

**Література**

1. Воробьева Н.А. Роль генетических полиморфизмов системы гемостаза в формировании полиорганной недостаточности при остром ДВС-синдроме / Н.А. Воробьева, С.И. Капустин // Анестезиология и реаниматология. – 2007. - № 2. – С. 52 – 55.
2. Герхардт Ф. Методы общей бактериологии: пер с англ./ Ф Герхардта [и др.] // - М.: МИР, - 1984. - 472 с.
3. Камышников В.С. Справочник по клинико-биохимическим исследованиям и лабораторной диагностике / В.С.Камышников // - М.: МЕДпресс-информ, - 2009.– 896 с.
4. Мосенцев Н.П. Альтернативные компоненты коррекции микроциркуляторно-митохондриальной дисфункции у больных с тяжелым сепсисом и септическим шоком: Методические рекомендации / Н.П. Мосенцев, Л.В.Усенко, Л.А. Мальцева [и др.] // - Днепропетровск, - 2008. - 32 с.
5. Пинегин Б.В. Проточная лазерная цитометрия в оценке иммунной системы человека / Б.В. Пинегин, А.А. Ярилин, Д.В. Мазуров [и др.] // Журнал микробиологии – 2002. - №6. – С.105 – 111.
6. Реброва О.Ю. Статистический анализ медицинских данных. Применение прикладных программ STATISTICA / О.Ю. Реброва // – М: Медиасфера, - 2002. – 312 с.
7. Шиган Е.Н. Методы прогнозирования и моделирования в социально-гигиенических исследованиях / Е.Н. Шиган // - М.: Медицина, - 1986. - 155 с.
8. Bommhardt U. Akt decreases lymphocyte apoptosis and improves survival in sepsis / U. Bommhardt, K. S. Chang, P. E. Swanson [et al.] // Journal of Immunology. – 2004. – Т.172, № 12. – С. 7583 - 7591.
9. Pallua N. Pathogenic role of interleukin-6 in the development of sepsis. Part II: Significance of anti-interleukin-6 and anti-soluble interleukin-6 receptor-alpha antibodies in a standardized murine contact burn model / Pallua N., Low J. F., Heimburg D. // Critical Care Medicine. – 2006. – Т.31, № 5. – С. 1495 – 1501.

**Реферати**

**МЕХАНИЗМЫ ФОРМИРОВАНИЯ СИНДРОМА ПОЛИОРГАННОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У НОВОРОЖДЕННЫХ**

**Рябушко Н.Н.**

В статье приведены результаты исследования патогенеза синдрома полиорганной недостаточности у новорожденных. Показано, что патогенез синдрома полиорганной недостаточности у новорожденных реализуется на разных уровнях биологической организации. Доказана роль в его формировании экспрессии и полиморфизма гена Toll-like рецепторов 2 типа, нарушения клеточного энергообеспечения и продукции интерферона – $\alpha$ .

**Ключевые слова:** новорожденные, синдром полиорганной недостаточности, Toll-like рецепторы 2 типа, полиморфизм генов.

Статья надійшла 30.10.2013 р.

**FORMING MECHANISMS OF NEWBORNS' MULTIORGAN FAILURE SYNDROME**

**Ryabushko N.N.**

In the article the results of pathogenesis research of newborns' multiorgan failure syndrome is demonstrated. It is showed, that pathogenesis of is realizing on different levels of biological organization. The role of expression and polymorphism of gene of Toll-like receptors of the 2-nd type is showed, disturbances of cellular energizing and interferon's- $\alpha$  production.

**Key words:** newborns, multiorgan failure syndrome, Toll-like receptors of the 2-nd type, polymorphism of genes.

Рецензент Траверсе Г.М.

УДК 159.9.019.4-055.52:316.614.5:178.1-055.2

**В.В. Слюсарь**

**Харьковский национальный университет им. В.П. Каразина, г. Харьков**

**ХАРАКТЕРИСТИКИ СТИЛЯ ПОВЕДЕНИЯ РОДИТЕЛЕЙ НА ЭТАПЕ ПЕРВИЧНОЙ СОЦИАЛИЗАЦИИ У ЖЕНЩИН С НЕПАТОЛОГИЧЕСКИМИ ФОРМАМИ НАРУШЕНИЯ ПОЛОРОЛЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ И АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ**

В исследовании принимали участие 45 женщин с непатологическим полоролевым поведенческим стереотипом, зависимых от алкоголя (30 – с диагнозом F10.20 и 15 – с диагнозом F10.21 по критериям МКБ-10). Объективизация клинических признаков зависимости осуществлялась «Методом комплексной оценки аддиктивного статуса индивида и популяции с помощью системы AUDIT-подобных тестов». Полоролевые характеристики изучались с помощью «Методики диагностики кроссполовых акцентуаций полоролевого поведения». При идентификации стилей родительского поведения использовалась «Типологическая модель стилей родительского поведения» Г. Крайг. В результате исследования было установлено, что первичная социализация в родительской семье при наличии у родителей деструктивных социализирующих стилей, а именно индифферентного, либерального и авторитарного оказывает значимое модифицирующее влияние на нормативное течение и исходы психосексуального развития у женщин, зависимых от алкоголя. Доказано, что первичная социализация в родительской семье при наличии у родителей конструктивного (авторитетного) социализирующего стиля обеспечивает гармоничную первичную социализацию женщины и формирование у неё нормативного фемининного полоролевого стереотипа. Полученные данные позволяют отнести авторитетный стиль родительского воспитания к позитивным социализирующим факторам, обеспечивающим гармоничное течение первичной социализации личности и ее гармоничного психосексуального развития, а индифферентный, либеральный и авторитарный стили – к негативным социализирующим факторам, повышающим риски формирования полоролевых девиаций.

**Ключевые слова:** деструктивные социализирующие родительские стили, нарушения полоролевого поведения, алкогольная зависимость, женщины.

*Исследование проводилось в рамках НДР «Изучение вопросов психодиагностики, этиопатогенеза, клинических особенностей, течения, профилактики и лечения коморбидных психических и поведенческих расстройств» (№ госрегистрации 0113U001081).*

Анализ источников научной информации свидетельствует о том, что факторы первичной социализации личности в аспекте развития расстройств аддиктивного спектра изучены недостаточно. Лишь в единичных публикациях отмечена повышенная частота stressful live events (стрессовых событий) у аддиктов, связанных с родительской семьей. Так, Альтшулер В.Б. [1], среди клинически значимых «семейных» факторов формирования женского алкоголизма называет раннюю психическую травматизацию, плохое воспитание, побои, отсутствие ласки и тепла в родительских семьях, наличие в родительской семье больных алкоголизмом родителей, неполноту семьи, сиротство. В работе Криштала Е.В. [4] отмечена связь полоролевых девиаций у женщин, страдающих алкогольной зависимостью с негармоничностью общего и полового воспитания в родительских семьях.

На сегодняшний день достоверно установлено, что семья обеспечивает первичную социализацию индивида практически во всех известных культурах. В процессе внутрисемейного взаимодействия выкристаллизовываются контуры системы ценностных ориентаций личности, являющейся отправной точкой в выборе дальнейшего самостоятельного жизненного пути, а в случае создания новой семьи, и стиля поведения в двух основных её бинарных структурах: мужеско-женской и детско-родительской [7]. Поскольку члены семьи в течение совместной жизни образуют требующую регуляции систему взаимоотношений, анализ регуляторных процессов приобретает первостепенное значение. Наличие у одного, или у обоих супругов условно-дезадаптивного реплицированного (воспроизведённого) стиля поведения, доминировавшего в их родительских семьях, при создании собственных семей может порождать внутрисемейный конфликт, являться источником формирования скрипальной (сценарной) формы сексуальной дезадаптации [3], повышать риски развития аддиктивного поведения у брачных партнеров.

Проведенный анализ литературных источников [1,3,4,5,7,10,11,12,13,14,15] позволил сделать ряд обобщений, существенных для нашего исследования: Стили родительского поведения признаются важными компонентами внутрисемейных процессов [5,10-15]; Стыль поведения в родительских семьях признается важнейшим фактором первичной социализации в становлении личности будущих супругов, определяя стиль их собственного поведения (адаптивного или дезадаптивного) в двух основных бинарных структурах новосозданной семьи: мужеско-женской и детско-родительской [5,10,11,12,14]; Изучению стилей родительского поведения как клинически значимого компонента внутрисемейных процессов, посвящены единичные работы [5,10,12,14]; Исследования, посвященные изучению характеристик стиля поведения родителей в родительских семьях у женщин с непатологическими формами нарушения полоролевого поведения и алкогольной зависимостью, отсутствуют.

Опираясь на указанные выше публикации [1,3,4,7] и собственный клинический опыт, изучение взаимосвязи факторов первичной социализации личности с формированием, динамикой и коморбозом аддиктивных и психосексуальных расстройств по важности, актуальности и прогнозируемой результативности можно считать перспективным исследовательским направлением в наркологии и медицинской психологии.

**Целью** работы было изучение стиля поведения родителей на этапе первичной социализации у женщин с непатологическими формами нарушения полоролевого поведения и алкогольной зависимостью.

**Материал и методы исследования.** На этапе выделения групп сравнения было обследовано 66 женщин, зависимых от алкоголя. По результатам применения «Методики диагностики кроссполовых акцентуаций полоролевого поведения» Б.Е. Алексеева [2], была выделена группа из 45 пациенток с непатологическим полоролевым поведенческим стереотипом (основная группа). Из выборки были исключены пациентки с нормативным (фемининным) полоролевым и патологическим (садистическим) полоролевыми стереотипами. Все вошедшие в основную группу наблюдались в КУОЗ «Харьковская областная клиническая наркологическая больница» в период с 2011-2013 г., являлись жителями г. Харькова и Харьковской области. Группу сравнения составили 30 здоровых женщин без признаков алкогольной зависимости (контрольная группа). Методами исследования являлись: клинко-психопатологический (основной), психодиагностический, методы математической статистики.

Наличие аддиктивного расстройства устанавливалось на основании диагностических критериев МКБ-10 [9]. Объективизация клинических признаков алкогольной зависимости осуществлялась «Методом комплексной оценки аддиктивного статуса индивида и популяции с помощью системы AUDIT-подобных тестов» [8]. Полоролевые характеристики пациенток и испытуемых контрольной группы изучались с помощью «Методики диагностики кроссполовых акцентуаций полоролевого поведения» [2].

В рамках данного исследования под непатологическими формами нарушения полоролевого поведения понимали девиации полоролевого поведения не достигающие степени клинического факта по критериям МКБ-10: полоролевою трансформацию и акцентуацию. Под трансформацией понималось наличие поведения, свойственного противоположному полу; под кроссполовой акцентуацией – наличие в структуре нормативного полоролевого поведения нерезко выраженных элементов полоролевого поведения, свойственного противоположному полу; под гиперфемининным поведением – усиление нормативного полоролевого поведения [2]. При идентификации стилей родительского поведения (СРП) в родительских семьях женщин с девиациями поролевого поведения и испытуемых контрольной группы использовалась «Типологическая модель стилей родительского поведения» Г. Крайг [5]. В основе ее классификационного основания лежит фиксация двух факторов воздействия на ребёнка в семье – «родительского контроля» и «родительской теплоты» [5,10,14]. Понятие «родительский контроль» имеет отношение к степени выраженности у родителей запретительных тенденций, выражающиеся в требованиях подчинения правилам, выполнения детьми своих обязанностей. Понятие «родительская теплота» характеризует степень проявления родителями любви и одобрения, выражающиеся в похвалах, поддержке ребенка или, наоборот, в какой степени они критикуют, наказывают его. Выделяемые стили поведения варьируют на основе соотношения вышеуказанных параметров (степени контроля и теплоты).

Под авторитетным СРП понимался образ действия родителей, отличающийся высоким уровнем контроля за детьми, но в тоже время поощрением общения и обсуждения в кругу семьи правил поведения, установленных для ребенка. Решения и действия родителей при авторитетном стиле не кажутся произвольными

или несправедливыми для детей, и потому они легко соглашаются с ними. Авторитетный СРП характеризуется высоким уровнем контроля в сочетании с эмоционально «теплыми» отношениями в семье [5,7].

Авторитарный СРП характеризуется высоким уровнем контроля и «холодными» отношениями с детьми. Родители закрыты для постоянного общения с детьми; устанавливают жесткие требования и правила, не допускают их обсуждения; позволяют детям лишь в незначительной степени быть независимыми от них [5,7]. Либеральный СРП характеризуется почти полным отсутствием контроля за детьми при добрых, сердечных отношениях с ними [5,7]. Индифферентный СРП отличается низким контролем за поведением детей и отсутствием теплоты и сердечности в отношении с ними. Родители, которым свойственен индифферентный стиль поведения, не устанавливают ограничений для своих детей [5,7].

Результаты исследования были интерпретированы в соответствии с аналитическим алгоритмом Г. Крайг [11]-А. Либина [7]. Для статистической обработки полученных данных использовали следующие методы: 1) вариационной статистики с оценкой закона распределения (с использованием критерия Колмогорова-Смирнова) и расчетом относительных (интенсивных, экстенсивных показателей, показателей наглядности, соотношения) и средних (среднее арифметическое, медиана, среднее геометрическое, ошибка средней, стандартное отклонение, коэффициент вариации) величин; 2) корреляционный (с расчетом коэффициентов парной корреляции Пирсона и ранговой корреляции Кендалла) и дисперсионный анализ; 3) оценка достоверности различий с использованием параметрических (Стьюдента, Фишера) и непараметрических (Вилкоксона-Манна-Уитни-Пирсона) критериев [6].

**Результаты исследования и их обсуждение.** Клинико-демографические показатели в группах сравнения представлены в таблице 1.

Таблица 1

**Клинико-демографические показатели в группах сравнения, %**

| Показатель  | Группы                |                          |
|---|-----------------------|--------------------------|
|   | Основная группа, n=45 | Контрольная группа, n=30 |
| Средний возраст (лет)   | 25,50±2,10            | 26,00±2,40               |
| Брачный статус  |                       |                          |
| Замужние  | 100,00                | 100,00                   |
| Незамужние  | —                     | —                        |
| Диагноз по критериям МКБ-10   |                       |                          |
| F10.20  | 66,67                 | —                        |
| F10.21  | 33,33                 | —                        |
| Балльный интервал в AUDIT-подобных скрининг-тестах (AUDIT-ПСТ), баллы |                       |                          |
| 1-7   | —                     | 100,00                   |
| 20-40   | 100,00                | —                        |

Из таблицы 1 следует, что сравниваемые группы были сопоставимы по полу, возрасту, брачному статусу. Средний возраст пациенток составил 25,50±2,10 лет, здоровых испытуемых – 26±2,40 лет.

Все женщины основной группы страдали алкогольной зависимостью и находились в состоянии ремиссии. Большинство женщин (66,67%) соответствовало критериям ранней ремиссии (F10.20), остальные – критериям частичной ремиссии (F10.21). Все женщины с алкогольной зависимостью набрали от 20 до 40 баллов в соответствующем AUDIT-подобном скрининг-тесте (AUDIT-ПСТ), тогда как все испытуемые в контрольной группе набрали от 1 до 7 баллов. Высокие баллы в AUDIT-ПСТ объективизировали наличие нозологического паттерна употребления алкоголя – как проявление зависимости. Низкие балльные значения в AUDIT-ПСТ характеризовали паттерн употребления алкоголя у женщин контрольной группы как донозологический и относительно безопасный. Характеристика полоролевого поведенческого стереотипа у женщин групп сравнения отражена в таблице 2.

Таблица 2

**Характеристика полоролевого поведенческого стереотипа у женщин групп сравнения, %**

| Варианты полоролевого поведенческого стереотипа                | Группы сравнения      |                          | P      |
|--|-----------------------|--------------------------|--------|
|  | Основная группа, n=45 | Контрольная группа, n=30 |        |
| Нормативный  | —                     | 73,33                    |        |
| Ненормативный  | 100,00*               | 26,67*                   | <0,001 |
| Формы непатологического полоролевого поведенческого стереотипа |                       |                          |        |
| Трансформация поло-ролевого поведения                          | 60,00**               | —                        |        |
| Акцентуация полоролевого поведения (кроссполовая)              | 40,00**               | —                        | <0,001 |
| Акцентуация полоролевого поведения (гиперролевая)              | —                     | 26,67                    |        |
| Всего  | 100,00                | 100,00                   |        |

Примечания: достоверность межгрупповых различий: \* – p<0,001; достоверность внутригрупповых различий: \*\* – p<0,01.

Из таблицы 2 следует, что ненормативный полоролевого поведенческий стереотип в группах сравнения был представлен исключительно непатологическим типом. Ненормативный полоролевого стереотип был установлен у 100,00% женщин основной группы и только у 26,67 % женщин контрольной (в форме гиперролевой акцентуации). Достоверно чаще нормативное полоролевого поведение встречалось у здоровых женщин (p<0,001). У большинства зависимых от алкоголя женщин (60,00%) была установлена трансформация полоролевого поведения. Трансформация полоролевого поведения у зависимых от алкоголя женщин встречалась достоверно чаще, чем кроссполовая акцентуация (p<0,01). Результаты изучения зависимых от

алкоголя и женщин контрольной группы с помощью «Методики диагностики кроссполовых акцентуаций полоролевого поведения» Б.Е.Алексеева [2], представлены в таблице 3.

Таблица 3

**Распределение средних шкальных оценок М-Ф измерения у женщин групп сравнения (данные дисперсионного анализа),  $M \pm m$**

| Варианты полоролевого поведенческого стереотипа   | Средняя шкальная оценка М-Ф измерения |                                  | Р*          |
|---|---------------------------------------|----------------------------------|-------------|
|   | Женщины основной группы, n=45         | Женщины контрольной группы, n=30 |             |
| Нормативный (фемининный)                          | —                                     | 0,168±0,12                       |             |
| Ненормативный (непатологический)                  |                                       |                                  |             |
| Трансформация полоролевого поведения              | 0,812±1,40 <sup>1</sup>               | —                                | 1-2: P<0,1  |
| Акцентуация полоролевого поведения (кроссполовая) | 0,611±1,2 <sup>2</sup>                | —                                |             |
| Акцентуация полоролевого поведения (гиперролевая) | —                                     | 0,065±0,01 <sup>3</sup>          | 1-3: P<0,01 |
| Всего   | 100,00                                | 100,00                           |             |

Примечание: достоверность межгрупповых различий: \*1-2 – p<0,1; 1-3 – p<0,01.

В таблице 3 приведены данные, полученные на основании дисперсионного анализа. Как видно из таблицы, средние значения шкальных оценок М-Ф (маскулинно-фемининного) измерения у зависимых от алкоголя женщин с полоролевой трансформацией выше, чем у женщин с кроссполовой акцентуацией (p<0,1) и женщин с гиперролевой акцентуацией (p<0,01). Максимально высокие показатели шкальной оценки М-Ф измерения у женщин основной группы свидетельствовали о наличии трансформированного полоролевого поведения. Максимально низкие показатели шкальной оценки М-Ф измерения у женщин контрольной группы объективизировали наличие гиперфемининного поведения.

Данные изучения стилей родительского поведения в родительских семьях у женщин в группах сравнения относительно имеющегося у них полоролевого поведенческого стереотипа отражены в таблице 4.

Таблица 4

**Стили родительского поведения в родительских семьях у женщин в группах сравнения, относительно имеющегося у них полоролевого поведенческого стереотипа%**

| Стили родительского поведения | Основная группа, n=45                 |        | Контрольная группа, n=30 |           |
|-------------------------------|---------------------------------------|--------|--------------------------|-----------|
|                               | Полоролевого поведенческого стереотип |        |                          |           |
|                               | ТПРП                                  | КПАПРП | ГРАПРП                   | Н (Ф) ПРП |
| Авторитетный                  | —                                     | —      | —                        | 73,33     |
| Авторитарный                  | 4,44                                  | 2,22   | 26,67                    | —         |
| Либеральный                   | 11,11                                 | 31,11  | —                        | —         |
| Индиферентный                 | 44,44                                 | 6,67   | —                        | —         |
| Всего                         | 100,00                                |        | 100,00                   |           |

Примечания: Н(Ф)ПРП – нормативное (фемининное) полоролево поведение; ТПРП – трансформация полоролевого поведения; КПАПРП – кроссполовая акцентуация полоролевого поведения; ГРАПРП – гиперролевая акцентуация полоролевого поведения.

Из таблицы 4 видно, что у женщин, зависимых от алкоголя в родительских семьях чаще всего встречался индиферентный СРП (p<0,01), тогда как у здоровых женщин – авторитетный (p<0,01). Индиферентный СРП преобладал среди пациенток с трансформацией полоролевого поведенческого стереотипа, а либеральный – среди пациенток с кроссполовой акцентуацией (p<0,01). Авторитарный СРП чаще всего встречался у здоровых женщин с гиперфемининным поведением (p<0,01).

В результате исследования было установлено, что первичная социализация у всех женщин с непатологическими формами нарушения полоролевого стереотипа проходила негармонично. Все установленные в их родительских семьях социализирующие стили характеризовались как деструктивные. По данным литературы известно, что дети из авторитарных семей имеют более негативную Я-концепцию, чем дети из семей с авторитетным стилем воспитания (Steinberg et al., 1995: цит. по 3), а либеральный (разрешающий) стиль воспитания, при котором родители не ограничивают поведение ребенка, коррелирует с более высоким уровнем агрессивности детей, обнаруживающих определенную незрелость по сравнению со своими сверстниками [15]. Но наиболее деструктивное влияние на поведение ребенка оказывает индиферентный (пренебрегающий) стиль, когда родители настолько озабочены собой и своими проблемами, что их дети чувствуют себя брошенными, находясь в семье. Это ощущение не покидает их никогда на протяжении всей взрослой жизни. Подростки из семей, характеризующихся пренебрегающей потребностями и интересами детей атмосферой, оказываются более импульсивными и антисоциальными, не выдерживают соревнования со сверстниками и менее ориентированы на достижения [7].

Первичная социализация в родительской семье при наличии деструктивных социализирующих родительских стилей оказывает значимое влияние на нормативное течение и исходы психосексуального развития. В пользу этого говорит установленная нами сильная позитивная корреляционная связь между параметрами «деструктивные стили родительского воспитания» и «наличие девиантного (непатологического) полоролевого поведенческого стереотипа» (r=0,84, при p<0,001). Одним из возможных механизмов модифицирующего действия деструктивных социализирующих стилей является запечатление у индивида неадаптивных образцов коммуникативных полоролевых родительских паттернов. С другой стороны, наличие в родительской семье доминирующего конструктивного социализирующего стиля – авторитетного, обеспечивает гармоничную первичную социализацию ребенка и формирование у него нормативного полоролевого

стереотипа. В пользу этого говорит установленная нами значимо отрицательная корреляционная связь между параметрами «конструктивный стиль родительского воспитания» и «наличие девиантного (непатологического) полоролевого поведенческого стереотипа»: коэффициент ранговой корреляции Кендалла значимо отрицательный ( $r = -0,36; p < 0,005$ ).

#### Выводы

1. Получила подтверждение гипотеза о том, что стиль поведения в родительских семьях является важным фактором первичной социализации личности будущих супругов, определяя стиль их собственного поведения (адаптивного или дезадаптивного) в двух основных бинарных структурах новосозданной семьи: мужско-женской и детско-родительской. Первичная социализация в родительской семье при наличии у родителей деструктивных социализирующих стилей, а именно индифферентного, либерального и авторитарного, оказывает значимое модифицирующее влияние на нормативное течение и исходы психосексуального развития у женщин, зависимых от алкоголя. Что подтверждается установленной сильной позитивной корреляционной связью между параметрами «деструктивные стили родительского воспитания» и «наличие девиантного (непатологического) полоролевого поведенческого стереотипа» ( $r = 0,84$ , при  $p < 0,001$ ).
2. Первичная социализация в родительской семье при наличии у родителей конструктивного (авторитетного) социализирующего стиля обеспечивает гармоничную первичную социализацию женщины и формирование у неё нормативного фемининного полоролевого стереотипа. Полученные данные позволяют отнести авторитетный стиль родительского воспитания к позитивным социализирующим факторам, обеспечивающим гармоничное течение первичной социализации личности и её психосексуального развития, а индифферентный, либеральный и авторитарный стили – к негативным социализирующим факторам, повышающим риски формирования полоролевых девиаций.

*Перспективы дальнейших исследований.* Полученные в ходе исследования данные будут использованы при разработке программ, направленных на профилактику формирования полоролевых девиаций у женщин.

#### Литература

1. Альшулер В.Б. Женский алкоголизм / В.Б. Альшулер // Изд-во «Нолидж», М.: - 2000. – 448с.
2. Алексеев Б.Е. Полоролево поведение и его акцентуации / Б.Е. Алексеев // – СПб.: Речь, - 2006. – 144с.
3. Гавенко Н.В. Сценарная (скрипальная) форма первичной сексуальной дезадаптации у женщин, больных неврозом, при наличии внутрисемейного конфликта / Н.В. Гавенко // Український вісник психоневрології. – Харків. – 2009. – Т.17, вип. 1 (58). – С.102–105.
4. Кришталь Е.В. К проблеме формирования патологической семьи при алкоголизме у одного или обоих супругов / Е.В. Кришталь // Український вісник психоневрології. – Харків. – 1998. – Т.6, вип. 2 (17). – С.18–20.
5. Крайг Г. Психология развития. Седьмое международное издание / Г. Крайг // – СПб.: Питер, - 2002. – 456с.
6. Лапач С.Н. Статистические методы в медико-биологических исследованиях с использованием Excel / С.Н. Лапач, А.В. Чубенко, П.Н. Бабич // – К.: Моріон, - 2000. – 320с.
7. Либин А. Дифференциальная психология: на пересечении российских, европейских и американских традиций: учебное пособие. – 4-е изд. испр. и доп. / А. Либин // – М.: Эксмо, - 2006. – 544с.
8. Линский И.В. Метод комплексной оценки аддиктивного статуса индивида и популяции с помощью системы AUDIT-подобных тестов / И.В. Линский, А.И. Минко, А.Ф. Артемчук [и др.] // Вісник психіатрії та психофармакотерапії. – 2009. – № 2 (16). – С.56–70.
9. Нуллер Ю.Л. Международная классификация болезней (10-й пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств. Клиническое описание и указания по диагностике / Ю.Л. Нуллера, С.Ю. Циркина // – Киев, Факт, - 1999. – 259с.
10. Baumrind D. Current patterns of parental authority / D. Baumrind // Developmental Psychology Monograph. – 1971. – № 4 (1, Part 2). – P.12–24.
11. Kantor D. Inside the family: Toward a theory of family process / D. Kantor, D. Lehr // – San Francisco: Jossey-Bass, - 1975. – P.22–52.
12. Lewin K. Principles of topological psychology / K. Lewin // – New York, - 1936. – 126p.
13. Minuchin S. Families and family therapy / S. Minuchin // – Cambridge, MA: Harvard University Press, - 1974. – P.23–28.
14. Maccoby E.E. Socialization in the context of the family: Parent-child interaction / E.E. Maccoby, J.A. Martin // E.M. Hetherington (Ed.), Handbook of child psychology: Socialization, personality, and social development. – 1983. – Vol.4. – New York: Wiley. – P.1–102.
15. Nye F.I. Family relationships: Rewards and costs / F.I. Nye // – Beverly Hills, CA: Sage, - 1982. – P.50.

#### Реферати

##### **ХАРАКТЕРИСТИКИ СТИЛЮ ПОВЕДІНКИ БАТЬКІВ НА ЕТАПІ ПЕРВИННОЇ СОЦІАЛІЗАЦІЇ У ЖІНОК З НЕПАТОЛОГІЧНИМИ ФОРМАМИ ПОРУШЕННЯ ПОЛОРІЛЬОВОЇ ПОВЕДІНКИ ТА АЛКОГОЛЬНОЮ ЗАЛЕЖНІСТЮ**

**Слусарь В.В.**

У дослідженні приймали участь 45 жінок з непатологічним статеворольовим поведінковим стереотипом, залежних від алкоголю (30 – із діагнозом F10.20 та 15 – із діагнозом F10.21 за критеріями МКХ-10). Об'єктивізація клінічних ознак залежності здійснювалася за «Методом комплексної оцінки аддиктивного статусу індивіда та популяції за допомогою системи AUDIT-подібних тестів». Статорольові характеристики вивчалися за «Методикою діагностики кроссстаторольових акцентуацій статорольової поведінки». При ідентифікації стилів батьківської поведінки використовувалася «Типологічна модель стилів батьківської поведінки» Г. Крайг. В результаті проведеного дослідження було встановлено, що первинна соціалізація в батьківській родині при наявності у батьків деструктивних соціалізуючих стилів, а саме, індифферентного, ліберального та авторитарного, має вагомий модифікуючий вплив на нормативний перебіг та результати психосексуального розвитку жінок, залежних від алкоголю. Доведено, що первинна соціалізація в

##### **CHARACTERISTICS OF PARENTAL BEHAVIOR ON THE STAGE OF PRIMARY SOCIALIZATION OF WOMEN WITH NON-PATHOLOGICAL FORMS OF VIOLATION OF SEX-ROLE BEHAVIOR AND ALCOHOL ADDICTION**

**Slusar V.V.**

The study involved 45 women with non-pathological behavioral sex-role stereotypes that are dependent on alcohol (30 - with an F10.20 diagnosis and 15 - F10.21 on an ICD-10 criteria). Objectification of clinical indices was carried out according to the "Method of comprehensive evaluation of addictive status of the individual and the population with the help of AUDIT-like tests system". Sex-role characteristics were studied using the "Cross-sex accentuation of sex-role behavior diagnosis methods". When identifying the styles of parental behavior the "Typological model styles of parental behavior" by G. Craig was used. The study found that the primary socialization in the parental home has a significant modifying impact on the normative course and outcomes of psychosexual development in women, dependent on alcohol, in case their parents have destructive socializing styles, specifically indifferent, liberal, and authoritarian. It is proved that the primary socialization in the

батьківській родині при наявності у батьків конструктивного (авторитетного) соціалізуючого стилю забезпечує гармонійну первинну соціалізацію жінки та формування у неї нормативного фемінінного ставево-рольового стереотипу. Отримані дані дозволяють віднести авторитетний стиль батьківського виховання до позитивних соціалізуючих факторів, які забезпечують гармонійний перебіг первинної соціалізації особистості та гармонійний психосексуальний розвиток, а індивідуальний, ліберальний та авторитарний стилі – до негативних соціалізуючих факторів, які підвищують ризики формування ставево-рольових девіацій.

**Ключові слова:** деструктивні соціалізуючі батьківські стилі, порушення ставево-рольової поведінки, алкогольна залежність, жінки.

Стаття надійшла 1.11.2013 р.

parental home provides a harmonious primary socialization and formation of a woman and her standard feminine sex-role stereotype in case her parents have a constructive (authoritative) socializing style. The data obtained distinguishes the authoritative style of upbringing as a positive socializing factor that provides a harmonious primary socialization and harmonious psychosexual development of an individual, but on the other hand, the indifferent, liberal and authoritarian styles are considered negative socializing factors that increase the risk of formation of sex-role deviations.

**Key words:** destructive socializing parenting styles, violations of sex-role behavior, alcohol addiction, women.

Рецензент Скрипників А.М.

УДК 618.2 – 056.5

Тарасенко К.В.

ВДНЗ України «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

## УРИКЕМІЯ У ВАГІТНИХ ЖІНОК З ОЖИРІННЯМ

У вагітних за наявності ожиріння (45 жінок) спостерігається тенденція до підвищення вмісту сечової кислоти в сироватці крові порівняно з групою вагітних з нормальною масою тіла (28 жінок). Урикемія у вагітних з ожирінням позитивно корелює з гіперінсулінемією та показником системного запалення – високочутливим С-реактивним білком.

**Ключові слова:** вагітність, ожиріння, урикемія, гіперінсулінемія, системне запалення

*Робота є фрагментом ініціативної НДР «Вивчення патогенетичних механізмів виникнення захворювань репродуктивної системи у жінок, розробка методів удосконалення їх профілактики, консервативного та оперативного лікування і реабілітації» (№ державної реєстрації - 0112U002900).*

Гіперурикемію – підвищення вмісту сечової кислоти в сироватці крові розглядають як високочутливий тест ушкодження клітин *in vivo* [11], предиктор розвитку та складову частину метаболічного синдрому і вважають одним із важливих факторів ризику серцево-судинних захворювань [1,16,17]. Гіперурикемія і зменшення виділення сечової кислоти нирками є патогенетичною основою виникнення подагри. Ріст захворюваності на подагру в останні роки пояснюють збільшенням частоти ожиріння, метаболічного синдрому, артеріальної гіпертензії, а також зміною дієтичних переваг та стилю життя [2]. Надмірне споживання солодких напоїв з високим вмістом фруктози індукує гіперурикемію [10]. Подагру вважають хворобою чоловіків. У жінок репродуктивного віку вона зустрічається рідко і стає переважно маніфестною у постменопаузальний період, що пояснюють впливом естрогенів на каналцеву екскрецію уратів [13]. Естрогени відносять до системи ендогенної інактивації активних форм кисню.

Подагра часто сполучається з цукровим діабетом [2], що обумовлено діабетогенним впливом сечової кислоти. Гіперурикемія часто спостерігається у осіб з високим вмістом тригліцеридів [10]. Вважають, що концентрація сечової кислоти в сироватці крові тісно пов'язана зі ступенем ожиріння [9]. Частота розвитку метаболічного синдрому у хворих на подагру в два рази перевищує рівень захворюваності в загальній популяції. Фізіологічна вагітність супроводжується зростанням гломерулярної фільтрації та збільшенням екскреції сечової кислоти з сечею [8]. Питання про особливості змін обміну пуринових нуклеотидів у вагітних жінок за наявності ожиріння в літературі не висвітлено.

**Метою** роботи було оцінка можливих змін вмісту сечової кислоти в сироватці крові та його сполучення з іншими метаболічними показниками у вагітних за наявності ожиріння.

**Матеріал та методи дослідження.** Обстежено 73 вагітних жінок у другому триместрі віком від 18 до 36 років, які були на обліку в жіночій консультації Полтавського клінічного міського пологового будинку і дали інформовану згоду на участь у дослідженні. Вагітних за масою тіла розподілили на дві групи: перша – 28 вагітних жінок з нормальною масою тіла (контрольна група), друга – 45 вагітних з супутнім ожирінням (дослідна група). Ступінь ожиріння вагітних оцінювали за методом Н.С.Луценко [5]. При біохімічному дослідженні в сироватці крові натщесерце визначали вміст сечової кислоти в реакції з урикіназою, інсуліну та високочутливого С-реактивного білку – імуноферментним методом за допомогою тест-систем відповідно до інструкції виробника («DRG», США), активність аланін- і аспартатамінотрансфераз (АсАТ і АлаТ) – кінетичним методом. Матеріали досліджень оброблено з використанням статистичної програми Statistika 6,0.

**Результати дослідження та їх обговорення.** У вагітних жінок за наявності ожиріння вміст сечової кислоти в сироватці крові недостовірно підвищився на 7,6% порівняно з групою вагітних з нормальною масою тіла (259,96±55,03 та 241,50±46,72 мкмоль/л відповідно;  $p=0,145$ ). Нами встановлено, що у вагітних жінок з супутнім ожирінням спостерігається гіперінсулінемія: вміст інсуліну в сироватці крові достовірно майже вдвічі більший порівняно з контрольною групою (16,33±13,44 та 8,50±8,02 мкОД/мл відповідно;  $p=0,003$ ). У жінок з ожирінням відмічається позитивний зв'язок між рівнем інсуліну і урикемією (за критерієм Кендала  $r=0,206$ ,  $p=0,047$ ). Згідно даним літератури, розвитку гіперурикемії сприяє хронічна гіперінсулінемія [6,15]. Проте, у вагітних жінок за наявності ожиріння така закономірність нами не виявлена. Варто зазначити, що питання про те, який рівень сечової кислоти вважати гіперурикемією, залишається відкритим [7]. Досить складним є також