

Список використаної літератури

1. Бурлаков А. В. Шизофрения и расстройства шизофренического спектра, коморбидные сердечно-сосудистой патологии (клиника, психосоматические соотношения, терапия) : дис. на соискание ученой степени канд. мед. наук : 14.01.16 / Алексей Вячеславович Бурлаков; Научный центр психического здоровья РАМН. – М., 2006. – 213 с.
2. Гурович И. Я. Психосоциальное лечебно-реабилитационное направление в психиатрии / И. Я. Гурович, Я. А. Сторожакова, А. Б. Шмуклер // Социальная и клиническая психиатрия. – 2004. – № 1 (14). – С. 81–86.
3. Козловский В. Л. Оценка качества жизни больных шизофренией при проведении поддерживающей терапии (методические рекомендации) / В. Л. Козловский, С. Ю. Масловский – СПб., Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В. Бехтерева. – 22 с.
4. Краткий опросник Всемирной организации здравоохранения для оценки качества жизни (The world health organization quality of life (whoqol) – bref) // The world health organization, Geneva. – 2004. – 6 с.
5. Любов Е. Б. Социально-экономическое бремя шизофрении / Е. Б. Любов // Социальная и клиническая психиатрия. – 2012. – № 12 (2). – С. 8.
6. Марута Н. А. Проблема коморбидности в современной психиатрии. Теоретический, клинический, терапевтический и организационные аспекты / Н. А. Марута // Здоров'я України. – 2013. – № 12. – С. 38–39.
7. Смашина О. Е. Синдромогенез параноїдної шизофренії, коморбідної з соматичною патологією : автореф. дис. на здобуття наукового ступеня канд. мед. наук : 14.01.16 / Смашина Олена Євгенівна; Український науково-дослідний інститут соціальної і судової психіатрії та наркології. – К., 2012. – 20 с.
8. Софронов А. Г. Нейрокогнитивный дефицит и социальное функционирование при шизофрении: комплексная оценка и возможная коррекция / А. Г. Софронов, А. А. Спикина, А. П. Савельев // Социальная и клиническая психиатрия. – 2012. – № 1 (22). – С. 33–37.
9. Шизофрения, коморбидная с артериальной гипертензией: современное состояние проблемы / С. Н. Подвижн, О. Ю. Ширяев, О. Д. Алехина, Д. Л. Шаповалов // Научно-медицинский вестник Центрального Черноземья. – 2013. – № 35. – С. 1–6.
10. Kay S. R. Positive and negative syndromes in schizophrenia: assessment and research / S. R. Kay. – N.Y.: Brunner/mazel, 1991. – 216 p.
11. Marder S. R. Physical health monitoring of patients with schizophrenia / S. R. Marder, S. M. Essock, A. L. Miller // American Journal of Psychiatry. – 2004. – № 161 (1334). – P. 49–52.

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ И РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ С УЧЕТОМ СОПУТСТВУЮЩЕЙ СОМАТИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ

А. А. Ревенок, Я. Ю. Марункевич

При сравнительном анализе эффективности традиционной схемы лечения и реабилитации у больных шизофренией с сопутствующей соматической патологией, включающей лечебно-реабилитационные мероприятия, утвержденные действующими нормативными документами, и предложенной схемы лечения и реабилитации, которая включала такие же мероприятия, дополненные на этапе выхода из острого психоза медикаментозной антидепрессивной терапией, рациональной психотерапией, на этапе формирования ремиссии – медикаментозной антидепрессивной терапией, рациональной психотерапией и телесно-ориентированной психотерапией, а также включением в комплекс лечебно-реабилитационных мероприятий на этапе реабилитации медикаментозной антидепрессивной терапии курсом длительностью 2–3 месяца, семейной психотерапии для улучшения социальной адаптации и телесно-ориентированной психотерапии, была установлена значимо большая эффективность предложенной схемы относительно депрессивных и тревожно-депрессивных проявлений, а также относительно соматической озабоченности, что имеет особое значение у больных с коморбидной соматической патологией. Предложенная схема лечения и реабилитации оказалась также более эффективной в отношении улучшения качества жизни больных шизофренией, как общего, так и связанного с наличием эндогенного психического заболевания. Это дает основания рекомендовать данную схему в качестве базовой для больных шизофренией с сопутствующей соматической патологией, у которых имеются признаки депрессивных и тревожно-депрессивных расстройств, а также ипохондрических фиксаций.

Ключевые слова: шизофрения, коморбидная соматическая патология, лечение, реабилитация.

MODERN APPROACH TO TREATMENT AND REHABILITATION OF PATIENTS WITH SCHIZOPHRENIA WITH CONCOMITANT SOMATIC PATHOLOGY

O. Revenok, Ya. Marunkevych.

A comparative analysis of the effectiveness of conventional treatment regimen and rehabilitation in patients with schizophrenia with concomitant somatic pathology, which included medical and rehabilitation measures adopted by current regulations, and the proposed scheme of treatment and rehabilitation, which included the same measures, complemented on stage out of acute psychosis antidepressant drug therapy, rational psychotherapy, at the stage of remission - drug antidepressant therapy, rational psychotherapy and body-oriented psychotherapy, as well as the inclusion of complex treatment and rehabilitation for drug rehabilitation phase of antidepressant treatment courses lasting 2-3 months of family therapy to improve social adaptation and body-oriented psychotherapy, found significantly greater efficacy of the proposed scheme with respect to depressive and anxious depressive symptoms, as well as the manifestations of somatic concern, which is of particular importance in patients with comorbid somatic disorders. The proposed scheme of treatment and rehabilitation has proven as more effective in improving the quality of life of patients with schizophrenia, both general and specific, due to the presence of endogenous mental illness. This allows us to recommend it as a base for schizophrenic patients with concomitant somatic pathology in which there are signs of depression and anxiety-depressive disorder and hypochondria fixations.

Key words: schizophrenia, komroid somatic pathology, treatment, rehabilitation.

УДК:616-85

К.І. Клебан

ВПЛИВ ЦИРКАДНОЇ ДИСРЕГУЛЯЦІЇ НА ЯКІСТЬ ЖИТТЯ У ПАЦІЄНТІВ З МЕТАБОЛІЧНИМ СИНДРОМОМ X

Український науково-дослідний інститут соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України, м. Київ

Метою дослідження є виявлення особливостей порушень циклу сон–неспання у пацієнтів з метаболічним синдромом X (МСХ) та супутньою невротичною патологією. У даній статті показано результати тестування по анкеті бальної оцінки суб'єктивних характеристик сну, шкалі денної сонливості Евпорта у пацієнтів з МСХ, показано вплив циркадної дисрегуляції на якість життя у даної популяції хворих.

Виявилось, що розлади циркадного ритму досить поширені у пацієнтів з МСХ і коморбідними непсихотичними психічними розладами, було виявлено дисрегуляцію ритму сну за типом затримки фази сну та передчасної фази, які значно впливали на якість життя таких хворих. Саме тому потрібне раннє виявлення циркадної дисрегуляції та своєчасна її корекція з проведенням адекватної комплексної терапії з урахуванням хронобіологічних принципів.

Ключові слова: метаболічний синдром X, циркадний ритм сну, якість життя.

Біологічні ритми – це так звані внутрішній годинник живого організму. Велика кількість різноманітних біоритмів, які існують в нашому організмі, взаємозалежно пов'язані. На даний час їх відомо більше ста. Ще

в 1959 році Франс Хальберг запропонував поділити їх на циркадні (такі як сон–неспання, ритм коливання температури тіла, артеріального тиску (АТ), коливань складу крові), період яких становить близько 24 годин;

ультрадіанні з періодом менше 24 годин (частота серцевих скорочень та дихання, перистальтика кишківника) та інфрадіанні з періодом більше доби (менструальний цикл). Отже, особливості циклічної регуляції функцій накладаються на загальний хід адаптаційного стресу, який охоплює фізіологічні, психічні, екологічні та соціальні аспекти життєдіяльності людини.

Найбільш поширені циркадні ритми, до яких належить цикл сон–неспанння. Десинхронізація – це зміна різних фізіологічних та психічних функцій організму в результаті порушення його роботи відповідно до внутрішніх біоритмів.

Протягом останніх десятиліть все більш актуальною є проблема порушень сну, яка співпадає з ростом захворюваності на метаболічний синдром Х (МСХ). Соціально-економічний прогрес, поява штучного освітлення, загальна комп'ютеризація, телебачення та інші електронні засоби масової інформації, значний ріст стресових ситуацій, низька рухова активність на роботі та поза нею, висока інтенсивність розумової праці призвели до зміни стилю життя людини та до скорочення тривалості сну.

За деякими даними 35% дорослого населення сплять менше 7 годин на добу, а 1/4 частина дорослого та більша частина дітей та підлітків мають проблеми зі сном. Вважається, що оптимальною тривалістю сну є 7,5 годин на добу за відсутності денної сонливості. Відомо, що цикл сон–неспанння значно впливає на основний обмін, харчову поведінку та фізичну активність. Більшість гормонів, які регулюють апетит, також мають циркадний ритм секреції, пов'язані з циклом сон–неспанння.

Відомо, що підвищення маси тіла у пацієнтів з порушеннями сну може бути зумовлено гормональним дисбалансом на фоні гіперактивації симпатoadренолової системи, що призводить до зниження відчуття насичення, підсилення апетиту, зниження швидкості метаболічних процесів та різноманітних вегетативних розладів. А підвищена денна сонливість – до зниження денної активності, що зумовлює подальше збільшення маси тіла та неефективність терапії. Саме тому раннє виявлення порушень сну у даної когорти хворих дозволить вчасно призначити адекватне лікування, яке забезпечить повноцінне та комплексне ведення таких пацієнтів.

Мета роботи: вивчення особливостей порушень циклу сон–неспанння та його вплив на якість життя у пацієнтів з МСХ.

Матеріали та методи дослідження

Авторами було обстежено 126 пацієнтів (61 жінка та 65 чоловіків), які перебували на стаціонарному лікуванні в кардіологічному, терапевтичному та ендокринологічному відділеннях ДЗ «ДКЛ №2 ст. Київ» ДТГО «ПЗЗ». Середній вік пацієнтів становив $47 \pm 3,6$ року.

Всі хворі були обстежені згідно з клінічними протоколами, проконсультовані ендокринологом та іншими спеціалістами відповідно до лікувальних цілей. Для визначення ступеня ожиріння були проведені антропометричні виміри, а саме: маса тіла (кг), зріст (см), обвід талії (см), визначення індексу маси тіла – ІМТ ($\text{кг}/\text{м}^2$). Вісцеральний тип ожиріння встановлювався при обводі талії більше 80 см для жінок та 94 см для чоловіків. Пацієнтам вимірю-

вали АТ, частоту серцевих скорочень, частоту дихання та температуру тіла. В сироватці крові, забір якої проводили зранку натще, визначали рівень глюкози, загального холестерину, холестерину ліпопротеїдів високої та низької густини (ХС ЛПВГ та ХС ЛПНГ), тригліцеридів.

Обстежуваним пропонували пройти огляд лікаря-психіатра та психологічне опитування з метою встановлення ступеня впливу захворювання на нервову систему та психіку. При цьому всі пацієнти були поінформовані про те, що даний огляд проводиться в рамках наукового дослідження. В кожному випадку було одержано усвідомлену інформовану згоду пацієнта на психологічне обстеження.

За допомогою уніфікованої карти обстеження було вивчено соціально-демографічні показники, біологічні ритми визначали шляхом анкетування з використанням міжнародного опитувальника Хорна–Остберга, для визначення наявності порушень в емоційній сфері застосовували скринінгові шкали депресії та тривоги Занга.

З метою виявлення порушень циклу сон–неспанння застосовували: опитувальник якості сну Пітсбургського університету, опитувальник денної сонливості Епворта та анкету бальної оцінки суб'єктивних характеристик сну. Для виявлення порушень дихання уві сні було використано «Анкету для скринінгу синдрому апное у сні».

Оцінку рівня якості життя проводили за допомогою опитувальника SF-36. Даний опитувальник дозволяє оцінити суб'єктивну задоволеність хворого своїм фізичним та психологічним станом, соціальним функціонуванням, а також відображає самооцінку ступеня вираженості больового синдрому. Результати представлені у вигляді оцінок у балах по 8 шкалам: фізичне функціонування (PF), рольове функціонування (RP), фізичний біль (BP), загальний стан здоров'я (GH), життєва активність (VT), соціальне функціонування (SF), рольове емоційне функціонування (RE), психологічне здоров'я (MN). Розрахунки визначають кожен категорію якості життя від 0 до 100 балів (чим більша кількість балів, тим вищий рівень якості життя). Показники PF, RP, BP, GH характеризують фізичний компонент здоров'я, VT, SF, RE, MN – складові психологічного компоненту.

Статистичну обробку отриманих даних здійснювали за допомогою пакету статистичних програм Statistica 6.0 (StatSoft). Всі значення були наведені у вигляді ($M \pm \sigma$), де M – середнє значення показника, σ – стандартне квадратичне відхилення середньої величини. Для оцінки достовірності використовували t критерій Ст'юдента. Відмінність між вибірками вважалася статистично вірогідною при $p < 0,05$.

Результати та їх обговорення

В процесі дослідження всіх пацієнтів було розділено на 3 групи:

- перша група – 50 хворих з МСХ та супутніми психічними розладами з переважанням тривожної симптоматики, яка розподілилася таким чином: тривога легкого ступеня – 20 осіб, середнього ступеня – 28, тяжкого ступеня – 2;
- друга група – 47 хворих з МСХ та депресивними проявами: легка депресія – 28 осіб, депресія середнього ступеня – 19;

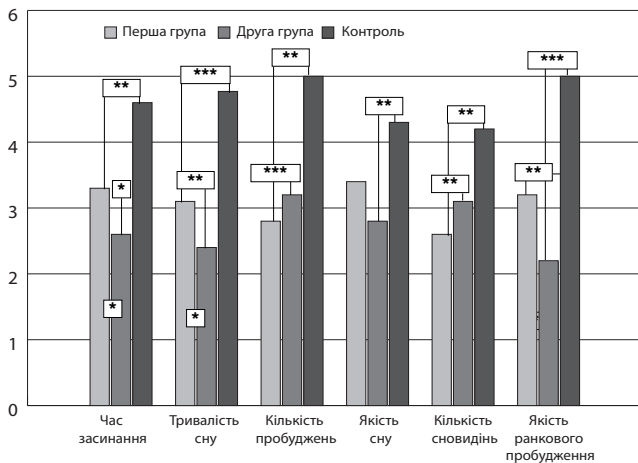


Рисунок. Суб'єктивна оцінка сну у пацієнтів першої групи

• третя група (контрольна) – 29 хворих з МСХ без непсихогічних психічних розладів.

Серед обстежуваних пацієнтів найбільш часто зустрічалися особи з хронотипом «голуби» або «аритміки» – 42% обстежуваних, хронотип «жайворонки» – 34%, хронотип «сови» зустрічався у найменшій кількості випадків – 24%.

Аналіз отриманих даних показав, що у переважній більшості пацієнтів, а саме у 75 (59,5%) обстежуваних, спостерігалася циркадна дисрегуляція у вигляді пре-, інтра- та постсомнічних порушень. Згідно з опитувальником якості сну Пітсбургського університету середнє сумарне значення показника порушення сну становило $9,4 \pm 1,7$ бала. Негативні зміни структури нічного сну супроводжувалися низькою оцінкою денного пильнування та високим рівнем денної сонливості. Значення середнього балу по шкалі сонливості Епворта становили: МСХ з тривогою – 7,9 бала; МСХ з депресією – 9,1 бала; група контролю – 4,6 бала.

Так, при обстеженні суб'єктивної оцінки сну у першій групі (рисунок) середній сумарний бал становив $17 \pm 4,3$ бала. Пацієнти були незадоволені низькою якістю сну з частими неприємними сновидіннями, малою глибиною сну та раптовими пробудженнями, що супроводжувалися страхом, тривогою та вегетативними порушеннями. Також пацієнти скаржилися на важкість засинання та труднощі ранкового пробудження, сонливість у першій половині дня та важкість концентрації уваги. Виявилось, що дану групу обстежуваних також турбували розлади дихання уві сні у вигляді храпу та затримки дихання (апноє). Дані порушення корелювали з високим ІМТ хворих та підвищенням АТ.

Пацієнти другої групи скаржилися на імперативну вечірню сонливість, низьку якість та коротку загальну тривалість сну, відсутність відчуття бадьорості після нічного сну, що корелювали із вираженістю депресивних проявів. Основними скаргами цих пацієнтів були потяг до сну, який зазвичай хворі пересиливали, та пробудження вночі, коли оточуючі сплять, з неможливістю заснути до самого ранку. Тому оцінка суб'єктивних характеристик сну даної категорії обстежуваних становила $16 \pm 2,8$ бала.

При аналізі показників якості життя було виявлено зниження всіх показників якості життя порівняно з групою контролю (таблиця). Зсув у гіршу сторону відмічався у цифрах показників фізичного компоненту здоров'я

(PF, RP, BP, GH), які у пацієнтів 1-ї та 2-ї груп обмежували трудову та повсякденну діяльність, за рахунок зміни маси тіла, хронічного больового синдрому різної локалізації, вегетативних розладів. Так, у пацієнтів 1-ї та 2-ї груп показники фізичного компоненту здоров'я RP та BP були достовірно менші порівняно з групою контролю та становили відповідно $48,7 \pm 2,8$ і $46,2 \pm 2,1$ проти $58,2 \pm 2,7$ та $54,2 \pm 1,8$ і $56,9 \pm 2,3$ проти $72,3 \pm 3,6$ в контрольній групі. Відмічено зміни показника загального стану здоров'я GH, який становив $49,4 \pm 3,6$ в 1-й групі та $49,6 \pm 3,8$ в 2-й групі, що було достовірно менше на 21,9% та 21,5% порівняно з показником контрольної групи.

Негативна тенденція була виявлена і при дослідженні психологічних компонентів здоров'я (VT, SF, RE, MN), що призводило до обмеження соціального функціонування пацієнтів за рахунок підвищеної втомлюваності, денної сонливості, складності концентрації уваги, дратівливості, а також погіршення емоційного стану та поведінки. Отже, за показником VT таке зниження становило $44,4 \pm 2,4$ та $41,9 \pm 1,9$ порівняно з $61,3 \pm 2,5$ в групі контролю, що було достовірно нижче на 27,6% та 31,6% відповідно. Так, психологічні компоненти здоров'я SF та RE були достовірно меншими на 19,5% і 22,3% та 22% і 24,9% відповідно та становили $55,2 \pm 5,4$ і $53,3 \pm 5,2$ проти $68,6 \pm 6,7$ та $44,8 \pm 2,7$ і $43,1 \pm 2,4$ проти $57,4 \pm 4,8$.

Отримані дані свідчать про те, що порушення циклу сон-неспанння здійснює безпосередній вплив на показники якості життя (як психічні, так і фізичні), значно погіршуючи самопочуття, настрій та працездатність обстежуваних.

Висновки

Скаргами на порушення в інсомнічній сфері були розлади циркадного ритму за типом затримки фази сну з «відстроченим» засинанням та труднощами з пробудженням у потрібний час, важкості у першій половині дня, коли сонливість максимальна і знижена увага та інші когнітивні функції. Іншим розладом була зміна циркадного ритму сну за типом передчасної фази сну, яка проявлялася імперативною вечірньою сонливістю, раннім засинанням, важкістю підтримання тривалості сну, незадовільною якістю сну та більш раннім, ніж є потреба, пробудженням. Виявилось, що дані зміни циркадних ритмів призводять до хронічної недостатності нічного сну і відповідній цьому денній сонливості, яка, в свою чергу, обмежує соціальну, професійну та побутову діяльність пацієнтів, значно погіршуючи якість життя даної групи хворих та перебіг основного захворювання.

Саме тому раннє виявлення циркадної дисрегуляції та своєчасна її корекція з проведенням адекватної комплексної терапії допоможе покращити якість життя цих

Таблиця. Якість життя хворих у обстежуваних групах (M±m)

Шкала SF-36	Контрольна група (n=29)	Перша група (n=44)	Друга група (n=35)
Фізичне функціонування (PF)	68,1±5,1	59,4±2,4	58,7±3,1
Фізично-рольове функціонування (RP)	58,2±2,7	48,7±2,8*	46,2±2,1*
Фізичний біль (BP)	72,3±3,6	54,2±1,8*	56,9±2,3*
Загальне здоров'я (GH)	63,2±5,2	49,4±3,6*	49,6±3,8*
Життєва сила (VT)	61,3±2,5	44,4±2,4*	41,9±1,9*
Соціальне функціонування (SF)	68,6±6,7	55,2±5,4*	53,3±5,2*
Емоційно-рольове функціонування (RE)	57,4±4,8	44,8±2,7*	43,1±2,4*
Ментальне здоров'я (MH)	69,2±7,1	49,7±9,2	48,4±5,7

хворих, запобігти погіршенню перебігу МСХ, появі та розвитку нових ускладнень.

Список використаної літератури

1. Арушанян Э.Б. Гормон эпифиза мелатонин и его лечебные возможности / Э.Б. Арушанян // РМЖ. – 2005. – Т. 14, №26. – С. 1755–1760.
2. Байкова И.А. Психофармакологические и психотерапевтические методы лечения нарушений сна: учеб.-метод. пособие / И.А. Байкова. – Минск, 2005. – 24 с.
3. Бурчинский С.Г. Нарушения сна при депрессиях: новые возможности антидепрессантов / С.Г. Бурчинский // Укр. невролог. журн. – 2012. – №2. – С. 84–89.
4. Вейн А.М., Елизулашвили Т.С. Медицина сна. Материалы «XXX Всероссийского совещания по проблемам высшей нервной деятельности». – СПб., 2000. – С. 637–638.
5. Задионченко В.С. Психологические особенности и качество жизни больных артериальной гипертензией с метаболическими факторами риска // Кардиология. – 2002. – Т. 42, №9. – С. 15–19.
6. Лобанова Е.В. Психические нарушения непсихотического характера у больных сахарным диабетом (особенности преморбиды, реакции на болезнь, психоэндокринный и психоорганический синдромы, лечение): автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.18 / Е.В. Лобанова. – Томск, 2005.
7. Левин Я.И., Ковров Г.В., Полуэктов М.Г. и др. Инсомния, современные диагностические и лечебные подходы. – М.: Медпрактика, 2005.
8. Любшина О.В., Верткин А.Л., Максимова М.Ю. Нарушение сна у больных артериальной гипертензией и избыточной массой тела // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2010. – №3. – С. 10–19.
9. Маркин С.П. Диагностика и лечение расстройств сна / С.П. Маркин / Лечащий врач. – 2010. – №4. – С. 54–58.
10. Новик А.А. Руководство по исследованию качества жизни в медицине / А.А. Новик, Т.И. Ионова. – СПб.: Нева; М.: ОЛМАПРЕСС, 2002. – 320 с.
11. Полуэктов М.Г. Хронобиология сна Избранные лекции по неврологии II / Под ред. В.Л. Голубева. – М.: МЕДпресс-информ, 2012. – С. 326–344.
12. Тимченко А.Н. Основы биоритмологии: учеб.-метод. пособие / А.Н. Тимченко. – Харьков: ХНУ имени В.Н. Каразина, 2012. – 148 с.
13. Чабан О.С., Хаустова О.О. Спосіб корекції метаболічного синдрому. – Харьков, Пат. 24084 Україна; Заявл. 07.08.2006; Опубл. 25.06.2006.
14. Чабан О.С., Хаустова Е.А. Лечение расстройств сна у пациентов с метаболическим синдромом X // Междунар. невролог. журн. – 2006. – №4 (8).
15. Muzet A. Alteration of sleep microstructure in psychiatric disorders // Dialogues in clinical neuroscience. – 2005. – Vol. 7. – P. 315–321.
16. Pladevall M., Singal B., Williams L. et al. A Single Factor Underlies the Metabolic Syndrome: A Confirmatory Factor Analysis // Diabetes Care. – 2006. – Vol. 29 (1). – P. 113–122.
17. Sunita M. Stewart et al. Depressive Symptoms Predict Hospitalization for Adolescents With Type 1 Diabetes Mellitus // Pediatrics. – 2005. – Vol. 115. – P. 1315–1319.
18. Jenkinson C. Short form 36 (SF-36) health survey questionnaire normative data for adults of working age / Jenkinson C., Coulter A., Wright L. // British Med. J. – 1993. – Vol. 306. – P. 1437–1440.

ВЛИЯНИЕ ЦИРКАДНОЙ ДИСРЕГУЛЯЦИИ НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ У ПАЦИЕНТОВ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ X

К.И. Клебан

Целью исследования было выявление нарушений цикла сон-бодрствование у пациентов с метаболическим синдромом X (МСХ) и сопутствующей невротической патологией. В данной статье показаны результаты тестирования по анкете балльной оценки субъективных характеристик сна, шкале дневной сонливости Эпворта, показано влияние циркадной дисрегуляции на качество жизни данной популяции больных.

Оказалось, что расстройства циркадного ритма достаточно распространены у пациентов с МСХ и коморбидными непсихотическими психическими расстройствами. Была выявлена дисрегуляция ритма сна по типу задержки фазы сна и по типу опережения (преждевременной фазы) сна, которые значительно ухудшили качество жизни этой группы больных. Именно поэтому необходимо раннее выявление циркадной дисрегуляции и своевременная ее коррекция с проведением адекватной комплексной терапии, учитывая принципы хронобиологии.

Ключевые слова: метаболический синдром X, циркадный ритм сна, качество жизни.

THE INFLUENCE OF CIRCADIAN DYSREGULATION ON QUALITY OF LIFE IN PATIENTS WITH METABOLIC SYNDROME X

K. Kleban

The aim of the study is to identify the characteristics of sleep-wake cycle in patients with metabolic syndrome X and concomitant neurotic disorders. This article shows the results of tests on the questionnaire scoring subjective characteristics of sleep, Epworth daytime sleepiness scale in patients with metabolic syndrome X, the influence of circadian dysregulation on quality of life in this population of patients.

It was found that circadian rhythm disorders are quite common in patients with metabolic syndrome X and comorbid non-psychotic mental disorders, it was found dysregulation of the type of rhythm sleep phase delay of sleep and early phase, which greatly affect the quality of life of these patients. It therefore requires early detection of circadian dysregulation and its timely correction of an adequate complex therapy based on chronobiological principles.

Key words: metabolic syndrome X, circadian rhythm sleep, quality of life.

УДК: 616.86

Д.Н. Сапон

ОСОБЛИВОСТІ ДІАГНОСТИКИ ТРИВОЖНО-ДЕПРЕСИВНИХ РОЗЛАДІВ У ХВОРИХ НА ФІБРОМІАЛГІЮ НА ТЛІ ХРОНІЧНОГО НЕВРОПАТИЧНОГО БОЛЬОВОГО СИНДРОМУ ТРАВМАТИЧНОГО ГЕНЕЗУ

Український науково-дослідний інститут соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України, м. Київ

Ключові слова: фіброміалгія, тривожно-депресивні розлади, реактивно-особистісна тривога, депресія, хронічний невропатичний больовий синдром травматичного генезу.

Було досліджено групи осіб (N = 206) з синдромом хронічного неврологічного болю, в тому числі група пацієнтів з синдромом хронічного неврологічного болю і фіброміалгією. Дослідження виявило серед учасників значну кількість пацієнтів з психічними аномаліями, а саме з тривожними і депресивними розладами. Результати дослідження показали, що рівень тривожності був значно вищим у пацієнтів з фіброміалгією і синдромом хронічного неврологічного болю (СХНБ), порівняно з пацієнтами без СХНБ. Депресивні розлади були діагностовані в основному у пацієнтів з СХНБ.

Мета дослідження: визначити діагностичні критерії та клінічні прояви, встановити особливості поширення тривожно-депресивних розладів у хворих на фіброміалгію та хронічний невропатичний больовий синдром травматичного генезу.

Актуальність. Як зазначено в Доповіді ВООЗ, депресія є величезним тягарем для суспільства та для самого пацієнта, істотно погіршуючи якість його життя [1, 4]. За прогнозами фахівців, депресія претендує на друге місце серед провідних факторів, які визначають