

36. Richens A., Davidson D., Cartlidge N. A multicentre trial of sodium valproate and carbamazepine in adult-onset epilepsy // *J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry*. — 1994. — V. 54. — P. 682–687.

37. Ried S., Beck-Mannagetta G. Epilepsy, pregnancy and the child. — Blackwell Science, 1996. — 82 p.

38. Seip M. Growth retardation, dysmorphic facies and minor malformations following massive exposure to phenobarbital in utero // *Acta Paediatr. Scand*. — 1976. — Vol. 65. — P. 617–621.

39. Sivenius J., Ylilinen A., Kalviainen R. Long-term study with gabapentin in patients with drug-resistant epileptic seizures // *Arch. Neurol.* — 1994. — Vol. 51. — № 10. — P. 1047–1050.

40. Stefani A., Spadoni F., Bernardi O. Voltage-activated calcium channels: targets of antiepileptic drug therapy // *Epilepsia*. — 1997. — V. 38. — P. 959–965.

41. Vainionpaa L. K., Rattya R., Knip M. Valproate induced hyperandrogenism during pubertal maturation in girls with epilepsy // *Neurology*. — 1999. — V. 45. — Suppl. 4. — P. 444–450.

42. Verity C. M., Hosking G., Easter D. J. A multicentre comparative trial of sodium valproate and carbamazepine in paediatric epilepsy // *Develop. Med. Child. Neurol.* — 1995. — V. 37. — P. 97–108.

43. Yerby M. S. Pregnancy and teratogenesis // *Women and epilepsy*. — John Wiley & Sons. — Chichester, New York, Brisbane, Toronto, Singapore, 1991. — P. 167–192.

44. Isojarvi J. I. T., Laatikainen T. J., Pakarinen A. J. et al. Polycystic ovaries and hyperandrogenism in women taking valproate for epilepsy // *N. Engl. J. Med.* — 1993. — V. 29. — P. 1383–1388.

Надійшла до редакції 19.01.2006 р.

I. A. Марценковський

Деякі аспекти лікування епілепсій у жінок

Український НДІ соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України (м. Київ)

Описані сучасні уявлення про вплив антиконвульсантів різних груп на репродуктивне здоров'я жінки, особливості перебігу пубертатного та передменопаузального періодів, а також особливості контрацепції при епілепсії. На основі літературних даних наведені основні рекомендації щодо передгравідарної підготовки жінок, що страждають на епілепсію, ціль яких — досягнення медикаментозної ремісії нападів.

Автором виділені основні принципи терапії епілепсії під час вагітності на основі фармакокінетики антиконвульсантів в організмі, не тільки майбутньої матері, але і плода, вказано на необхідність постійного моніторингу препарату, що використовується.

У роботі представлений опис фетального синдрому плода, вад його розвитку, залежно від виду антиконвульсанта. Автором наголошені основні принципи, що покладені в основу вибору протисудомних препаратів при лікуванні епілепсії у жінок — переносимість і безпека тривалої терапії ефективними дозами.

I. A. Martsenkovskyy

Some aspects of treatment of epilepsy in female patients

Ukrainian Research Institute of Social and Forensic Psychiatry and Narcology (Kyiv)

Modern notions regarding an influence of anticonvulsants of different groups on a female reproductive health, peculiarities of the course of puberty and menopausal periods, peculiarities of contraception in epilepsy are described. On the base of literature data the main recommendations on pregravidary preparation for female patients with epilepsy to achieve a medicinal remission of seizures were given.

The author defined the main principles of therapy of epilepsy during pregnancy on the base pharmacokinetics of anticonvulsants in organisms both a future mother and fetus, indicating a necessity of permanent monitoring of a medication used.

In the article a description of fetal syndrome, fetal developmental taints depending on type of used anticonvulsant are presented. The author defines the main principles to choice anticonvulsants in treatment of epilepsy in female patients: tolerability and safety of long-term therapy with effective doses.

УДК: 616.89-008.441.13-036.22 (477)

О. С. Самойлова, молодший наук. співробітник відділу профілактики та лікування наркоманій

Інститут неврології, психіатрії та наркології АМН України (м. Харків)

РОДИННА ОБТЯЖЕНІСТЬ ЯК ПЕРЕДУМОВА ФОРМУВАННЯ АФЕКТИВНИХ РОЗЛАДІВ У ХВОРИХ НА НАРКОМАНІЮ

Питання про причини, що обумовлюють виникнення та розвиток наркоманій, на теперішній час залишаються ще далеко не зрозумілими або ж дискусійними [1].

Поширена думка, що прогредієнтність психічних та поведінкових розладів внаслідок вживання психоактивних речовин у тих випадках, коли схильність вже реалізувалась у хворобу, тим більша, чим вищий рівень преморбідної спадкової обтяженості [2]. Проте, це питання в цілому здається не таким однозначним через виражений модифікуючий вплив умов середовища [3]. Більшість авторів підкреслює, що розвиток пристрасті до наркотичних речовин обумовлений складною взаємодією багатьох факторів, що мають як генетичне, так і не генетичне походження [2–4].

Відомо, що структура та характер перебігу будь-яких психічних та поведінкових розладів істотно залежать від основних психологічних рис особи, від її спадковості та від умов зовнішнього середовища,

зокрема виховання. Це повною мірою стосується й афективних розладів, в тому числі у хворих, залежних від психоактивних речовин [5]. Ось чому вивчення зазначених вище обставин є важливою передумовою для розуміння особливостей афективних розладів у хворих на наркоманію.

Саме тому, метою даної роботи стало вивчення наркологічної обтяженості в родинах хворих, залежних від опіоїдів і в родинах хворих, залежних від психостимуляторів ефедроподібної дії кустарного виготовлення (ПЕДКВ).

Обстежено 200 хворих (чоловіків) у віці від 18 до 42 років (у середньому $26,18 \pm 0,74$ роки), що перебували на стаціонарному лікуванні в І-му наркологічному відділенні Міської клінічної наркологічної лікарні № 9 м. Харкова протягом 2001–2004 р. З них: 94 хворих (І група) були залежні від опіоїдів і 106 хворих (ІІ група) — від психостимуляторів ефедроподібної дії кустарного виготовлення (ПЕДКВ).

Діагностика залежності проводилася за критеріями МКБ-10. У всіх обстежених констатовані облігатні ознаки наркотичної залежності: усвідомлений патологічний потяг до наркотику; зростання толерантності; сформований синдром відміни. Часто виявлялися соматичні ускладнення (в компенсованому стані), загострення преморбідних особистісних властивостей, негативні соціальні наслідки вживання наркотиків. Робота з хворими проводилася відповідно до правил деонтології та біоетики.

У роботі були використані дані родинного наркологічного анамнезу, зібрані під час бесід з самими хворими, їх батьками та близькими родичами, ка-

тамнестичні відомості, які були оброблені методами математичної статистики (обчислення середніх величин, дисперсії, вірогідності розходжень за непараметричним критерієм Колмогорова — Смірнова «λ») [6]. При вивченні родинного наркологічного анамнезу, для одержання можливості порівняння з офіційною інформацією МОЗ України, враховувалися лише ті випадки наркозахворювань серед родичів хворих на наркоманію, які були проліковані стаціонарно в державних закладах.

Результати вивчення родинного наркологічного анамнезу хворих, залежних від опіоїдів і ПЕДКВ, подано у таблиці 1.

Таблиця 1

Родинний наркологічний анамнез хворих, залежних від опіоїдів і ПЕДКВ¹⁾

Контингент	Кількість уражених					
	наркоманією		алкогольною залежністю		разом (алк. зал. + нарк.)	
	абс., осіб	відн., %	абс., осіб	відн., %	абс., осіб	відн., %
Батьки всіх залежних від психоактивних речовин разом ($n = 200$)						
Батьки	4	2,00	34 ⁴⁾	17,00 ²⁾	38 ⁴⁾	19,00
Матері	0	0,00	9	4,50	9	4,50
Батьки обох статей	4	2,00	43	21,50 ²⁾	47	23,50
Батьки залежних від опіоїдів ($n = 94$)						
Батьки	2	2,13	26 ⁴⁾	27,66 ²⁾	28 ⁴⁾	29,79
Матері	0	0,00	5	5,32	5	5,32
Батьки обох статей	2	2,13	31	32,98 ²⁾	33	35,11
Батьки залежних від ПКВ ($n = 106$)						
Батьки	2	1,89	8	7,55 ⁵⁾	10	9,43 ⁵⁾
Матері	0	0,00	4	3,77	4	3,77
Батьки обох статей	2	1,89	12	11,32 ^{3) 5)}	14	13,21 ⁵⁾

Примітки:

¹⁾ — Вірогідність різниць поражена непараметричним точним методом Фішера.

²⁾ — Різниця з кількістю родичів хворих на наркоманію вірогідна ($p < 0,01$).

³⁾ — Різниця з кількістю родичів хворих на наркоманію вірогідна ($p < 0,05$).

⁴⁾ — Різниця з кількістю матерів вірогідна ($p < 0,01$).

⁵⁾ — Різниця з кількістю відповідних родичів залежних від опіоїдів вірогідна ($p < 0,01$).

Встановлено, що серед батьків осіб, залежних від психоактивних речовин, частота наркозахворювань (алкогольної залежності та наркоманії) складає 23,50 %, що майже в 15 разів більше ніж в популяції (за даними МОЗ України за 2003 рік загальна кількість наркологічних хворих, що перебували на диспансерному обліку з метою лікування і реабілітації складала 747 235 осіб або 1,56 % від кількості всього населення країни [7]). Ці дані свідчать про істотну питому вагу спадкової складової у розвитку залежності від психоактивних речовин і добре узгоджуються з результатами інших дослідників [1, 8, 9].

Окрім того, одержані дані підтверджують відомі уявлення про те, що батьки хворих на наркоманію уражені наркопатологією значно (в 4,75 рази) більше ніж матері, причому в поколінні батьків алкоголізм зустрічається достовірно частіше (в 10,75 рази), ніж наркоманія.

Однак найбільш цікавою є різниця поміж батьками осіб, що стали залежними від різних психоактивних речовин.

Так, батьки хворих, залежних від опіоїдів, були уражені наркохворобами достовірно ($p < 0,01$) частіше (в 3,16 рази), ніж батьки хворих, залежних від психостимуляторів кустарного виготовлення (29,79 % проти 9,43 % відповідно).

На перший погляд, ці дані свідчать про те, що питома вага спадкової складової у розвитку залежності від опіоїдів є істотно більшою, ніж у розвитку залежності від ПЕДКВ.

Однак батьки впливають на свої дітей не тільки генетично, а і через виховання. Тому був проведений порівняльний аналіз умов виховання хворих, залежних від опіоїдів.

Результати вивчення умов виховання хворих, залежних від опіоїдів і ПЕДКВ, подано у таблиці 2.

Умови виховання хворих, залежних від опіоїдів, і хворих, залежних від ПЕДКВ¹⁾

Умови виховання	Групи хворих					
	Залежні від опіоїдів		Залежні від ПКВ		Всі хворі	
	абс., осіб	відн., %	абс., осіб	відн., %	абс., осіб	відн., %
Конфліктні взаємини поміж батьками	31	32,98	32	30,19	63	31,50
Виховання одним з батьків (частіше матір'ю) в тому числі:	26	27,66	14	13,21 ²⁾	40	20,00
внаслідок смерті одного з батьків	5	5,32	4	3,77	9	4,50
внаслідок розпаду батьківської родини	21	22,34	10	9,43 ²⁾	31	15,50
Виховання іншими родичами (частіше бабусею)	0	0,00	2	1,89	2	1,00

Примітки:

¹⁾ — Вірогідність різниць порахована непараметричним точним методом Фішера.

²⁾ — Різниця з групою хворих, залежних від опіоїдів вірогідна ($p < 0,05$).

Дані, що наведені у таблиці 2, свідчать про формально рівновисоку конфліктність у взаєминах поміж батьками хворих, залежних від різних психоактивних речовин. Однак «конфліктність» — це недостатньо визначене поняття. Міру конфліктності значно чіткіше відбиває спроможність родини зберегти себе. І саме тут стає помітним, що хворі, залежні від опіоїдів, в 2,09 рази частіше ($p < 0,05$) походять із неповних родин, ніж хворі, залежні від ПКВ, а якщо розглядати ті родини, які стали неповними не внаслідок смерті одного із батьків, а саме через власний розпад, то це співвідношення стає ще більшим (2,37 рази). Таким чином, можна стверджувати, що особи, які стали вживати опіоїди, походять із родин, в яких рівень відповідальності за долю свого потомства і якості його виховання значно нижче, ніж в родинах, з яких походять особи, які стали вживати ПЕДКВ.

Окрім того, хворим обох груп була притаманна предрасположеність психоневрологічна патологія. Так, 41 хворий (20,50 %) в дитинстві чи в пубертатному періоді хоча б однократно спостерігався в психоневрологічному диспансері або в інших психоневрологічних закладах. У 21 з них (10,5 %) були описані черепно-мозкові травми, отримані як у ранньому дитячому віці, так і в підлітковому періоді, а у 23 (11,50 %) — встановлено діагноз психопатії.

Таким чином, за результатами аналізу одержаних даних визначено, що родинна обтяженість може розглядатися як одна з передумов розвитку залежності від психоактивних речовин, і насамперед, опіоманії.

Висновки:

— серед батьків хворих, залежних від психоактивних речовин, частота наркозахворювань в 15,-06 рази більше, ніж в загальній популяції, при цьому частота наркологічної обтяженості в родинах хворих, залежних від опіоїдів, в 3,16 рази більше, ніж в родинах хворих, залежних від ПЕДКВ, що свідчить про істотну питому вагу спадкової складової у розвитку залежності від психоактивних речовин і, насамперед у розвитку опіоманії;

— хворі, залежні від опіоїдів, походять із неповних родин в 2,09 рази частіше, ніж хворі, залежні від психостимуляторів кустарного виготовлення;

— розвитку залежності від опіоїдів та від психостимуляторів кустарного виготовлення передувала психоневрологічна патологія, що може додатково сприяти формуванню афективних розладів при наркоманії.

Список літератури

1. Шаповалов В. В., Халін М. М., Шаповалова В. О., Мінко О. І. Наркоманія: проблеми, особливості, попередження // Український вісник психоневрології. — 2002. — Т. 10, вип. 1 (30). — С. 200–204.
2. Арзуманов Ю. Л., Абакумова А. А., Тверицкая И. Н. и соавт. Алкоголизм, наркомания и наследственность // Наркология. — 2003. — № 6. — С. 10–16.
3. Линский И. В. Соотношение генетических и средовых детерминант в развитии опийной наркомании у больных с различной прогрессивностью её течения // Архив психиатрии. — 2000. — № 3–4 (22–23). — С. 31–34.
4. Mirin S. M., Weiss R. D. Affective illness in substance abusers // Psychiat. Clin. North Am. — 1996. — Vol. 9, № 4. — P. 503–504.
5. Сосин И. К., Битенский В. С., Крамченкова В. А. Психологические аспекты патологической семьи при наркотизме и созависимости // Вісник психіатрії та психофармакотерапії. — 2004. — № 2 (6). — С. 6–17.
6. Лапач С. Н., Чубенко А. В., Бабич Н. П. Статистические методы в медико-биологических исследованиях с использованием Excel. — К.: Морион, 2000. — 319 с.
7. Лінський І. В., Мінко О. І., Первомайський Е. Б. Актуальні тенденції поширення залежності від психоактивних речовин в Україні: Аналітичний огляд / Ін-т неврології, психіатрії та наркології АМН України. — Харків, 2004. — 26 с.
8. Белокрылов И. В. Общие характеристики личностного предрасположения к зависимости от психоактивных веществ (проблема «преаддиктивной личности») // Вопросы наркологии. — 2005. — № 1. — С. 48–55.
9. Бочков Н. П., Асанов А. Ю., Аксенова М. Г. и соавт. Генетические факторы в этиологии и патогенезе наркоманий (обзор литературы) // Наркология. — 2003. — № 1. — С. 7–14.

Надійшла до редакції 28.12.2005 р.

Е. С. Самойлова

E. S. Samoylova

Наследственная отягощенность как предоснова формирования аффективных расстройств у больных наркоманией

Институт неврологии, психиатрии и наркологии
АМН Украины (г. Харьков)

Выполнено клинично-психодиагностическое обследование 94 больных (мужчин) с зависимостью от опиоидов и 106 больных (мужчин) с зависимостью от психостимуляторов эфедроподобного действия кустарного изготовления, результаты которого были обработаны методами математической статистики. В результате анализа полученных данных определено, что наследственная отягощенность является одним из факторов риска в формировании аффективных расстройств у больных, зависимых от психоактивных веществ, и прежде всего, в развитии опиоманий.

Hereditary overburden as predisposing factor of formation of affective disorders in drug addicts

Institute of Neurology, Psychiatry and Narcology
of AMS of Ukraine
(Kharkiv)

The clinic and psychodiagnostic research of 94 patients (male) with opioids dependence and 106 patients (male) with dependence from handmade ephedronelike psychostimulants was executed, the results of it were processed by the methods of mathematic statistic. It was determined that the hereditary overburden is one of the factors of risk in formation of affective disorders in patients with dependence from psychoactive substances and first of all in development of opioids dependence.

УДК: 616.85

О. О. Хаустова

Український НДІ соціальної і судової психіатрії та наркології
МОЗ України (м. Київ)

КОМПЛЕКСНА ПРОГРАМА «САНА» У ЛІКУВАННІ МЕТАБОЛІЧНОГО СИНДРОМУ X (ПСИХОСОМАТИЧНИЙ ПІДХІД)

Концепція метаболічного синдрому дуже важлива для сьогодення, тому що підкреслює першорядне значення змін способу життя, а саме інтенсивної його модифікації, або «терапії способом життя», у профілактиці серцево-судинних захворювань в осіб з високим ризиком їхнього розвитку. Відомо також, що в осіб з метаболічним синдромом X існує підвищений ризик цукрового діабету 2 типу, а діабет є одним з головних факторів ризику серцево-судинних захворювань. Цей погляд збігається з положеннями, що були викладені в загальному документі Американської асоціації серця, Національного інституту серця, легень і крові й Американської діабетичної асоціації «Лікування метаболічного синдрому» [2].

Існують різні варіанти діагностичних критеріїв метаболічного синдрому X: запропоновані Adult Treatment Panel III (АТР III) [1], робочою групою Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) [3], Американською асоціацією клінічних ендокринологів [4]. Останні два перебиваються критеріями АТР III, але відрізняються від нього тим, що для діагностики метаболічного синдрому вимагають прямого підтвердження наявності резистентності до інсуліну.

Взагалі метаболічний синдром X (МСХ, *metabolic syndrome X — MSX*) визначається як складний фактор ризику серцево-судинних захворювань, що часто зустрічається і заслуговує на велику увагу клініцистів. У III доповіді групи експертів з лікування дорослих (АТР III) Національної освітньої програми по холестерину США [1] визначено шість головних компонентів цього синдрому: абдомінальне ожиріння, атерогенна дисліпідемія, підвищений артеріальний тиск, резистентність до інсуліну ± порушення толерантності до вуглеводів (ПТГ), прозапальний стан, протромботичний стан. Пусковим механізмом розвитку метаболічного синдрому X виступає підвищена активність симпатoadреналової системи.

У рідких випадках ознаки метаболічного синдрому можуть з'явитися навіть у дітей і підлітків.

Поширеність метаболічного синдрому з віком збільшується, особливо в середній віковій групі, і сягає максимуму серед літніх. Частота метаболічного синдрому з деяким відставанням наближається до поширеності ожиріння в популяції. У США біля третини осіб з надлишковою масою тіла та/або ожирінням мають метаболічний синдром за критеріями АТР III [5]. Поширеність МСХ збільшується з 6,7 % у віці 20–29 років до 43,5 % у віці 60–69 років. У віці 70 років і більше вона складає 42,0 %. Оскільки в переважній більшості пацієнтів в основі розвитку МСХ лежать неправильне харчування і низька фізична активність, висока поширеність цього синдрому свідчить про необхідність термінових заходів для боротьби з епідемією ожиріння і гіподинамії [1, 2, 5, 7, 10, 12, 17]. Наприклад, поширеність ожиріння в Англії нижча, ніж у Німеччині і США, але тенденція росту відповідає аналогічному показникові в цих країнах [6, 10, 11]. За даними National Institutes of Health, люди з зайвою масою тіла в 2,9 рази частіше хворіють на діабет; у 2,6 рази частіше страждають розладами сну; удвічі частіше впадають у депресію, відчувають біль у спині та у суглобах; у 1,7 рази мають підвищений рівень холестерину в крові; у 1,3 рази частіше страждають на алергію [2, 4, 7, 9].

Висока поширеність ожиріння, паління, низької фізичної активності серед дітей і підлітків підвищує ризик раннього розвитку інфаркту й інсульту в дорослому віці. За даними Всесвітньої Федерації Серця, в усьому світі 18 мільйонів дітей до 5 років мають надлишкову масу тіла; 14 % підлітків 13–15 років палять. Кожна друга дитина, навіть якщо сама не палить, є пасивним курцем — це на 25 % підвищує ризик раку легень і захворювань серця і на 80 % — ризик інсульту. Дві третини дітей в усьому світі ведуть малорухомий спосіб життя [11].

Не меншу проблему складає і проблема підвищеного тиску. На думку Р. Kearney et al. (2005), дані аналізу 30 популяційних досліджень, що охопили