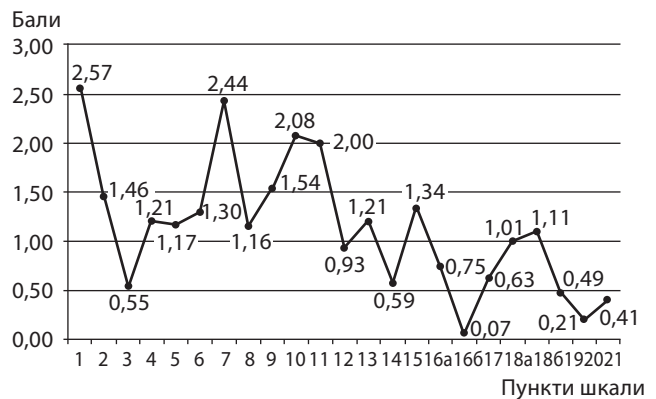


Рис. 1. Показники за пунктами шкали HDRS у хворих на рекурентні депресивні розлади

Умовні позначення:

1 — Депресивний настрій; 2 — Почуття провини; 3 — Суїцидальні наміри; 4 — Інсомнія рання; 5 — Інсомнія середня; 6 — Інсомнія пізня; 7 — Робота та діяльність; 8 — Загальмованість; 9 — Ажитація; 10 — Психічна тривога; 11 — Соматична тривога; 12 — Шлунково-кишкові соматичні симптоми; 13 — Загальні соматичні симптоми; 14 — Генітальні симптоми; 15 — Іпохондричні розлади; 16a — Втрата ваги за анамнезом; 16b — Втрата ваги фактична; 17 — Критичність; 18a — Добові коливання; 18b — Добові коливання, ступінь; 19 — Деперсоналізація та дереалізація; 20 — Параноїдні симптоми; 21 — Обсесивні та компульсивні симптоми

З рисунку 1 видно, що найбільші показники у хворих на рекурентні депресивні розлади до терапії відзначалися за такими пунктами шкали: Депресивний настрій — (2,57 ± 0,69) бала, Робота та діяльність — (2,44 ± 1,06) бала, Психічна тривога — (2,08 ± 1,10) бала, Соматична тривога — (2,00 ± 0,83) бала, Ажитація — (1,54 ± 1,03) бала. Отже, окрім пригніченого настрою обстежені хворі мали труднощі у сфері роботи та діяльності, відчували психічну тривогу та тривогу, пов'язану з неприємними соматичними відчуттями, а також намагалися неконтрольоване напруження перевести у моторну активність.

В результаті клініко-психопатологічного обстеження та об'єктивного оцінення клінічної структури поточного епізоду за допомогою шкали HDRS виокремлені основні симптомокомплекси у хворих на рекурентні депресивні розлади: депресивний — (100,00 ± 0,00) % осіб, астеничний — (83,91 ± 3,96) % осіб, апатичний — (75,86 ± 4,61) % осіб, тривожно-фобічний — (60,92 ± 5,26) % осіб, соматовегетативний — (57,47 ± 5,33) % осіб, іпохондричний — (42,53 ± 5,33) % осіб (рис. 2).

Депресивний симптомокомплекс у цієї категорії хворих охоплював не тільки зниження настрою, а й зниження зацікавленості до оточуючого, зниження задоволеності від речей, що раніше спричиняли захоплення, зниження загальної активності та ініціативи, відчуття невпевненості у собі, песимістичну оцінку майбутнього, а також порушення сну та апетиту.

Астеничний симптомокомплекс характеризувався психічною виснаженістю, млявістю та зниженням енергії, фізичною втомлюваністю, зниженням концентрації уваги, погіршенням пам'яті, потребою докласти зусиль під час повсякденної діяльності, зниженням продуктивності діяльності, відчуттям постійної втоми.

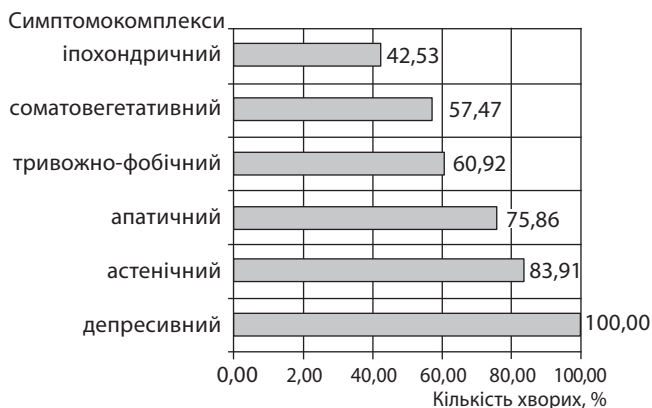


Рис. 2. Провідні симптомокомплекси у хворих на рекурентні депресивні розлади

Апатичний симптомокомплекс мав в своєму складі втрату внутрішнього змісту власних дій, які реалізуються радше за звичкою, а не внаслідок потреби, неспроможність приймати рішення, відсутність зацікавленості в результатах власних дій, відчуття байдужості до оточуючих та самого себе, зниження потреби в спілкуванні.

Тривожно-фобічний симптомокомплекс характеризувався відчуттям немотивованої тривоги, страху як виникнення різних ситуацій, так і їх можливих наслідків, потребою уникати багатьох обставин, відчуттям невпевненості у собі та своїх діях, страхом погіршення власного стану або смерті, наявності невиліковної хвороби та неможливості отримати медичну допомогу.

Структура соматовегетативного симптомокомплексу характеризувалася наявністю різноманітних вісцеральних проявів — кардіоваскулярних (кардіалгії, тахікардія, аритмії, коливання артеріального тиску), гастроінтестинальних (синдром подразнення кишечника, дискінезії, абдомінальний біль), респіраторних (задишка, спазми в горлі), а також неприємними тілесними відчуттями (болю, напруження, важкості, оніміння тощо).

Іпохондричний симптомокомплекс проявлявся переважанням побоювань за стан свого здоров'я, песимістичним сприйняттям уявної або реальної патології та перебільшенням її негативних наслідків, домінуванням уявлень про небезпеку порушень функцій внутрішніх органів, про несприятливі результати лікування, негативні соціальні наслідки, безперспективність лікування.

За результатами статистичної обробки показників шкали Гамільтона та зіставлення з даними спадковості, особливостями перебігу рекурентних депресій та визначеними клінічними синдромами в процесі виконання дослідження визначені такі кореляційні зв'язки:

— «суїцидальні наміри» у хворих дослідженої групи мали прямі кореляційні зв'язки з наявністю у представників I ступеня споріднення суїцидальної поведінки (0,522) та депресивних розладів серед родичів II ступеня споріднення (0,508);

— «іпохондричні розлади» мали прямий кореляційний зв'язок з наявністю в клінічній картині іпохондричного (0,633) та апатичного (0,532) синдромів та зворотний кореляційний зв'язок з спостереженням у психіатра представників II ступеня споріднення (-0,579);

— «втрата ваги» у хворих на рекурентну депресію мала зворотний кореляційний зв'язок з спостереженням у психіатра представників I ступеня споріднення (-0,616) та прямий кореляційний зв'язок з наявністю в клінічній картині астеничного синдрому (0,588);

Отже, досліджено ступінь спадкової обтяженості за психічними розладами, зокрема депресіями, ауто-агресією, соматичною патологією (серцево-судинною, церебральною, ендокринною, шлунково-кишкового тракту, органів дихання, онкологічною). Встановлений високий рівень сімейної обтяженості щодо депресії за всіма ступенями та рівнями спорідненості в родоводі хворих на рекурентні депресивні розлади. Також в родоводі пробандів відзначаються висока частка випадків спостереження у психіатра хворих, переважно I ступеня споріднення. Серед успадкованого обтяження за соматичною патологією в родоводі хворих на рекурентні депресивні розлади переважають гіпертонічна хвороба, хвороби серця й ендокринна патологія.

Під час зіставлення факторів спадковості з клініко-психопатологічною структурою та особливостями перебігу депресивних розладів виявлено суттєву частку в кореляційних зв'язках певних факторів, як-от спостереження у психіатра за I та II ступенями споріднення, депресії переважно за II ступенем споріднення, суїцидальна поведінка за I та II ступенями споріднення, переважання в клінічній картині рекурентного розладу іпохондричного та апатичного синдромів. Отримані дані дають змогу зробити припущення щодо впливу перелічених факторів спадковості на клінічні прояви та особливості перебігу рекурентних депресивних розладів, що може бути використано для поліпшення та розширення можливостей діагностичних та профілактичних заходів у цієї категорії хворих.

Список літератури

1. Depression and Other Common Mental Disorders: Global Health Estimates / World Health Organization. 2017. URL: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254610/WHO-MSD-MER-2017.2-eng.pdf>.
2. Шафранський В. В., Дудник С. В. Психічне здоров'я населення України: стан, проблеми та шляхи вирішення // Україна. Здоров'я нації. 2016. № 3. С. 12—18. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Uzn_2016_3_4.
3. Платонкіна Т. В., Боговін Л. В., Наумов Д. Е., Овсянкіна А. И. Генетические исследования депрессивных расстройств: обзор литературы // Бюллетень физиологии и патологии дыхания. 2018. № 68. С. 96—106. DOI: https://doi.org/10.12737/article_5b19ee7411be17.38016141.
4. Касьянов Е. Д., Мазо Г. Э, Кибитов А. О. В поисках «наследственных» форм депрессии: клинические, генетические и биологические подходы // Социальная и клиническая психиатрия. 2018. Т. 28, № 1. С. 74—83. URL: <https://elibrary.ru/item.asp?id=35411959>.
5. Марута, Н. А. Диагностика и терапия униполярной депрессии в современных условиях: мифы и реальность // НейроNews. 2013. № 2(47).
6. A genome-wide association meta-analysis of attention-deficit/hyperactivity disorder symptoms in population-based pediatric cohorts / C. M. Middeldorp, A. R. Hammerschlag, K. G. Ouwens [et al.] // J. Am. Acad. Child. Adolesc. Psychiatry. 2016 Oct; 55 (10): 896—905. DOI: 10.1016/j.jaac.2016.05.025. Epub 2016 Aug 5.
7. Иванец Н. Н., Тихонова Ю. Г., Кинкулькина М. А., Авдеева Т. И. Современное состояние и перспективы развития

фармакогенетических исследований в области терапии депрессии // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова, 2015. № 3. С. 113—121. 10.17116/jnevro201511531113-121.

8. Практическая психодиагностика. Методики и тесты : учебное пособие / под ред. Д. Я. Райгородского. Самара : Бахрах-М, 2001. 672 с. URL: <https://www.twirpx.com/file/42398/>.

9. Вуколов Э. А. Основы статистического анализа. Практикум по статистическим методам и исследованию с использованием пакетов STATISTICA и EXCEL : учебное пособие. 2-е изд. М. : Форум, 2008. 464 с. URL: <https://www.twirpx.com/file/43323/>.

Надійшла до редакції 10.06.2020

МАРУТА Наталія Олександрівна, доктор медичних наук, професор, заступник директора з науково-дослідної роботи Державної установи «Інститут неврології, психіатрії та наркології Національної академії медичних наук України» (ДУ «ІНПН НАМН України»), м. Харків, Україна; e-mail: 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

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

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

ФЕДЧЕНКО Вікторія Юріївна, доктор медичних наук, старший науковий співробітник, старший науковий співробітник відділу пограничної психіатрії ДУ «ІНПН НАМН України», м. Харків, Україна; e-mail: vfedchenko83@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

ДЕНИСЕНКО Михайло Михайлович, кандидат медичних наук, старший науковий співробітник відділу невідкладної психіатрії і наркології ДУ «ІНПН НАМН України», м. Харків, Україна; e-mail: mdenisenko@ukr.net

MARUTA Nataliya, Doctor of Medical Sciences, Professor, Deputy Director on Scientific Work 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, Ukraine; e-mail: 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

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

UTEVSKA Olha, Doctor of Biological Sciences, Professor, Associate Professor of the Department of Genetics and Cytology of the V. N. Karazin's Kharkiv National University, Kharkiv, Ukraine; e-mail: outevsk@gmail.com

FEDCHENKO Viktoriya, Doctor of Medical Sciences, Research Associate Professor, Senior Researcher of the Department of Borderline Psychiatry of the "INPN of the NAMS of Ukraine" SI, Kharkiv, Ukraine; e-mail: vfedchenko83@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

DENYSENKO Mykhailo, MD, PhD, Senior Researcher of the Department of Urgent Psychiatry and Narcology of the "INPN of the NAMS of Ukraine" SI, Kharkiv, Ukraine; e-mail: mdenisenko@ukr.net