

О. П. Петрюк¹, П. Т. Петрюк²

¹ ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології АМН України»,

¹ Харківська обласна клінічна психіатрична лікарня № 3
(Сабурова дача),

² Харківський міський благодійний фонд психосоціальної
реабілітації осіб із проблемами психіки (м. Харків)

Порівняльні клінічні аспекти застосування ремерону і міртастадіну в лікуванні депресивних розладів

Розглянуті класифікація афективних психозів та соціальне значення депресивних розладів. Вивчена ефективність міртастадіну при лікуванні 38 хворих на депресивну фазу маніакально-депресивного психозу (тужний і тривожний варіанти), що супроводжується симпатикотонічним синдромом. Показана висока ефективність препарату при терапії згаданих варіантів депресивної фази психозу та підтверджена переносимість і безпека препарату, а також відсутність побічних ефектів при дозі до 45 мг на добу. Доведена відсутність достовірних відмінностей в ефективності, переносимості та безпеці препаратів ремерона і міртастадіна в лікуванні згаданих розладів.

Ключові слова: міртастадін, депресивні розлади, терапія, ефективність.

O. P. Petryuk¹, P. T. Petryuk²

¹ Institute of Neurology, Psychiatry and Narcology of AMS of Ukraine,

¹ Kharkiv Regional Clinical Psychiatric Hospital № 3 (Saburova dacha),

² Kharkiv city benevolent fund of psychosocial rehabilitation of persons with the problems of psyche (Kharkiv)

Comparative clinical aspects of application of remeron and mirtastadin are in treatment of the depressed disorders

The classification mood disorders and social significance of the depressive disorders are examined. The efficiency of mirtazapin in treatment of the 38 patients with depressive phase of the bipolar psychosis, accompanied by sympathocotonic syndrome (anxiety and melancholy types) is investigated. The high efficiency of this medication is demonstrated for treatment mentioned types of the depressive phase of the bipolar psychosis such well as confirmed the safety and absence the side effects of the mirtazapine in dosage to 45 mg for day. Absence of reliable distinctions is proved in efficiency, bearableness and safety of preparations of remeron and mirtastadin in treatment of the mentioned disorders.

Keywords: mirtastadin, depressive disorders, efficiency of therapy.

УДК: 616.89-008.441.44-07-036.2:614.87

В. О. Рудь, Ю. О. Фисун

Українська медична стоматологічна академія (м. Полтава)

ДОСЛІДЖЕННЯ ЦИРКАДІАННОГО ДЕСИНХРОНОЗУ У СУЇЦИДЕНТІВ

У роботі на матеріалі 123 випадків здійснення суїцидальної спроби вивчені порушення циркадіанного ритму у суїцидентів. Встановлено, що в усіх обстежених суїцидентів, в порівнянні з контрольною групою, мали місце порушення циркадіанного ритму зовнішньої і внутрішньої природи, найбільш виражені у обстежених з психотичними розладами, причому у представників вечірнього типу неузгодженість циркадіанної ритміки виявилася найбільш високою, а в осіб уранішнього — найбільш низькою. Обстежені індивідуального типу займали проміжне положення, наближаючись за своїми характеристиками до представників уранішнього типу.

Ключові слова: суїцидальна спроба, циркадіанні ритми, десинхроноз, біоритмологія

Проблема аутоагресивної поведінки залишається однією з пріоритетних задач сучасної психіатрії. На сьогоднішній день хронобіологічний аспект аутоагресії становить перспективний напрямок суїцидології, враховуючи той факт, що багато патологічних процесів в організмі супроводжуються десинхронозом, а неузгодженість ритмів, в свою чергу, є однією з причин розвитку патологічних змін [2, 5, 10]. Наукові дослідження останніх років свідчать про важливу роль порушень біологічних ритмів у виникненні та перебігу різних захворювань, в тому числі й психічних [3, 9, 12].

Поряд з цим, в доступній літературі зустрічаються лише поодинокі повідомлення про вплив порушень біологічних ритмів на виникнення суїцидальних дій, зокрема про сезонність аутодеструктивної поведінки [1, 4, 7, 8]. Проте, в них не розглядаються питання стану циркадіанних біологічних ритмів у осіб, що скоюють суїцидальні спроби.

Метою роботи стало вивчення розладів циркадіанної (колододової) ритміки суїцидентів в залежності від клініко-психопатологічної картини та індивідуального хронобіологічного типу.

Методами дослідження були клініко-психопатологічний та біоритмологічний. Циркадіанні ритми осіб з суїцидальною поведінкою вивчались шляхом індивідуального анкетування з використанням модифікованої для середньої смуги СНД анкети Естберга [11] та шляхом визначення об'єктивних показників добових ритмів (реєстрація протягом 6 діб через кожні 3 години показників температури тіла, частоти пульсу, дихання, систолічного і діастолічного артеріального тиску).

Було проведено комплексне клініко-психопатологічне та біоритмологічне обстеження 123 осіб, що здійснили спробу самогубства і були госпіталізовані до Полтавської обласної клінічної психіатричної лікарні ім. О. Ф. Мальцева протягом 2008—2010 рр. Крім того, для більш глибокого розуміння біоритмологічних порушень у суїцидентів було проведено біоритмологічне обстеження 30 здорових осіб контрольної групи, репрезентативних за статтю та віком.

Серед госпіталізованих суїцидентів осіб чоловічої статі було 59 (47,96 %), жіночої — 64 (52,03 %). Обстежені були за віком від 19 до 72 років (середній вік — 44,7 років).

За нозологічним розподілом ми поділили всіх суїцидентів на три групи. Першу групу склали 52 (42,27 %) особи, що страждали на різні психічні захворювання з наявною в клініці активною психопродуктивною симптоматикою. Другу групу обстежених склали 22 (17,88 %) пацієнти, що скоїли спробу самогубства на тлі провідної депресивної симптоматики в рамках гострих реакцій на стрес та розладів адаптації при наявній психічній патології пограничного регістру та хімічних залежностях. До третьої групи увійшло 49 (39,83 %) пацієнтів, що здійснили суїцидальну спробу в рамках гострих реакцій на стрес та розладів адаптації.

У результаті проведеного дослідження було встановлено три типи біологічних ритмів, максимуми яких припадають на ранкові, денні та вечірні години, що,

відповідно до сучасних уявлень про біоритмологічний статус організму, відповідає трьом типам працездатності людини: ранковому, вечірньому та індивідуальному (неіндивідуальному) [6].

Серед суїцидентів чоловічої статі осіб ранкового типу було 26 (44,07 %), вечірнього — 4 (6,78 %) і індивідуального типу — 29 (49,15 %). Розподіл індивідуальних хронотипів серед суїцидентів жіночої статі виглядав таким чином: ранковий та індивідуальний типи виявлено у 25 (39,06 %) осіб відповідно, вечірній — у 14 (21,87 %) жінок. Порівнюючи отримані результати з даними по загальній популяції [5], виявлено відмінності у співвідношенні між біоритмологічними типами як серед чоловіків, так і серед жінок. Показники частоти ранкового типу у суїцидентів чоловічої статі практично збігалися з загальнопопуляційними, в той час як серед жінок-суїцидентів їх було в 1,28 рази менше (39,06 % проти 50,00 %). Осіб вечірнього типу серед суїцидентів-чоловіків було в 2,21 рази менше, ніж в загальній популяції (6,78 % порівняно з 15,00 %), в той час як серед жінок їх, навпаки, було майже в 1,5 рази більше. Осіб індивідуального типу серед чоловіків та жінок з суїцидальною поведінкою було в 1,64 та 1,3 рази більше, ніж в загальній популяції (49,15 % та 39,06 % відповідно проти 30,00 %).

Розподіл госпіталізованих трьох клінічних груп в залежності від індивідуального хронотипу подано в таблиці 1.

Таблиця 1

Розподіл суїцидентів 3-х клінічних груп згідно з індивідуальним хронотипом (N = 123)

Клінічна група суїцидентів	Індивідуальний біоритмологічний тип					
	Ранковий		Індивідуальний		Вечірній	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
I група (n = 52)	28	53,85	17	32,69	7	13,46
II група (n = 22)	7	31,82	12	54,55	3	13,64
III група (n = 49)	16	32,65	25	51,02	8	16,33

Обстежені 1-ї клінічної групи за розподілом індивідуального хронотипу практично не відрізнялись від загальної популяції. Серед суїцидентів 2-ї та 3-ї груп особи вечірнього типу за питомою вагою також суттєво не відрізнялись від загальнопопуляційних показників, однак, співвідношення ранкового та індивідуального типів було помітно змінене в бік підвищення кількості осіб індивідуального типу (в 1,8 разів більше в 2-й групі та в 1,7 — в 3-й, порівняно з розподілом в загальній популяції).

При вивченні біоритмологічного статусу суїцидентів був встановлений в ряді випадків незбіг суб'єктивної оцінки власного хронотипу (за даними опитувальника Естберга) та об'єктивних показників циркадіанних ритмів пацієнтів (табл. 2).

Таблиця 2

Розподіл збігу об'єктивної та суб'єктивної оцінок індивідуального хронотипу у суїцидентів 3-х клінічних груп (N = 123)

Клінічна група	Індивідуальний хронотип								
	Ранковий			Індивідуальний			Вечірній		
	Оцінки		Збіг	Оцінки		Збіг	Оцінки		Збіг
	об'єкт.	суб'єкт.		об'єкт.	суб'єкт.		об'єкт.	суб'єкт.	
I група (n = 52)	28	22	21	17	11	10	7	19	1
II група (n = 22)	7	5	4	12	10	9	3	7	1
III група (n = 49)	16	12	10	25	17	15	8	20	2

Серед суїцидентів, які здійснили спробу самогубства при наявному психотичному розладі, в осіб ранкового типу збіг об'єктивної та суб'єктивної оцінки спостерігався у 21 з 28 (75,00 %) порівняно до осіб індивідуального типу, у яких збіг мав місце у 10 з 17 (58,82 %) ($p > 0,05$) та вечірнього, де цей показник був 1 з 7 (14,29 %) ($p < 0,01$). У той же час, серед суїцидентів 1-ї клінічної групи у 7 (25,00 %) осіб ранкового типу, 7 (41,18 %) індивідуального та 6 (85,71 %) вечірнього суб'єктивна та об'єктивна оцінки не збігалися, тобто найбільше розходження у визначенні власного біоритмологічного статусу спостерігалось серед суїцидентів 1-ї групи вечірнього типу, тоді як найменше — серед осіб ранкового ($p < 0,01$).

Аналогічний аналіз збігу та розходження оцінок серед обстежених 2-ї клінічної групи виявив збіг суб'єктивної та об'єктивної оцінки у 4 (57,14 %) осіб ранкового типу, 9 (75,00 %) індивідуального та 1 (33,33 %) пацієнта вечірнього типу. Розходження оцінок в 2-й клінічній групі мало місце у 3 (42,86 %) осіб ранкового, 3 (25,00 %) індивідуального та 2 (66,66 %) вечірнього типів. Як видно з наведених даних, у обстежених 2-ї групи розходження оцінок також частіше спостерігались у осіб вечірнього типу, рідше — у осіб індивідуального та ранкового типів, однак ці дані статистично малодостовірні ($p > 0,05$), можливо, внаслідок порівняно невеликої кількості суїцидентів в даній групі.

У суїцидентів 3-ї клінічної групи серед осіб ранкового типу збіг оцінок виявлений в 10 (62,50 %) випадках, порівняно з особами індивідуального типу — в 15 (60,00 %) ($p > 0,05$) та вечірнього — в 2 (25,00 %) ($p < 0,05$). У той же час, розходження оцінок біоритмологічного статусу в даній групі спостерігалось у 6 (37,50 %) осіб ранкового, 10 (40,00 %) — індивідуального і 6 (75,00 %) вечірнього типу. Отже, і в 3-й клінічній групі достовірно частіше особи вечірнього типу невірно визначали свій хронотип, тоді як серед осіб ранкового типу такий незбіг був виражений найменше ($p < 0,05$). У обстежених контрольної групи незбіг оцінок власного біоритмологічного статусу серед осіб ранкового типу спостерігався в 1 (3,33 %) випадку, індивідуального — в 2 (6,66 %) і вечірнього — у 5 (16,66 %) осіб, що збігається з загальнопопуляційними тенденціями, описаними в роботах деяких науковців [3, 5].

Під час вивчення об'єктивних клініко-біоритмологічних показників у обстежених суїцидентів було виявлено порушення узгодженості ритмів циркадіанних функцій (внутрішній десинхроноз), що є чітким критерієм дезадаптації в рамках загального адаптаційного синдрому [2, 5]. Прояви внутрішнього десинхронозу полягали у неузгодженості змін систолічного та діастолічного тиску, зсувах акрофаз (найбільших підйомів) чи батифаз (найбільших спадів) одного з показників фізіологічних

функцій відносно іншого, інверсією ритму (збіг акрофази одного фізіологічного параметра з батіфазою іншого), а також сполученням згаданих порушень. Слід відмітити наявність проявів внутрішнього десинхронозу не тільки у вигляді вищезначених неузгоджень фізіологічних параметрів, а й значними розбіжностями в динаміці показників протягом 6 діб реєстрації.

Розподіл типів порушення циркадіанного ритму в обстежених суїцидентів подано в таблиці 3. Як демонструє наведена таблиця, серед госпіталізованих 1-ї клінічної групи прояви внутрішнього десинхронозу у вигляді зсуву акрофази спостерігались в 80,77 % випадків, порівняно з пацієнтами 2-ї групи — в 72,73 % ($p > 0,05$) і 3-ї групи — у 65,31 % госпіталізованих ($p < 0,05$), тобто найбільша частота даного типу внутрішнього десинхронозу мала місце у суїцидентів з психотичними розладами. Зсув батіфази також виявив подібну міжгрупову динаміку: 75,00 % в першій групі проти 54,55 % в другій ($p < 0,05$) і 53,06 % в третій ($p < 0,01$). Інверсія ритму спостерігалась в 28,85 % обстежених першої групи, 27,27 %

другої і 32,65 % третьої, не виявляючи достовірних міжгрупових відмінностей. Сполучені порушення циркадіанних ритмів розподілились відповідно до клінічних груп таким чином: 84,62 % в першій групі проти 59,09 % в другій ($p < 0,05$) і 65,31 % в третій ($p < 0,05$), також демонструючи переважання цього типу циркадіанних розладів у суїцидентів з психотичними порушеннями.

Отже, за загальною сумою виявлених типів внутрішнього десинхронозу найбільш високі показники отримано в обстежених 1-ї клінічної групи. В той же час, показники порушень циркадіанного ритму в усіх трьох групах суїцидентів достовірно відрізнялись від обстежених контрольної групи ($p < 0,01$), де прояви внутрішнього десинхронозу було виявлено у 5 (16,16 %) осіб, причому всі вони належали до вечірнього типу працездатності. Порушення циркадіанного ритму у них були виражені зсувом акрофази та батіфази. Означене збігається з даними досліджень деяких авторів [5, 13] про можливість порушень циркадіанних ритмів у здорових осіб на преморбідному етапі.

Таблиця 3

Розподіл типів внутрішнього десинхронозу у суїцидентів 3-х клінічних груп (N = 123)

Клінічні групи	Індивідуальний хронотип	Тип внутрішнього десинхронозу							
		Зсув акрофази		Зсув батіфази		Інверсія ритму		Сполучені розлади	
		абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
I група (n = 52)	ранковий (n = 28)	22	78,57	19	67,86	7	25,00	22	78,57
	індіферентний (n = 17)	14	82,35	15	88,23	4	23,53	16	94,12
	вечірній (n = 7)	6	85,71	5	71,43	4	57,14	6	85,71
	Усього	42	80,77	39	75,00	15	28,85	44	84,62
II група (n = 22)	ранковий (n = 7)	4	57,14	3	42,86	2	28,57	4	57,14
	індіферентний (n = 12)	9	75,00	8	66,66	4	33,33	7	58,33
	вечірній (n = 3)	3	100,0	1	33,33	—	—	2	66,66
	Усього	16	72,73	12	54,55	6	27,27	13	59,09
III група (n = 49)	ранковий (n = 16)	9	56,25	7	43,75	3	18,75	9	56,25
	індіферентний (n = 25)	18	72,00	14	56,00	10	40,00	17	68,00
	вечірній (n = 8)	5	62,50	5	62,50	3	37,50	6	75,00
	Усього	32	65,31	26	53,06	16	32,65	32	65,31

Подальший аналіз розподілу певних біоритмологічних типів суїцидентів згідно виду порушення циркадіанного ритму (таблиця 3) показав, що в 1-ї клінічній групі особи вечірнього типу виявляли зсув акрофази в 85,71 % випадків, зсув батіфази — в 71,43 %, інверсію ритму — в 57,14 %, сполучені порушення — в 85,71 %, в той час як аналогічні показники у осіб ранкового типу склали 78,57 %; 67,86 %; 25,00 % і 78,57 % відповідно. Особи індіферентного типу виявили підвищені порівняно з ранковим показники по всім варіантам циркадіанних розладів, окрім інверсії ритму, яка була незначно вищою у осіб ранкового типу (25,00 % проти 23,53 %). З іншого боку, представники індіферентного типу перевищували осіб вечірнього за показником зсуву батіфази (88,23 % проти 71,43 %) та сполученими порушеннями (94,12 % проти 85,71 %), тоді як за двома іншими характеристиками (зсув акрофази та інверсія ритму) осіб вечірнього типу було більше.

У суїцидентів з пограничною психічною патологією та наркологічними захворюваннями в анамнезі (2 група)

представники вечірнього типу виявляли переважання компонентів десинхронозу у вигляді зсуву акрофази та сполучених порушень над двома іншими біоритмологічними типами. В той же час, вони показали найнижчі показники зсуву батіфази (33,33 %), а інверсія ритму у них не зустрічалась взагалі. В осіб індіферентного типу показники частоти зсуву акрофази та батіфази, інверсії ритму і сполучених розладів були вище, ніж у ранкового.

У суїцидентів без наявних психічних розладів та хімічних залежностей в анамнезі (3 група) особи вечірнього типу виявляли зсув акрофази та батіфази в 62,50 % випадків відповідно, інверсію ритму — в 37,50 % і сполучені порушення — в 75,00 % спостережень. Особи ранкового типу за означеними характеристиками виявили порівняно менші показники (56,25 %; 43,75 %; 18,75 % і 56,25 % відповідно). У представників індіферентного біоритмологічного типу всі компоненти внутрішнього десинхронозу перевищували такі у ранкового, а за характеристикою зсуву акрофази та інверсії ритму виявились вище, ніж у представників вечірнього хронотипу (72,00 %

проти 62,50 % та 40,00 % проти 37,50 % відповідно). Отже, і в 3-й клінічній групі обстежених розлади фізіологічних функцій виражені більш різко в осіб вечірнього та індиферентного типів, ніж у представників ранкового.

Під час вивчення розподілу суїцидентів кожного циркадіанного хронотипу в залежності від ступеня серйозності суїцидальних дій, виявилось, що серед пацієнтів з високим ступенем серйозності спроби самогубства осіб ранкового типу було 34 (51,52 %), індиферентного — 23 (34,85 %) і вечірнього — 9 (13,64 %), тобто відсотковий розподіл практично відповідав загальнопопуляційному. В той же час, серед обстежених, що здійснили аутоагресивні дії низької серйозності, представники ранкового типу склали 17 (29,82 %) осіб, індиферентного — 31 (54,39 %) і вечірнього — 9 (15,79 %). Порівняльний аналіз наведених даних показує, що між означеними групами суїцидентів суттєвих розбіжностей не було тільки серед осіб вечірнього типу, тоді як пацієнти з високим ступенем серйозності спроби ранкового типу достовірно переважають над обстеженими такого ж циркадіанного типу з низькою серйозністю аутоагресивних дій ($p < 0,01$). Достовірно відмінність встановлено і між особами індиферентного типу в даних групах: обстежених з низьким ступенем серйозності аутоагресії було більше, ніж з високим ($p < 0,05$).

Таким чином, проведене обстеження показало, що в усіх суїцидентів, порівняно з контрольною групою, мали місце порушення циркадіанного ритму зовнішньої та внутрішньої природи, найбільш виражені в обстежених першої клінічної групи, причому у представників вечірнього типу неузгодженість циркадіанної ритміки була найвищою, а в осіб ранкового — найнижчою. Обстежені, що належали до індиферентного типу, займали проміжне положення, наближаючись за своїми характеристиками до осіб ранкового типу.

Враховуючи той факт, що серед обстежених, які здійснили аутоагресивні дії високого ступеня серйозності, пацієнти з психотичними розладами склали 68,18 %, а розподіл біоритмологічних типів серед них практично відповідає такому в загальній популяції, першу клінічну групу обстежених можна уявити як внутрішньопопуляційну когорту високого суїцидального ризику, хронобіологічні характеристики якої загалом відповідають загальнопопуляційним. Останнє, в свою чергу, відбиває характерні для таких суїцидентів ендогенно-аутохтонні механізми формування суїцидальності. З іншого боку,

наявний у пацієнтів низького ступеня серйозності суїцидальної поведінки перерозподіл хронотипів в бік зменшення ранкового та збільшення індиферентного, враховуючи переважну більшість серед них пацієнтів без психотичних розладів, за нашою точкою зору, свідчить про більш адаптивні можливості представників ранкового типу циркадіанного ритму щодо дії соціально-психологічних стресорів, які виявились домінуючими у формуванні суїцидальних проявів таких пацієнтів.

Список літератури

1. Абрамов, А. В. Анализ суицидальной активности сотрудников органов внутренних дел / А. В. Абрамов // Журнал психиатрии и медицинской психологии. — Донецк, 1999. — № 1(5). — С. 47—52.
2. Алякринский, Б. С. Проблема циркадианности / Б. С. Алякринский // Биоритмологические исследования в космической биологии и медицине. — М.: Наука, 1989. — С. 12—34.
3. Арушанян, Э. Б. Хронобиологические особенности невротических расстройств и анксиолитического эффекта психотропных средств / Э. Б. Арушанян // Российский психиатрический журнал. — М., 2000. — № 1. — С. 26—32.
4. Изнак, А. Ф. Современные представления о нейрофизиологических основах депрессивных расстройств / А. Ф. Изнак. В кн.: Депрессии и коморбидные расстройства: под ред. А. Б. Смулевича. — М., 1997. — С. 166—179.
5. Комаров, Ф. И. Хрономедицина и хрономедицина: Руководство / Ф. И. Комаров — М.: Медицина, 1989. — 400с.
6. Новиков, В. С. Биоритмы, космос, труд / Новиков В. С., Деряпа Н. Р. — С.-Пб: Наука, 1992. — 255с.
7. Симуткин, Г. Г. Сезонная ритмика поступления в психиатрическую клинику пациентов с аффективными расстройствами / Г. Г. Симуткин // Таврический журнал психиатрии. — Симферополь, 2000. — Т. 4. — № 3(14). — С. 91—93.
8. Скрипников, А. Н. Биоритмы и агрессия / А. Н. Скрипников, М. А. Касьяненко // Вестник проблем биологии и медицины. — 1997. — № 23. — С. 4—7.
9. Сонник, Г. Т. Эпидемиология, патоморфоз, диагностика и лечение депрессивных состояний с учетом гелиогеофизических факторов: автореф. дис.... д-ра мед. наук / Сонник Г. Т. — М., 1988. — 32с.
10. Сонник, Г. Т. Реабилитация больных неврастенией в зависимости от типа течения и биоритмологического статуса / Сонник Г. Т., Лютенко В. П., Животовская Л. В. // Журнал психиатрии и медицинской психологии. — Донецк, 1995. — № 1. — С. 27—31.
11. Степанова, С. И. Биоритмологические аспекты проблемы адаптации / С. И. Степанова. — М.: Наука, 1986. — 241с.
12. Уинфри, А. Т. Время по биологическим часам / Уинфри А. Т.: пер. с англ. — М.: Мир, 1990. — 208 с.
13. Ashberg M. Biochemical aspects of suicidal behaviour / M Ashberg : Abstr. 6-th Europ. Symp. on Suicide and Suicidal Behaviour (Lund, Sweden, June 12—15, 1996). — Lund University, 1996. — P. 243.

Надійшла до редакції 15.04.2010 р.

В. А. Рудь, Ю. А. Фисун

Українська медична стоматологічна академія
(г. Полтава)

Исследование циркадианного десинхроноза у суицидентов

В работе на материале 123 случаев совершения суицидальной попытки изучены нарушения циркадианного ритма у суицидентов. Установлено, что у всех обследованных суицидентов, по сравнению с контрольной группой, имели место нарушения циркадианного ритма внешней и внутренней природы, наиболее выраженные у обследованных с психотическими расстройствами, причем у представителей вечернего типа несогласованность циркадианной ритмики оказалась наиболее высокой, а у лиц утреннего — наиболее низкой. Обследованные индиферентного типа занимали промежуточное положение, приближаясь по своим характеристикам к представителям утреннего типа.

Ключевые слова: суицидальная попытка, циркадианные ритмы, десинхроноз, биоритмология.

V. O. Rud', Y. O. Fysun

Ukrainian medical Stomatological Academy (Poltava)

Investigation of circadian desynchronization in patients with suicidal attempt

In this work on the material of 123 cases of suicidal attempts there were studied the circadian rhythms disorders in suicidal patients. There were established in all suicidal patients comparing control group external and internal disorders of circadian rhythms. They were most significant in patients with psychotic disorders it being found that in evening type representatives disagreement of circadian rhythms was most significant and in morning type representatives — most insignificant. Indifferent type persons has an intermediate position approaching to morning type representatives by own biorhythmological characteristics.

Keywords: suicide attempt, circadian rhythms, desynchronization, biorhythmology.