

6. Наказ МОЗ України № 582 від 15.12.03 «Клінічні протоколи з акушерської та гінекологічної допомоги».
7. Татарчук Т.Ф., Бурлака Е.В. Современные принципы диагностики и лечения гиперпластических процессов эндометрия // Здоровье женщины. – №4(16). – 2003. – С.107 – 114.
8. Тихомиров А.Л. Агонисты гонадотропных релизинг-гормонов в лечении миомы матки // Русский медицинский журнал. Мать и дитя. Акушерство и гинекология. – т.18. –№4. – С.1 – 4.
9. Dixon D., He H., Haseman J.K. Immunohistochemical localization of growth factors and their receptors in uterine leiomyomas and matched myometrium. Environ Health Perspect 2000; 108 Suppl 5: 795 – 802.
10. Kitawaki J. Adenomyosis: the pathophysiology of an oestrogen-dependent disease Best Pract. Res Clin Obstet Gynaecol. 2006 Aug, 20 (4):493 – 502.
11. Mario T., Ohara N., Wang J., Matsuo H. Sex steroidal regulation of uterine leiomyoma growth and apoptosis. Hum Reprod Update 2004; 10 (3): 207 – 20.
12. Wu X., Wang H., Englund K. Expression of progesterone receptors A and B and insulin-like growth factor-1 in human myometrium and fibroids after treatment with a gonadotropin-releasing hormone analogue. Fertil Steril 2002; 78 (5): 985 – 93.

#### Увага!

### ЛЕВОНОРГЕСТРЕЛСОДЕРЖАЩАЯ ГОРМОНАЛЬНАЯ СИСТЕМА «МИРЕНА» В ПРОФИЛАКТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ЭСТРОГЕНОЗАВИСИМОЙ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ

Громова А.М., Добровольская Л.М., Лихачев В.К., Дудченко А.А., Макаров О.Г.

У 52 пациенток с эстрогенозависимой гинекологической патологией (лейомиома матки, эндометриоз, гиперпластические состояния эндометрия) проводилось лечение с назначением агонистов ГнРГ (бусерин, люкрин-депо, диферелин) и профилактика рецидива с помощью гормоно-содержащей внутриматочной системы «Мирена». Показана динамика регресса клинических проявлений патологии и ее объективных ультразвуковых показателей в течение трехлетнего периода наблюдения, а также возможность возобновления нарушенной репродуктивной функции.

**Ключевые слова:** агонисты гонадотропинов, система «Мирена», лечение, профилактика.

Стаття надійшла 2.12.10 р.

### HORMONAL SYSTEM OF «MIRENA» IN PROPHYLAXIS AND TREATMENT OF ESTROGENODEPENDENT GYNAECOLOGICAL PATHOLOGY

Gromova A.M., Dobrovolskaya L.M., Likhachev V.K., Dudchenko A.A., Makarov O.G.

For 52 patients with **estrogen** depending gynaecological pathology (leiomyoma of uterus, endometriosis, hyperplastic states of endometrium) was conducted treatment with setting of agonists of GNRG (busserine, lucrin, defereline) and prophylaxis of relapse by hormone-containing endometrial system «Mirena». The dynamics of clinical displays' regress is noted pathologists and its objective ultrasonographic indexes during of three-year period of supervision, and also possibility of proceeding in the broken genetical function.

**Keywords:** agonists of gonadotrophines, system of «Mirena», treatment, prophylaxis.

УДК: 616.89-008.441.13:362.147-036.22

#### Увага!

Головний вивсисоро, медичний клінічний центр "ІВКІ", м. Київ

### СІМЕЙНИЙ СТАН ТА ПСИХОСОМАТИЧНИЙ СТАТУС ЯК ФАКТОРИ РИЗИКУ-АНТИРИЗИКУ ФОРМУВАННЯ ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД ОПОЇДІВ

Проведено порівняльне дослідження частоти різних видів сімейного стану, психічного статусу та приналежності до певних конституційно-морфологічних типів. Встановлено, що серед вивчених факторів ризику формування залежності від опіоїдів найбільш потужними є: астенічний конституційно-морфологічний тип з окружність грудної клітини < 91 см та перебування на обліку в ПНД. Відповідно найбільш потужними факторами антиризiku формування залежності від опіоїдів виявились: нормостенічний та гіперстенічний конституційно-морфологічні типи.

**Ключові слова:** залежність від опіоїдів, фактори ризику, сімейний стан та психосоматичний статус.

*Робота виконана відповідно до плану науково-дослідної роботи кафедри наркології Харківської медичної академії післядипломної освіти: "Об'єктивізація діагностики і нові підходи до лікування та реабілітації коморбідних станів в наркології" (№ держреєстрації 0108U002113).*

Стани залежності взагалі і залежність від опіоїдів зокрема відноситься до розладів складного, біопсихосоціального походження [2, 3, 10, 11, 13-18]. Так, зокрема, за даними фахової літератури на ризик формування і клінічний перебіг розладів наркологічного профілю, істотно впливають: поточний сімейний стан, психічний статус та приналежність до конституційно-морфологічного типу [1, 5-8, 19-21]. Вивченню цих

обставин присвячені численні публікації, але наведені в них дані часто постають фрагментарними, а іноді - просто суперечать один одному.

**Метою** роботи була оцінка сімейного стану та психосоматичного статусу, як факторів ризику-антиризик формування залежності від опіоїдів.

**Матеріал та методи дослідження.** Основні дослідження за темою проводились в період з 2001 року до 2009 року в клініці психіатрії Головного військового клінічного госпіталю Міністерства оборони України (м. Київ). Всього було обстежено 540 осіб (чоловіків), в тому числі 270 осіб основної групи, що мали залежних від опіоїдів (шифр діагнозу F11.2 за МКХ-10), а також 270 осіб без ознак залежності від психоактивних речовин (контрольна група). Відомо, що ризик формування як залежності від опіоїдів, так і афективних розладів істотно залежить від віку особи та рівня її освіти. Також відомо, що і залежність від опіоїдів, і афективні розлади поширені в регіонах України досить нерівномірно. Ось чому, контрольна група формувалась методом "парного підбору" по відношенню до основної, таким чином, щоб зазначені соціально-демографічні характеристики її членів (вік на момент обстеження, рівень освіти та регіон мешкання), а також додаткова характеристика (служба у лавах збройних сил) відповідали аналогічним характеристиками членів основної групи. Для визначення сімейного стану та особливостей психосоматичного статусу було використано метод опитування респондентів та їхніх матерів [9], а також антропометричний метод [12].

Фактори ризику-антиризик щодо формування залежності від опіоїдів, які мали бути виявлені в процесі виконання цієї роботи, передбачалось в подальшому використовувати у складі багатофакторної процедури розпізнання патологічних процесів за Гублером Е.В. [4], тому для кожного з потенційних факторів розраховувались необхідні для згаданої вище процедури розпізнання патологічних процесів діагностичні коефіцієнти (ДК) та міри інформативності Кульбака (МІ) [4].

**Результати дослідження та їх обговорення.** За багатьма свідченнями стан соціально (насамперед, мікросоціального) оточення особи в преморбіді істотно впливає на формування і розвиток адиктивного розладу. З огляду на це, саме сімейний стан обстежених осіб був розглянутий першим, як фактор ризику-антиризик формування залежності від опіоїдів (табл. 1, рис. 1).

Таблиця 1

**Розподіл осіб, залежних від опіоїдів (основна група), і осіб без ознак залежності від психоактивних речовин (контрольна група) за їхнім поточним сімейним станом (ПСС)**

Поточний сімейний стан	Контрольна (n=270)		Основна (n=270)		Достовірність відмінностей (P <sub>ТМФ</sub> <sup>1)</sup> )	Відношення частот	ДК <sup>2)</sup>	МІ <sup>2)</sup>
	Абс. (осіб)	Відн. (%)	Абс. (осіб)	Відн. (%)				
- неodrужений	128	47,41	117	43,33	0,04	0,91	-0,39	0,01
- одружений (в 1-му шлюбі)	97	35,92	82	30,37	0,03	0,85	-0,73	0,02
- розлучений	43	15,93	66	24,45	0,004	1,53	1,86	0,08
- одружений (повторно)	2	0,74	4	1,48	0,2	2,00	3,01	0,01
- вдівець	0	0,00	1	0,37	0,5	-	-	-

Примітки: <sup>1)</sup> достовірність відмінностей поміж частотами ознак, що вивчались, у осіб, залежних від опіоїдів, та у практично здорових осіб розраховувалась точним методом Фішера (ТМФ) <sup>2)</sup> - Умовні позначення: ДК – діагностичний коефіцієнт, МІ – міра інформативності Кульбака.

Одержані дані свідчать про те, що найбільш достовірним (p=0,004) та інформативним (ДК=1,86; МІ=0,08) фактором ризику формування залежності від опіоїдів, є самотність внаслідок розлучення. Такий сімейний стан у осіб залежних від опіоїдів зустрічався в 1,53 рази частіше, ніж у практично здорових осіб. Формально, ще більший ризик пов'язаний із перебуванням у повторному шлюбі (такий сімейний стан у осіб залежних від опіоїдів зустрічався в 2,00 рази частіше, ніж у практично здорових осіб), однак кількість спостережень і, відповідно, недостатньо висока достовірність (p=0,2) не дозволяють розглядати цю ознаку, як надійний фактор ризику. Теж саме повною мірою відноситься і до сімейного стану "вдівець". Серед 540 обстежених в двох групах було знайдено лише одну таку людину (серед осіб, залежних від опіоїдів).

Водночас, найбільш безпечними, в плані можливості формування залежності від опіоїдів, є стани: "неodrужений" (ДК= -0,39, МІ=0,01 при p=0,04) і "одружений, що знаходиться в 1-му шлюбі" (ДК= -0,7, МІ=0,02 при p=0,03). Ці типи сімейного стану у осіб залежних від опіоїдів зустрічались рідкіше в 0,91 рази і в 0,85 рази відповідно. Однак, коли йдеться про безпечність стану "неodrужений", слід пам'ятати, що обстежені в межах цієї роботи особи – це, переважно, молоді люди, які ще просто не встигли одружитися. Однак згодом, в більш зрілому віці, самотність, цілком можливо, стане фактором ризику формування залежності від опіоїдів. Однак для перевірки цього припущення необхідні подальші дослідження. Відомо, що генетичні фактори, які впливають на ризик формування психічних та поведінкових розладів не є строго специфічними. На користь цього припущення свідчать дані про сімейне накопичення випадків різноманітних психічних, а також деяких соматичних розладів в родинях психічно хворих осіб взагалі і осіб, що страждають на стани залежності, зокрема. Часто в процесі обстеження хворих та їхніх родичів з'ясується, що вони не завжди спроможні розрізнити, наприклад, неврологічну й психіатричну патологію. Для того

щоб уникнути викривлень пов'язаних з цією обставиною, слід знайти і використати надійну формальну ознаку, яка буде достовірно свідчити про факт шуканого психоневрологічного розладу. Такою ознакою, безперечно, може бути факт перебування на обліку в психоневрологічному диспансері (табл. 2; рис. 2).

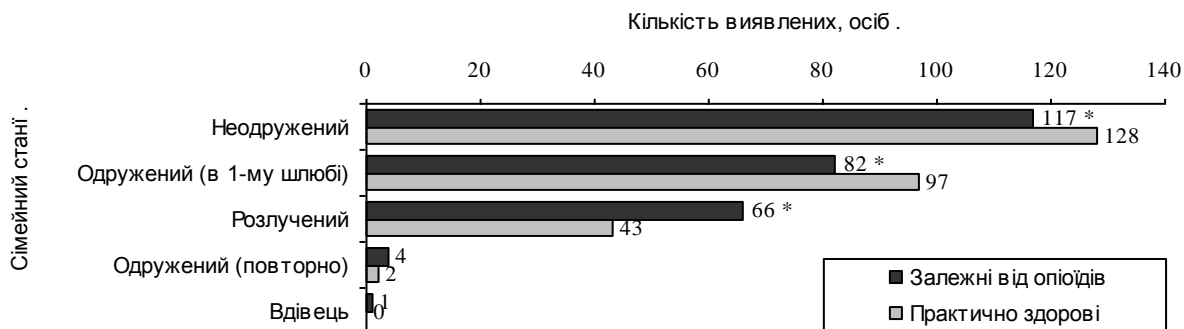


Рис. 1 - Розподіл осіб, залежних від опіоїдів, і осіб без ознак залежності від психоактивних речовин за їхнім поточним сімейним станом. Примітка: \* - відмінність від групи практично здорових осіб достовірна ( $p < 0,05$ ). Достовірність відмінностей оцінено точним методом Фішера (ТМФ).

Таблиця 2

**Розподіл осіб, залежних від опіоїдів (основна група), і осіб без ознак залежності від психоактивних речовин (контрольна група) за ознакою перебування на обліку в психоневрологічному диспансері (рівня наявного психічного розладу)**

Чи перебував на обліку в психоневрологічному диспансері (ПНД):	Контрольна (n=270)		Основна (n=270)		Достовірність відмінностей ( $P_{ТМФ}^1$ )	Відношення частот	ДК <sup>2)</sup>	МІ <sup>2)</sup>
	Абс. (осіб)	Відн. (%)	Абс. (осіб)	Відн. (%)				
- ні	255	94,44	237	87,78	0,003	0,93	-0,32	0,01
- так	15	5,56	33	12,22	0,003	2,20	3,42	0,11
в т.ч. з приводу розладу невротичного рівня	15	5,56	29	10,74	0,01	1,93	2,86	0,07

Примітки: 1) - достовірність відмінностей поміж частотами ознак, що вивчалися, у осіб, залежних від опіоїдів, та у практично здорових осіб розраховувалась точним методом Фішера (ТМФ). 2) - Умовні позначення: ДК – діагностичний коефіцієнт, МІ – міра інформативності Кульбака.

Було встановлено, що факт перебування на обліку в психоневрологічному диспансері (з приводу будь-якої психоневрологічної патології) у осіб залежних від опіоїдів зустрічався в 2,20 рази частіше (ДК=3,42, МІ=0,11 при  $p=0,003$ ), ніж у практично здорових осіб. Трохи менш інформативним є ознака "перебування на обліку в психоневрологічному диспансері з приводу розладів неспсихотичного рівня. Особи з такою ознакою зустрічались серед залежних від опіоїдів зустрічався в 1,93 рази частіше (ДК=2,86, МІ=0,07 при  $p=0,01$ ), ніж у практично здорових осіб. Ці спостереження свідчать про те, що в процесі оцінки ризику формування залежності від опіоїдів не варто відокремлювати неспсихотичні розлади від психотичних. Слід враховувати будь-яку психопатологію, що спричинила необхідність диспансерного спостереження, оскільки такий підхід сприяє точності оцінки, про яку йдеться. З іншого боку, відсутність факту перебування на диспансерному обліку є хоча і достовірним ( $p=0,003$ ), але дуже слабким фактором антиризик формування залежності від опіоїдів (ДК=-0,32, МІ=0,01), і це не дивно, адже особи з цією ознакою зустрічаються серед залежних лише в 0,93 рази рідкіше, ніж серед практично здорових. Іншими словами, відсутність факту перебування на обліку в психоневрологічному диспансері ще ні про що не свідчить, в той час як наявність такого факту – є (в разі присутності інших подібних обставин) додатковим аргументом на користь діагнозу "залежності від опіоїдів".



Рис. 2 - Розподіл осіб, залежних від опіоїдів (А), і осіб без ознак залежності від психоактивних речовин (Б) за ознакою перебування на обліку в психоневрологічному диспансері (рівня наявного психічного розладу). Примітка: \* - відмінність від групи практично здорових осіб достовірна ( $p < 0,05$ ). Достовірність відмінностей оцінено точним методом Фішера (ТМФ).

Конституційно-морфологічний тип (КМТ) є ознакою, оцінка якої не вимагає складної апаратури і може бути засвоєна широким колом лікарів. Хоча питання про зв'язок КМТ і схильністю до станів залежності залишається

дискусійним, ціла низка публікацій вказує на те що деякі конституційно-морфологічні типи корелюють з підвищеним ризиком формування розладів наркологічного профілю. Ось чому, деякі антропометричні ознаки (довжина тіла та окружність грудної клітини), а також КМТ також були включені до аналізу (табл. 3; рис. 3).

Таблиця 3

**Розподіл осіб, залежних від опіоїдів, і осіб без ознак залежності від психоактивних речовин за деякими антропометричними ознаками та конституційно-морфологічним типом**

Антропометрична ознака, та конституційно-морфологічний тип:	Контрольна (n=270)		Основна (n=270)		Достовірність відмінностей (P <sub>ТМФ</sub> <sup>1)</sup> )	Відношення частот	ДК <sup>2)</sup>	МІ <sup>2)</sup>
	Абс. (осіб)	Відн. (%)	Абс. (осіб)	Відн. (%)				
Довжина тіла стоячи (ДТС)								
ДТС: < 160 см	63	23,33	66	24,44	0,08	1,05	0,20	0,00
ДТС: 171 – 180 см	146	54,08	145	53,71	0,07	0,99	-0,03	0,00
ДТС: > 180 см	61	22,59	59	21,85	0,08	0,97	-0,14	0,00
Окружність грудної клітини (ОГК)								
ОГК: < 91 см	65	24,07	112	41,49	0,000006	1,72	2,36	0,21
ОГК: 91 – 100 см	152	56,30	118	43,70	0,0009	0,78	-1,10	0,07
ОГК: > 100 см	53	19,63	40	14,81	0,03	0,75	-1,22	0,03
Конституційно-морфологічний тип (КМТ)								
КМТ: астеничний	51	18,89	126	46,66	<0,000001	2,47	3,93	0,55
КМТ: нормостенічний	189	70,00	129	47,78	<0,000001	0,68	-1,66	0,18
КМТ: гіперстенічний	30	11,11	15	5,56	0,008	0,50	-3,01	0,08

Примітки: <sup>1)</sup> - достовірність відмінностей поміж частотами ознак, що вивчались, у осіб, залежних від опіоїдів, та у практично здорових осіб розраховувалась точним методом Фішера (ТМФ). <sup>2)</sup> - Умовні позначення: ДК – діагностичний коефіцієнт, МІ – міра інформативності Кульбака.

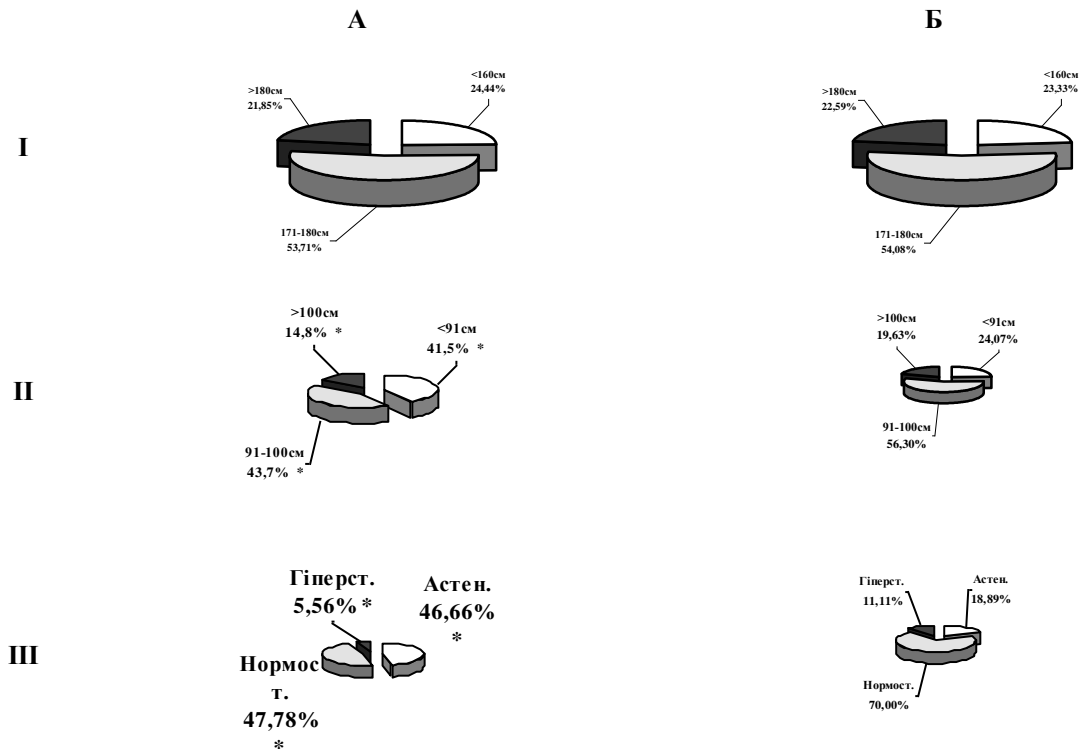


Рис. 3. - Розподіл осіб, залежних від опіоїдів (А), і осіб без ознак залежності від психоактивних речовин (Б) за ознаками: довжини тіла (I), окружності грудної клітини (II) та за конституційно-морфологічним типом (III). Примітка: \* - відмінність від групи практично здорових осіб достовірна (p<0,05). Достовірність відмінностей оцінено точним методом Фішера (ТМФ).

Було встановлено, що довжина тіла стоячи (ДТС) в жодному з проаналізованих діапазонів не може слугувати фактором ризику формування залежності від опіоїдів. Адже відмінності у частотах представленості осіб з різною величиною ДТС в групах порівняння (табл. 3; рис. 3.А.І-БІ) не були достатньо достовірними (p>0,05). Однак

такі достовірні відмінності були знайдені за ознакою "окружність грудної клітини"(ОГК) (табл. 3; рис. 3.А.ІІ-БІІ). Так, наприклад, ОГК <91 см зустрічалась серед осіб залежних від опіоїдів достовірно частіше (в 1,72 рази при  $p=0,000006$ ), ніж в групі практично здорових осіб, що дозволяє розглядати цю ознаку, як фактор ризику формування залежності від опіоїдів (ДК= 2,36, МІ=0,21). І навпаки, ОГК 91 – 100 см та ОГК > 100 см зустрічались серед осіб залежних від опіоїдів достовірно рідкіше (в 0,78 рази та 0,75 рази при  $p=0,0009$  та  $p=0,03$ , відповідно), ніж в групі практично здорових осіб, що дозволяє розглядати ці ознаки, як фактори антиризiku формування залежності від опіоїдів (з ДК= -1,10 при МІ=0,07 та з ДК= -1,22 при МІ=0,03). Наявність достовірних відмінностей в ОГК, при інших рівних умовах, закономірно призвела до достовірних відмінностей у частотах представленості різних КМТ в групах порівняння про які йдеться (табл. 3; рис. 3.А.ІІІ-БІІІ).

Так, астеничний КМТ зустрічався серед осіб залежних від опіоїдів достовірно частіше (в 2,47 рази при  $<0,000001$ ), ніж в групі практично здорових осіб, що дозволяє розглядати цю ознаку, як фактор ризику формування залежності від опіоїдів (ДК= 3,93, МІ=0,55). І навпаки, нормостеничний та гіперстеничний КМТ зустрічались серед осіб залежних від опіоїдів достовірно рідкіше (в 0,68 рази та 0,50 рази при  $<0,000001$  та 0,008, відповідно), ніж в групі практично здорових осіб, що дозволяє розглядати ці ознаки, як фактори антиризiku формування залежності від опіоїдів (з ДК= -1,66 при МІ=0,18 та з ДК= -3,01 при МІ=0,08).

#### Висновок

1. Факторами ризику формування залежності від опіоїдів є (в порядку зменшення інформативності): астеничний конституційно-морфологічний тип (ДК = +3,93; МІ = 0,55 при  $p < 0,000001$ ); окружність грудної клітини: < 91 см (ДК = +2,36; МІ = 0,21 при  $p = 0,000006$ ); перебування на обліку в ПНД (ДК = +3,42; МІ = 0,11 при  $p = 0,003$ ); поточний сімейний стан - розлучений (ДК = +1,86; МІ = 0,08 при  $p = 0,004$ ).
2. Факторами антиризiku формування залежності від опіоїдів є (в порядку зменшення інформативності): нормостеничний конституційно-морфологічний тип (ДК = -1,66; МІ = 0,18 при  $p < 0,000001$ ); гіперстеничний конституційно-морфологічний тип (ДК = -3,01; МІ = 0,08 при  $p = 0,008$ ); окружність грудної клітини: 91 – 100 см (ДК = -1,10; МІ = 0,07 при  $p = 0,0009$ ); окружність грудної клітини: > 100 см (ДК = -1,22; МІ = 0,03 при  $p = 0,03$ ); поточний сімейний стан - одружений (в 1-му шлюбі) (ДК = -0,73; МІ = 0,02 при  $p = 0,03$ ); відсутність перебування на обліку в ПНД (ДК = -0,32; МІ = 0,01 при  $p = 0,003$ ); поточний сімейний стан - неодружений (ДК = -0,39; МІ = 0,01 при  $p = 0,04$ ).

*Перспективи подальших досліджень у даному напрямку. В подальшому планується продовжити ідентифікацію інших факторів ризику-антиризiku залежності від опіоїдів, оцінку їхніх діагностичних коефіцієнтів та мір інформативності з метою створення методики визначення індивідуального ризику формування цього розладу на основі послідовної процедури Вальда у модифікації Е.В. Гублера [4].*

#### Література

1. Артемчук А.П. Проблема коморбізму алкогольної хвороби та клініко-патогенетичне обґрунтування комплексних терапевтичних програм: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня докт. мед. наук: спец. 14.01.17 – "Наркологія" / А.П. Артемчук. – Київ, 2005. – 48 с.
2. Атраментова Л.А. Гены и поведение. / Л.А. Атраментова, О.В. Филиппова. – Харків: "Ліхтар", "Современная печать", 2008. – 496 с.
3. Атраментова Л.А. Генетическое исследование алкоголизма и наркомании у женщин / Л.А.Атраментова, И.К.Сосин, О.В.Побережная // Актуальні питання неврології, психіатрії та наркології: наук.-практич. конф., 7-8 жовт. 1997 р.: тези доповідей. – Вінниця, 1997. – С. 132-133.
4. Гублер Е.В. Вычислительные методы анализа и распознавания патологических процессов / Гублер Е.В. - М.: Медицина, 1978. – 294 с.
5. Линский И.В. Предрасположенность к заболеваниям наркологического профиля и прогрессивность опиомании / И.В. Линский // Таврический журнал психиатрии. – 2000. – № 4 (15) . – С. 22–25.
6. Линский И.В. Семейный анамнез как источник информации о предрасположенности к заболеваниям наркологического профиля / И.В. Линский // Український медичний часопис. – 2000. – № 5 (19) . – С. 141–144.
7. Линский И.В. Соотношение генетических и средовых детерминант в развитии опийной наркомании у больных с различной прогрессивностью ее течения / И.В. Линский // Архів психіатрії. – 2000. – № 3-4 (22-23). – С. 31–34.
8. Лінський І.В. Про співвідношення генетичних і середовищних детермінант в розвитку захворювань наркологічного профілю / І.В.Лінський, Л.О. Атраментова, Е.Г. Матюзок // Український вісник психоневрології. – 1998. – № 3 (18). – С. 97–99.
9. Мерфи Э.А. Основы медико-генетического консультирования / Э.А. Мерфи, Г.А.Чейз – М.: Медицина, 1979. –389 с.
10. Сосин И.К. Наследственная отягощенность больных алкоголизмом разной степени гетерозиготности / И.К. Сосин, Л.А. Атраментова, Е.А. Приходько // Материалы 5-го съезда генетиков и селекционеров Украины: науч.-практич. конф., 10-11 октября 1986 г.: тезисы докладов. – Киев, 1986. – С. 5.
11. Сосин И.К. Ипохондрическая симптоматика при алкоголизме у больных с наследственной отягощенностью по линии шизофрении / И.К.Сосин, Г.Н. Мысько, Ю.Ф. Чуев // Психосоматич. расстройства: совместная научная сессия, 23-24 октября 1995 г.: тез. докладов. – Харьков-Луганск, 1995. – С. 97-98.
12. Чтецов В.П. Опыт объективной диагностики соматических типов на основе измерительных типов у мужчин / В.П.Чтецов, Н.Ю.Лутовинова, М.И.Уткина // Вопросы антропологии. – 1978. – № 4 (58). – С. 3–14.

13. Bousman C.A. Preliminary evidence of ethnic divergence in associations of putative genetic variants for methamphetamine dependence / C.A. Bousman, S.J. Glatt, J.H. Atkinson // *Psychiatry Research*. – 2010. – № 1. – P. 15–19.
14. Button T.M. Perceived peer delinquency and the genetic predisposition for substance dependence vulnerability / T.M. Button, M.C. Stallings, S.H. Rhee // *Drug and Alcohol Dependence*. – 2009. – № 1. – P. 1–8.
15. Freedman R. Genetic investigation of race and addiction / R. Freedman // *American Journal of Psychiatry*. – 2009. – № 9. – P. 967–968.
16. Gruzca R.A. Co-occurring risk factors for alcohol dependence and habitual smoking: update on findings from the Collaborative Study on the Genetics of Alcoholism / R.A. Gruzca, L.J. Bierut // *Alcohol Research and Health*. – 2006. – № 3. – P. 172–178.
17. Higuchi S. New findings on the genetic influences on alcohol use and dependence / S. Higuchi, S. Matsushita, H. Kashima // *Current Opinion in Psychiatry*. – 2006. – № 3. – P. 253–265.
18. Hill S.Y. Childhood risk factors for young adult substance dependence outcome in offspring from multiplex alcohol dependence families: a prospective study / S.Y. Hill, S.R. Steinhauer, J. Locke-Wellman // *Biological Psychiatry*. – 2006. – № 8. – P. 750–757.
19. Hou Q.F. Potential association of DRD2 and DAT1 genetic variation with heroin dependence / Q.F. Hou, S.B. Li // *Neuroscience Letters*. – 2009. – № 2. – P. 127–130.
20. Hurd Y.L. Perspectives on current directions in the neurobiology of addiction disorders relevant to genetic risk factors / Y.L. Hurd // *CNS Spectra*. – 2006. – № 11. – P. 855–862.
21. Xian H. Genetic and environmental contributions to nicotine, alcohol and cannabis dependence in male twins / H. Xian, J.F. Scherrer, J.D. Grant // *Addiction*. – 2008. – № 8. – P. 1391–1398.

Резюме

**СЕМЕЙНОЕ ПОЛОЖЕНИЕ И ПСИХОСОМАТИЧНИЙ СТАТУС ЯК ФАКТОРИ РИСКА-АНТИРИСКА ФОРМУВАННЯ ЗАВИСИМОСТІ ОТ ОPIOIDОВ**

**Друзь О.В.**

Проведено порівняльне дослідження частоти різних видів сімейного положення, психічного статусу і приналежності до певних конституційно-морфологічних типів. Встановлено, що серед досліджуваних факторів ризику формування залежності від опіоїдів найбільш потужними є астеничний конституційно-морфологічний тип з окружністю грудної клітки < 91 см і перебування на учеті в ПНД. Відповідно найбільш потужними факторами антиризика формування залежності від опіоїдів виявилися: нормостеничний і гіперстеничний конституційно-морфологічні типи.

**Ключові слова:** залежність, фактори ризику, сімейне положення, психосоматичний статус.

Стаття надійшла 6.12.10 р.

**THE MARITAL STATUS AND PSYCHOSOMATIC STATUS, AS RISK'S FACTORS OR ANTIRISK'S FACTORS OF OPIOID DEPENDENCE'S FORMATION**

**Druz' O.V.**

Comparative research of frequency of different kinds of the marital status, the mental status and belonging to the certain constitutional and morphological types, in the elected groups was carried out. It is established that among all investigated risk factors of formation of dependence from opioids the most powerful are asthenic constitutional and morphological type with a circle of chest < 91 sm and follow-up in psychoneurological dispensary. Accordingly the most powerful factors of antirisk of formation of dependence from opioids appeared: normosthenic and hypersthenic constitutional and morphological types.

**Key words:** opioid' dependence, risk factors marital status and psychosomatic status.

УДК 616.37-002.2:576.8.097.29:616-006.327:616.36-008.6

О.С. Крилова, Т.М. Солта, Б.Ф. Шевченко, В.М. Ратчик  
Д-р Інститут гастроентерології АМН України, м. Дніпропетровськ

**БІОХІМІЧНІ ПОКАЗНИКИ ЗАПАЛЕННЯ, ЕНДОТОКСЕМІЇ, ФІБРОЗУ, ХОЛЕСТАЗУ У ХВОРИХ НА РІЗНІ ФОРМИ ХРОНІЧНОГО ПАНКРЕАТИТУ**

Для хворих на хронічний панкреатит характерний розвиток явищ ендотоксемії (підвищення рівня МСМ), фіброзу (підвищення рівня ГА і ОП<sub>б/зв</sub>), холестазу (Х-ЛП), порушення обміну ліпідів (зменшення рівня загальних ліпідів), збільшення кількості міді та зменшення кальцію в сироватці крові. У хворих на хронічний панкреатит, ускладнений післянекротичною кістою підшлункової залози відмічались вірогідно вищий ступінь ендогенної інтоксикації та більш виражені запальні і деструктивні процеси в організмі ніж у хворих на неускладнений хронічний панкреатит.

**Ключові слова:** хронічний панкреатит, ендотоксемія, холестаз, фіброз

В Україні за останні роки поширеність захворювань підшлункової залози (ПЗ) зросла на 118,6%, а захворюваність – на 91,5%. Хронічним панкреатитом (ХП) зазвичай страждають пацієнти працездатного віку, що робить проблему цієї патології не тільки медичною, але і медико-соціальною. Втрата працездатності в цьому випадку може бути не тільки тимчасовою, але і постійною. Так, близько 15,0% хворих ХП є інвалідами. Часто спостерігаються ускладнення, прогресує функціональна недостатність ПЗ [1,2].