9. *Carney C. Medical Comorbidity in Women and Men with Schizophrenia: A Population-Based Controlled Study / C. Carney, L. Jones, R. Woolson // Journal of General Internal Medicine. – 2006. – Vol. 21, № 11. – P. 1133–1137.*
10. *Comorbidity and multimorbidity in patients with schizophrenia and bipolar disorder: similarities and differencies / I. Oreški, M. Jakovljević, B. Aukst-Margetić [et al.] // Psychiatria Danubina. – 2012. – Vol. 24, № 1. – P. 80–85.*
11. *Druss B. Mental disorders and medical comorbidity / B. Druss, E. Reisinger // Research synthesis report. – 2011. – № 21. – P. 21–24.*
12. *Kozumplik O. Psychotic disorders and comorbidity: somatic illness vs. side effect / O. Kozumplik, S. Uzun, M. Jakovljević // Danubina psychiatria. – 2009. – Vol. 21, № 3. – P. 361–367.*
13. *Meetoo D. Dangerous liaisons: The relationship between schizophrenia and diabetes / D. Meetoo // Journal of Diabetes Nursing. – 2013. – № 17. – P. 104–111.*
14. *Tandon R. Medical comorbidities of schizophrenia / R. Tandon // Digest of Psychiatry. – 2013. – Vol. 42, № 3. – P. 51–55.*

ОСОБЕННОСТИ СОПУТСТВУЮЩЕЙ СОМАТИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ У БОЛЬНЫХ ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИЕЙ

О.А. Ревенок, Я.Ю. Марункевич

При анализе особенностей сопутствующей соматической патологии у 220 мужчин, больных параноидной шизофренией, было установлено, что в структуре соматической заболеваемости наибольший удельный вес имеет патология сердечно-сосудистой (26,7%), дыхательной (23,9%) и пищеварительной систем (22,4%). Выявлены наиболее характерные для данного контингента соматические нозологии: хронический бронхит, хронические гастриты и дуодениты, кардиомиопатия, а также установлено, что хронический гастрит, дуоденит и гепатит значимо чаще встречаются у больных, у которых соматическая патология возникла до дебюта шизофрении, а кардиомиопатии – у больных, у которых соматическая патология возникла после дебюта шизофрении.

Ключевые слова: шизофрения, сопутствующая соматическая патология.

FEATURES CONCOMITANT SOMATIC PATHOLOGY IN PATIENTS WITH PARANOID SCHIZOPHRENIA

O. Revenok, Y. Marunkevich

In analyzing the characteristics of concomitant somatic pathology in 220 men with paranoid schizophrenia, it was found that the structure of somatic diseases has the largest share of cardiovascular pathology (26,7%), respiratory (23,9%) and digestive system (22,4%). Identified most characteristic of the contingent somatic nosology: chronic bronchitis, chronic gastritis and duodenitis, cardiomyopathy, and found that chronic gastritis, duodenitis and hepatitis significantly more common in patients who somatic abnormality occurred to debut schizophrenia, and cardiomyopathy – in patients in which somatic abnormality occurred after the debut of schizophrenia.

Key words: schizophrenia, concomitant somatic pathology.

УДК 616.89

К.І. Клебан

ВПЛИВ ЦИРКАДНОЇ ДИСФУНКЦІЇ НА ПСИХІЧНУ ТА СОМАТИЧНУ СКЛАДОВІ МЕТАБОЛІЧНОГО СИНДРОМУ Х

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

Ключові слова: метаболічний синдром Х, циркадний ритм, непсихотичні психічні розлади, варіабельність серцевого ритму.

Метою даного дослідження було виявлення хронобіологічних особливостей перебігу непсихотичних психічних розладів у пацієнтів з метаболічним синдромом Х. Показано вплив циркадної дисрегуляції на особливості перебігу соматичної складової у цієї когорти хворих, враховуючи зміни у варіабельності серцевого ритму. Нами було виявлено значну поширеність розладів циркадного ритму пацієнтів з метаболічним синдромом Х (МСХ) і коморбідними непсихотичними психічними розладами (НПР), що значно знижували якість життя таких хворих. Саме тому потрібен комплексний підхід для раннього виявлення циркадної дисрегуляції та проведення своєчасної корекції даних порушень з урахуванням хронобіологічних особливостей.

Сучасні дослідження показують, що метаболічний синдром Х є проблемою світового масштабу і характеризується низкою патологічних процесів, які, прогресуючи, значно знижують якість життя, впливаючи на фізичний стан людини, її емоційні та поведінкові реакції, а також на роль у соціумі. Фактором, що призводить до значного погіршання перебігу МСХ та появи нових ускладнень, є наявність у структурі цього захворювання порушення циклу сон – неспання. Оскільки циркадний ритм є основною часовою одиницею роботи живого організму, то він властивий всім його системам. Загалом робота біологічного годинника організму здійснюється завдяки нейроендокринній взаємодії, що дає можливість забезпечувати цілісне функціонування організму, а також його адаптацію до умов зовнішнього середовища. Відомо, що ритмічність біологічних процесів є фундаментальною властивістю живої матерії та складовою сутності організації життя. Тож вивчення періодичності фізіологічних та патофізіологічних процесів має важливе значення як для теоретичної, так і для практичної медицини.

Результати багатьох досліджень показують взаємозв'язок між рівнем захворюваності, частотою загострення хвороб та біоритмами. Ритмічність змін функцій організму визначається інтенсивністю процесів саморегуляції функціональних систем, які своєю діяльністю забезпечують стійкість внутрішнього середовища та адаптивні властивості даного індивідуума. Відомо, що кожна функціональна система має свій певний ритм, який взаємозв'язаний з ритмами діяльності інших пов'язаних із нею систем, і проявляється це, в першу чергу, в кореляційних відношеннях даних ритмів. Саме тому дослідження хронобіології психічних та соматичних функцій організму є одним із важливих підходів до вивчення основних закономірностей життєдіяльності

організму людини при певних соматичних захворюваннях, в тому числі при метаболічному синдромі Х (МСХ).

Мета дослідження: виявлення порушення циклу сон – неспання у пацієнтів з метаболічним синдромом Х.

Матеріали та методи дослідження

Набір пацієнтів проводили на базі соматичних відділень ДЗ «ДКЛ №2 ст. Київ» ДТГО «ПЗЗ». Було обстежено 126 пацієнтів: 61 жінка та 65 чоловіків. Середній вік пацієнтів становив (47±3,6) років.

При аналізі характеру та інтенсивності скарг, соматичного та психічного анамнезу, даних психіатричного обстеження були виділені наступні клініко-психопатологічні особливості. Найменша кількість скарг на стан здоров'я була у респондентів контрольної групи. За результатами аналізу скарг хворих основної групи, найчастішими були скарги на швидку втомлюваність та загальну слабкість – 91,75%, порушення засинання та розлади нічного сну – 89,69%, складність концентрації уваги – 67,01%, дратівливість та емоційну лабільність – 65,31%, головні болі з відчуттям стискання або напруження – 55,67%, неприємні відчуття та періодичні болі в ділянці серця – 54,64%. Поєднання вищеперерахованих скарг можуть застосовувати лікарі-інтерністи для експрес-діагностики імовірної наявності тривожних та депресивних розладів у даної когорти пацієнтів (табл.1).

Таблиця 1. Частота окремих нервово-психічних скарг у хворих з МСХ

Симптоми	Частота, %
Швидка втомлюваність та загальна слабкість	91,75
Порушення засинання та розлади нічного сну	89,69
Складність концентрації уваги	67,01
Емоційна лабільність, дратівливість	65,31
Головні болі з відчуттям стискання або напруження	55,67
Неприємні відчуття та періодичні болі в серці	54,64

За результатами аналізу клініко-психопатологічних проявів у обстеженої групи пацієнтів в залежності від провідного синдрому були виявлені наступні симптомокомплекси: тривожний – у 23 осіб (23,71%), тривожно-фобічний – у 14 (14,43%), тривожно-іпохондричний – у 11 (11,34%), астенічний – у 24 (24,74%), астенодепресивний – у 19 (19,59%), меланхолічний – у 6 (6,19%). (рис. 1)

Рис. 1. Синдромальна структура психічних розладів у пацієнтів з МСХ

Отже, в психопатологічній структурі НПР при МСХ переважала астенічна, тривожна та астенодепресивна симптоматика.

У результаті дослідження всіх пацієнтів було поділено на 3 групи, першу групу склали хворі з МС та супутніми психічними розладами з переважанням тривожної симптоматики, другу – МС з депресивними проявами, третю (групу контролю) склали особи з МС без непсихотичних психічних розладів.

Депресивні розлади (рис. 2) спостерігали у 47 хворих, з них на легку депресію страждали 28 чоловік ((55,4±2,2) бали), депресію середнього ступеня – 19 осіб ((63,2±1,6) бали). Що стосується тривожних розладів, то вони були виявлені у 50 досліджуваних та розподілилися наступним чином: тривога легкого ступеня була у 20 обстежуваних, середнього – у 28 осіб та тяжкого – у 2 пацієнтів, що склало відповідно (15,7±1,2) та (20,8±2,7) балів. Контрольна група склала 29 осіб з МС без психічних змін.

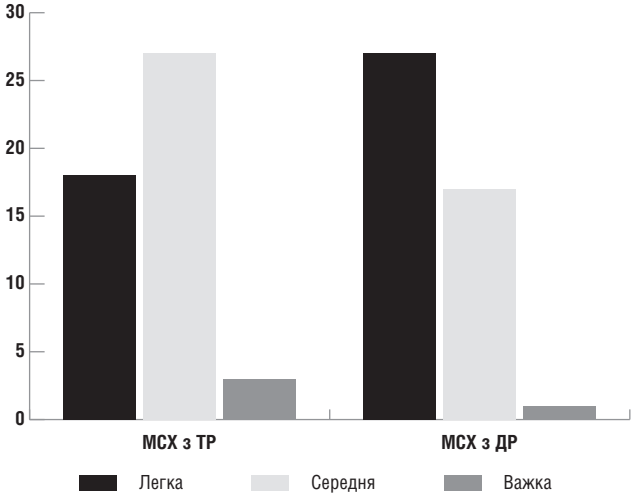

Рис. 2. Розподіл обстежених осіб за рівнем тривоги та депресії

Було виявлено, що у структурі НПС при МСХ переважну більшість складають ТР середнього ступеня тяжкості – у 28 осіб та ДР легкого ступеня – у 28 пацієнтів. Тож, внаслідок неглибокої вираженості, маскування та стертості форм тривоги та депресії, ці розлади дуже рідко виявляють лікарі загальної практики, до яких у першу чергу звертаються такі пацієнти.

Розглядаючи структуру психічних розладів згідно з діагностичними критеріями МКХ–10 було виявлено, що найчастішими НПР при МСХ виявилися соматоформні та адаптаційні розлади, які проявлялися соматизованим розладом (F.45.0) у 6 осіб, соматоформною вегетативною дисфункцією (F.45.3) – у 12 хворих, хронічним соматоформним больовим розладом (F.45.4) – у 4 пацієнтів, короткочасною депресивною реакцією (F.43.20) – у 9 чоловік, пролонгованою депресивною реакцією (F.43.21) – у 6 та гострою стресовою реакцією (F.43.4) – у 2 обстежуваних. Тяжкість перебігу НПС позитивно корелювала з тяжкістю МСХ ($p \leq 0,01$) і полягала у посиленні невротичної симптоматики, яка, у свою чергу, сприяла погіршенню перебігу основного захворювання та появі нових ускладнень.

Оцінку рівня якості життя проводили за допомогою опитувальника SF–36. При аналізі якості життя було виявлено зниження всіх її показників, порівняно з гру-

пою контролю. Зсув у гіршу сторону виявлено у цифрах показників фізичного компонента здоров'я (PF, RP, BP, GH), які у пацієнтів 1 та 2 груп обмежували трудову та повсякденну діяльність внаслідок зміни маси тіла, хронічного больового синдрому різної локалізації, вегетативних розладів. Так, у пацієнтів 1 та 2 груп достовірно менші показники фізичного компонента здоров'я RP та BP, порівняно з групою контролю, та складають відповідно (48,7±2,8) і (46,2±2,1) проти (58,2±2,7) та (54,2±1,8) і (56,9±2,3) проти (72,3±3,6) в контрольній групі. Відмічено зміни показника загального стану здоров'я GH, який становив (49,4±3,6) в 1 групі та (49,6±3,8) в 2 групі, що було достовірно меншим 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 внаслідок підвищеної втомлюваності, денної сонливості, складності концентрації уваги, дратівливості, а також погіршення емоційного стану та поведінки. За показником VT таке зниження склало (44,4±2,4) та (41,9±1,9), порівняно з (61,3±2,5) в групі контролю, що було достовірно нижчим на 27,6% та 31,6% відповідно. Психологічні компоненти здоров'я SFта RE були достовірно меншими на 19,5% і 22,3% та 22% і 24,9% та відповідно складали (55,2±5,4) і (53,3±5,2) проти (68,6±6,7) та (44,8±2,7) і (43,1±2,4) проти (57,4±4,8).

Також у роботі представлені результати тестування пацієнтів з МСХ за анкетою бальної оцінки суб'єктивних характеристик сну, шкалою денної сонливості Епворта. При аналізі отриманих даних було виявлено, що у багатьох пацієнтів, а саме у 79 обстежуваних (62,7%), відмічалися розлади сну у вигляді пре-, інтра- та постсомнічних порушень. Середнє сумарне значення показника порушення сну склало (9,4±1,7) балів. Цікавим є те, що ці скарги були і у пацієнтів групи контролю, хоча й не мали такої вираженості, як у групі спостереження. Це дає можливість припустити, що при відсутності вчасної корекції порушень сну існує дуже велика імовірність погіршення соматичного та психічного стану пацієнтів з виникненням психічних змін невротичного реєстру. Скарги на негативні зміни у структурі нічного сну корелювали з низькою оцінкою денного неспання та високим рівнем денної сонливості. Так, за шкалою денної сонливості Епворта значення середнього бала виявилися такими: МС з тривогою – 7,9 бала; МС та депресія – 9,1 бала; група контролю – 4,6 бала.

При вивченні суб'єктивної оцінки сну, у першій групі (рис. 3) середній сумарний бал склав (17±4,3) балів. Скарги пацієнтів були пов'язані з низькою якістю сну із частими неприємними сновидіннями, малу глибину сну та раптові пробудження, що супроводжувалися страхом, тривогою, напруженням та вегетативними порушеннями. Також хворі були незадоволені сонливістю в першій половині дня та складністю концентрації уваги, труднощами при засинанні та тяжким ранковим пробудженням. Було виявлено, що обстежуваних даної групи також турбували розлади дихання уві сні у вигляді храпу та затримки дихання (апное). Такі порушення корелювали з високим індексом маси тіла хворих та підвищенням артеріального тиску.

Обстежувані 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. Пацієнти були незадоволені потягом до сну, який зазвичай хворі пересилювали, нічними пробудженнями з неможливістю заснути до самого ранку. Оцінка суб'єктивних характеристик сну даної категорії обстежуваних склала (16±2,8) балів. Отже, порушення циклу «сон – неспання» є одним із проявів хронічного стресу та дезадаптації організму, впливає на порушення роботи всіх сомногенних механізмів, які проявляються в активації неспання у період сну та порушують стабільність підтримання функціональних фаз сну.

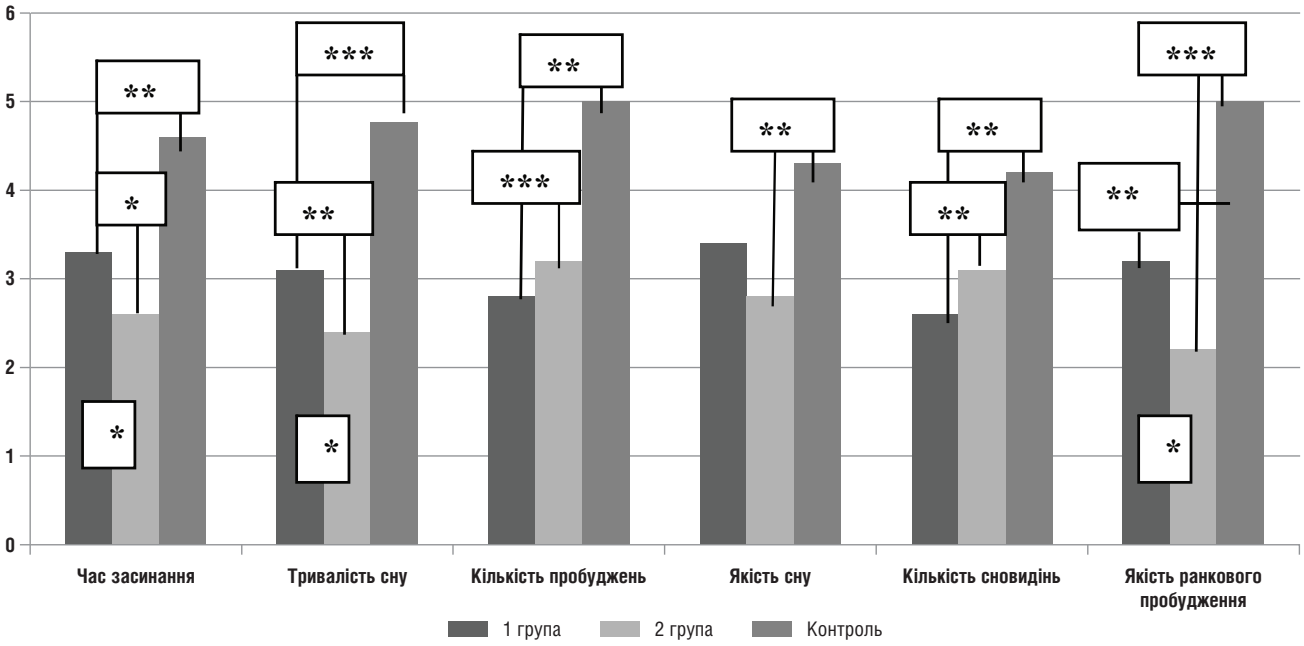

Рис. 3. Суб'єктивна бальна оцінка якості сну у пацієнтів з МСХ та супутніми непсихотичними психічними розладами

При проведенні обстеження точності сприйняття часу було виявлено наступне: у пацієнтів контрольної групи ІХ становила (58,6±8,1); тривалість ІХ у обстежуваних з МСХ та тривожною симптоматикою склала (37,4±7,6) та (36,3±8,4) при МСХ та супутніх депресивних порушеннях.

Отже, у обох групах обстежуваних пацієнтів було виявлено зменшення середнього показника індивідуальної тривалості хвилини у порівнянні з фактичною хвилиною, тобто внутрішній «біологічний годинник» обстежуваних десинхронізований у бік прискореного плину часу.

За результатами спеціального тестування виявилося, що серед обстежуваної групи пацієнтів переважали особи з хронотипом «голуби» або ж «аритміки» – 44,44%, хронотип «жайворонки» було зареєстровано у 34,13% обстежуваних, тоді як хронотип «сови» зустрічався у найменшої кількості осіб – 21,43% (табл. 2):

Таблиця 2. Розподіл обстежуваних за ритмами добової активності

	Контрольна група (n = 29)	МСХ з ТР (n = 50)	МСХ з ДР (n = 47)
«Жайворонок»	12	14	17
«Голуб»	8	26	22
«Сова»	9	10	8

З отриманих нами результатів видно тенденцію до переваги змішаного та ранкового типу, на відміну від вечірнього, це підтверджується даними літератури про те, що з віком здатність до адаптації у «сов» зростає: вони стають більш стресостійкими, мають більш життєрадісний настрій, на противагу «жайворонкам», які схильні до розвитку депресивних та тривожних розладів. А велика кількість осіб зі змішаним добовим ритмом активності у основній групі може свідчити про більшу лабільність їх ритмів під впливом тривожних та депресивних розладів.

Розглядаючи хронобіологічні особливості МСХ крізь призму соматичних порушень ми проаналізували питання порушень варіабельності ритму серця (ВРС) у таких пацієнтів за даними добового моніторингу ЕКГ.

Добовий моніторинг ВРС було проведено 126 хворим на МСХ із супутніми непсихотичними психічними розладами. При аналізі ВРС розподіл хворих по групах був незмінним.

Аналіз ВРС із врахуванням часу доби (день, ніч) представлений в таблиці 3. Як видно із даних таблиці, в нічний час, у порівнянні із групою контролю, загальна ВРС SDNN у хворих з тривогою та у пацієнтів із депресією була меншою відповідно на 38% (p<0,05) та 41,3% і становила (99,5±20,7) і (93,4±34,8). Проте, якщо порівнювати відмінність загальної варіабельності між 1 і 2 групами, то вона на 9,3% (p<0,05) була вночі меншою у групі хворих з депресивними розладами. Подібно нічним змінам, денні зміни з боку загальної ВРС SDNN у 2 групі хворих, порівняно з групою контролю, були на 26,8% меншими, проте не зазнавали достовірних змін. Стосовно pNN50, як у групі тривоги, так і в групі переважання депресивних розладів, нічні зміни з боку цього показника були достовірними по відношенню до значень в нічний період групи контролю (15,3±7,4) і відповідно склали (7,2±4,6) (1 група) та (7,4±4,3) (2 група), що було на 53% і 51,6% меншим за контрольні значення.

Достовірні зміни також відмічені в спектрі високих частот HF (табл. 4), які спостерігались переважно в нічний період у групах 1 і 2. Достовірно відмінними виявились HF в 1 (388,7±174,3) і 3 групах (511,2±165,8), що відповідно було на 61,5% (p<0,05) і 49,3% (p<0,05) меншим не лише за його контрольні значення в цей період доби (1008,8±258,2), а і в порівнянні між собою. Хоча при оцінці цього показника парасимпатичний вплив у групах порівняння (1 і 2) вночі в більшій мірі виснажувався, по відношенню до нічних контрольних значень, проте HF на 24% (p<0,05) виявився меншим у групі з переважанням тривожних розладів. Цікавим виявилось те, що вночі, порівняно з нормою (1001,4±193,7), збільшується симпатичний вплив ВНС, і це проявляється зростанням в цей період доби LF, як складової симпатикотонії, особливо в 1 групі до (1286,4±245,9) і в 2 групі до (1123,7±543,3), хоча середньодобові значення LF в групі контролю були достовірно вищими, ніж у групах порівняння.

Таблиця 3. Добові коливання часових показників варіабельності серцевого ритму у пацієнтів з МСХ та супутніми непсихотичними психічними розладами

Досліджуваний показник		Контроль	1 група	2 група
SDNN (мс)	Д	155,4±53,3 (ДІ 182,4–128,4)	95,2±22,7* (ДІ 103,3–87,1)	91,9±12,4 (ДІ 94,2–89,6)
	Дн	145,2±65,7 (ДІ 178,4–112)	91,8±21,3 (ДІ 99,4–84,2)	86,8±19,3 (ДІ 90,3–83,3)
	Н	158,9±57,6 (ДІ 188–129,8)	99,5±20,7*# (ДІ 106,9–92,1)	93,4±34,8# (ДІ 99,7–87,1)
SDANN (мс)	Д	131,2±25,4 (ДІ 144,1–118,3)	83,3±62,5 (ДІ 105,7–60,9)	79,4±51,1 (ДІ 88,7–70,1)
	Дн	114,8±12,6 (ДІ 121,2–108,4)	78,8±7,3 (ДІ 81,4–76,2)	75,0±6,2 (ДІ 76,1–73,9)
	Н	145,3±28,4 (ДІ 159,7–130,9)	91,6±28,6 (ДІ 101,8–81,4)	80,3±7,4 (ДІ 81,6–79)
rMSSD (мс)	Д	32,75±12,8 (ДІ 39,25–26,25)	23,9±15,2* (ДІ 29,3–18,5)	22,4±11,5 (ДІ 24,5–20,3)
	Дн	38,4±24,9 (ДІ 51–25,8)	26,7±6,4 (ДІ 29–24,4)	30,2±13,7 (ДІ 32,7–27,7)
	Н	26,3±12,8 (ДІ 32,8–19,8)	21,3±7,8 (ДІ 24,1–18,5)	19,2±11,6 (ДІ 21,3–17,1)
pNN50 (%)	Д	14,9±9,7 (ДІ 19,8– 10)	8,3±3,3 (ДІ 9,5–7,1)	7,9±5,0* (ДІ 8,8–7)
	Дн	11,6±2,3 (ДІ 12,8–10,4)	8,5±3,8 (ДІ 9,9–7,1)	8,5±7,6* (ДІ 9,9–7,1)
	Н	15,3±7,4 (ДІ 19–11,6)	7,2±4,6* (ДІ 8,8–5,6)	7,4±4,3* (ДІ 8,2–6,6)

*Примітка. Періоди реєстрації: Д – доба, Дн – день, Н – ніч; * – p<0,05 у порівнянні з контролем; # – p<0,05 при порівнянні між групами обстежених.*

Таблиця 4. Добові коливання спектральних показників варіабельності серцевого ритму у пацієнтів з МСХ та з супутніми непсихотичними психічними розладами

Досліджуваний показник		Контроль	1 група	2 група
TP (мс^2)	Д	4545±1255 (ДІ 5180–3910)	3085±1305,1 (ДІ 3552–2618)	2875,1±1034,8 (ДІ 3063,4–2686,8)
	Дн	4128±996 (ДІ 4632–3624)	3126,4±2547,4 (ДІ 4038–2214,8)	2135±1280 (ДІ 2368–1902)
	Н	4554±1223 (ДІ 5173–3935)	2764±1568 (ДІ 3325–2203)	2986±1218,4 (ДІ 3208–2764)
HF (мс^2)	Д	854,5±205,8 (ДІ 958,6–750,4)	398,2±195,5* (ДІ 468,2–328,2)	319,7±185,3 (352,4–286)
	Дн	579,3±176,2 (ДІ 668,4–490,2)	263,4±67,8 (ДІ 287,7–239,1)	176,1±98,4 (ДІ 194–158,2)
	Н	1008,8±258,2 (ДІ 1139,5–878,1)	388,7±174,3# (ДІ 451,1–326,3)	511,2±165,8 (ДІ 541,4–481)
LF (мс^2)	Д	1250,5±501,3 (ДІ 1504,2–996,8)	1005,4±702,2* (ДІ 1256,7–754,1)	1084,9±673,3* (ДІ 1207,4–962,4)
	Дн	980,3±276,6 (ДІ 1120,3–840,3)	870,8±175,4 (ДІ 933,6–808)	1008,1±564,8 (ДІ 1110,9–905,3)
	Н	1001,4±193,7 (ДІ 1099,4– 903,6)	1286,4±245,9 (ДІ 1374,4–1198,4)	1123,7±543,3 (ДІ 1222,7–1024,7)
LF/HF	Д	1,79±1,3 (ДІ 2,45–1,13)	2,41±1,8* (ДІ 3,05–1,77)	3,25±2,5* (ДІ 3,7–2,8)
	Дн	1,86±0,78 (ДІ 2,26–1,46)	3,76±1,45 (ДІ 4,28–3,24)	3,36±2,1 (ДІ 3,74– 2,98)
	Н	1,97±0,84 (ДІ 2,4–1,54)	2,79±1,76 (ДІ 3,42–2,16)	2,4±1,5 (ДІ 2,7–2,1)

*Примітка. Періоди реєстрації: Д – доба, Дн – день, Н – ніч; * – p<0,05 у порівнянні з контролем; # – p<0,05 при порівнянні між групами обстежених.*

Стосовно співвідношення LF/HF, то циркадності їх змін виявлено не було, хоча за середньодобовими рівнями відмічений переважний вплив симпатичного тонусу у хворих на МСХ у поєднанні з супутніми депресивними розладами.

Висновки

- Серед порушень сну у обстеженої когорти пацієнтів було виявлено пре-, інтра- та постсомнічні порушення. 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 увага та інші когнітивні функції знижені. Іншим розладом була зміна циркадного ритму за типом передчасної фази сну, яка проявлялася імперативною вечірньою сонливістю, раннім засинанням, важкістю підтримання тривалості сну, незадовільною його якістю та більш раннім, ніж є потреба, пробудженням.
- За результатами аналізу хронобіологічних особливостей перебігу НПР у пацієнтів з МСХ було виявлено наступне: за добовим ритмом активності серед обстежуваних переважали «голуби» та «жайворонки», що свідчить про меншу здатність до адаптації у даних осіб; тривалість ІХ достовірно нижча у даної когорти хворих, аніж у контрольної групи пацієнтів, тобто внутрішній «біологічний годинник» обстежуваних десинхронізований у бік прискореного плину часу, що можна використовувати як додатковий критерій раннього виявлення пацієнтів з МСХ та коморбідними НПР.
- Наявність супутніх непсихотичних психічних розладів, за даними холтерівського моніторування ЕКГ, асоціюється зі зниженням активності обох ланок вегетативної нервової системи з переважним виснаженням парасимпатичної складової за даними часових та спектральних характеристик ВРС. Добова циркадність серцевого ритму у хворих на МСХ із супутніми непсихотичними психічними розладами характеризується значним зниженням ВРС вночі за рахунок показників rMSSD на 33,7% (p<0,05) та HF на 48,2% (p<0,05), порівняно з денними показниками, що свідчить про інверсію природних біологічних ритмів діяльності організму та більш виражену симпатикотонію.
- 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 їх життя та перебіг основного захворювання.
- Впровадження комплексного підходу у ранньому виявленні циркадної дисрегуляції та своєчасної її корекції з проведенням адекватної комплексної терапії хворих з МСХ дозволить своєчасно діагностувати наявність психічних розладів непсихотичного рівня, запобігати погіршенню перебігу МСХ, появі та розвитку нових ускладнень та суттєво покращити якість життя цих хворих.

Список використаної літератури

1. *Арушанян Э. Б. Хронобиология депрессии: роль супрахиазматических ядер гипоталамуса и часовых генов / Э. Б. Арушанян // Журн. неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова – 2011. – Т. 111, № 5. – С. 96–103.*
2. *Арушунян Э. Б. Мелатонин – универсальный стабилизатор психической деятельности / Э. Б. Арушунян // Журн. высшей нервной деятельности им. И. П. Павлова – 2011. –Т. 61, № 6. – С. 645–659.*
3. *Бухтиярова И. П. Хронобиологические аспекты сахарного диабета / И. П. Бухтиярова, В. А. Уланова // Укр. журн. клініч. та лабораторн. медицини – 2010. –Т. 5, № 4. – С. 20–23.*
4. *Викулова О. А. Противоречия и консенсусы метаболического синдрома. По матеріалам IV Международного конгресса «Предиабет и метаболический синдром», 6–9 апреля 2011 г., Мадрид // Сахарный диабет. – 2011. – № 2. – С. 127–130.*
5. *Ковалев Ю. В. Тревожные расстройства у больных с сахарным диабетом 2 типа / Ковалев Ю. В, Трусов В. В., Зеленин К. А. // Фундаментальные исследования – 2010.– № 7. – С. 24–31.*
6. *Коваленко В. М. Метаболічний синдром: механізми розвитку, значення як фактора серцево-судинного ризику, принципи діагностики та лікування / В. М. Коваленко, Т. В. Талаєва, А. С. Козлюк // Український кардіологічний журнал – 2013. – № 5. – С. 80–87.*
7. *Колядич М. И. Кардиоваскулярные и метаболические расстройства у больных сахарным диабетом с сопутствующей депрессией / М. И. Колядич, И. И. Шапошник // Клин. медицина – 2011. –Т. 89, № 2. – С. 35–40.*
8. *Маньковский Б. Н. Метаболічний синдром: розповсюдженість, діагностика, принципи терапії // Мистецтво лікування. – 2005. – № 9. – С. 30–33.*
9. *Оганов Р. Метаболический синдром: путь от научной концепции до клинического диагноза / Р. Оганов, М. Мамедов, И. Колтунов // Врач – 2007. – № 3. – С. 3–7.*
10. *Полуэктов М. Г. Хронобиология сна // Избранные лекции по неврологи II / под. редакцией В. Л. Голубева. – М. :МЕДпресс-информ, 2012. – 480 с.*
11. *Рапопорт С. И. Хрономедицина, циркадианные ритмы. Кому это нужно? / С. И. Рапопорт // Клин. медицина – 2012. – Т. 90, № 8. – С. 73–75.*
12. *Хаустова О. О. Особливості психопатологічних феноменів у пацієнтів з метаболічним синдромом Х / О. О. Хаустова, О. Ю. Жабенко // Таврич. журн. психиатрии – 2011. –Т. 15, № 3. – С. 160.*
13. *Хаустова О. О. Особливості стресорного реагування у пацієнтів з метаболічним синдромом і різною представленістю ендокринного компоненту / О. О. Хаустова, О. Ю. Жабенко // Мед. психология – 2012. –Т. 7, № 1. – С. 11–14.*

ВЛИЯНИЕ ЦИРКАДНОЙ ДИСФУНКЦИИ НА ПСИХИЧЕСКУЮ И СОМАТИЧЕСКУЮ СОСТАВЛЯЮЩИЕ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА Х
К.И. Клебан

Целью данного исследования было выявление хронобиологических особенностей протекания непсихотических психических расстройств у пациентов с метаболическим синдромом Х. Показано влияние циркадной дисрегуляции на особенности протекания соматической составляющей у этой категории больных, учитывая изменения вариабельности сердечного ритма.

Нами была выявлена значительная распространенность расстройств циркадного ритма у пациентов с метаболическим синдромом Х (МСХ) и сопутствующими непсихотическими психическими расстройствами (НПР) и значительно снижали качество жизни таких больных. Именно поэтому нужен комплексный подход для раннего выявления циркадной дисрегуляции и проведения своевременной коррекции таких нарушений с учетом хронобиологических особенностей.

Ключевые слова: метаболический синдром Х, циркадный ритм, непсихотические психические расстройства, вариабельность сердечного ритма.

THE EFFECT OF CIRCADIAN DYSFUNCTION ON MENTAL AND PHYSICAL COMPONENTS OF METABOLIC SYNDROME X
K.I. Kleban

The aim of this study was to identify the chronobiological specifics of non-psychotic mental disorders in patients with metabolic syndrome X. The impact of circadian dysregulation on the somatic component in this patients population, with due account for changes in heart rate variability.

We have identified a significant prevalence of circadian rhythm disorders in patients with metabolic syndrome X (MSX) and related non-psychotic mental disorders (NPMD) that significantly reduced the these patients' quality of life. The conclusion should be made that comprehensive approach for early detection of circadian dysregulation and timely correction of such defection, with due consideration of chronobiological specifics, is needed.

Keywords: metabolic syndrome X, circadian rhythm, non-psychotic mental disorders, heart rate variability

УДК 616.89-008

Ю.І. Мисула

ЕФЕКТИВНІСТЬ МЕТОДУ EMDR У ТЕРАПІЇ ПОСТТРАВМАТИЧНОГО СТРЕСОВОГО РОЗЛАДУ

ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського МОЗ України», м. Тернопіль

Ключові слова: посттравматичний стресовий розлад (ПТСР), метод EMDR (метод десенсибілізації та репроцесуалізації травми за допомогою руху очей), TFCBT (травмо-фокусована когнітивно-поведінкова терапія), групова когнітивно-поведінкова терапія (КПТ).

У статті здійснено огляд сучасних досліджень щодо ефективності застосування методу десенсибілізації та репроцесувалізації травми за допомогою руху очей (EMDR) при лікуванні посттравматичних стресових розладів (ПТСР). Аналіз досліджень довів, що метод EMDR як інноваційне клінічне лікування дозволяє пацієнту позбутись основних симптомів ПТСР, зокрема тривожності, страхів, психологічних наслідків травм і негативного ставлення до життя, страхітливих сновидінь, болючих нав'язливих спогадів про минуле, панічних атак, підвищеної дратівливості, перепадів настрою, психосоматичних розладів.

Постановка завдання. Природні та техногенні катастрофи, терористичні акти та соціальні кризи негативно впливають на психіку постраждалих. Стрес, пережитий людиною в екстремальних ситуаціях, як правило, виходить за своєю інтенсивністю за рамки звичайного людського досвіду, що часто призводить до формування різних психічних розладів. Щонайменше у 30% осіб, що пережили психотравмуючу подію, розвивається захворювання, що увійшло у психіатричні діагностичні керівництва під назвою посттравматичного стресового розладу (ПТСР). Цей розлад є одним із найбільш поширених психіатричних розладів – щонайменше 7% осіб (5% чоловіків, 10% жінок) мають його протягом життя. З них у близько 30% осіб перебіг розладу має хронічний характер з можливою персистенцією симптомів протягом 10 і більше років життя. Втім ПТСР не є єдиним розладом, пов'язаним з психотравмуючими подіями. Гіпотезується (і це є предметом інтенсивних дискусій), що з психотравмою пов'язаний цілий спектр розладів: від простих до комплексних форм ПТСР, а також складних дисоціативних розладів, зокрема дисоціативного розладу ідентичності [1]. Тому лікування ПТСР є важливою і актуальною проблемою на сучасному етапі.

З огляду на вищесказане метою статті є проведення огляду сучасних досліджень щодо ефективності застосування методу десенсибілізації та репроцесуалізації травми за допомогою руху очей (Eye Movement Desensibilization and Reprocessing – EMDR) при лікуванні пацієнтів із ПТСР.

Виклад основного матеріалу дослідження. На сьогодні застосовується багато підходів психотерапії ПТСР, спрямованих на вирішення клінічних задач (симптоматичних, синдромологічних проявів ПТСР), психологічних і соціально-психологічних аспектів, що включають різні аспекти життя потерпілого. Оскільки характер стресу, що є причиною ПТСР, різний, пато-