

DOI: 10.26565/2312-5675-2021-18-01

УДК 616.89 – 008:616.8 – 009.836] – 092.11 – 07

ВПЛИВ ПОРУШЕНЬ СНУ НА ЯКІСТЬ ЖИТТЯ У ХВОРИХ З ТРИВОЖНО-ДЕПРЕСИВНИМИ РОЗЛАДАМИ НЕВРОТИЧНОГО ТА ОРГАНІЧНОГО ГЕНЕЗУ

Ю. В. Лященко, Л. М. Юр'єва

**Лященко
Юлія Вікторівна**

*Дніпровський державний медичний університет (ДДМУ), 49044, м. Дніпро,
вул. Вернадського, 9, Україна
julialyschenko@i.ua
ORCID ID: 0000-0002-1822-0242

**Юр'єва
Людмила Миколаївна***

lyuryeva@teleport.com
ORCID ID: 0000-0002-1713-1037

Хворі з тривожно-депресивними розладами часто висловлюють скарги на порушення сну. Це зумовлено високою коморбідністю даних розладів. Вони можуть взаємно посилювати перебіг один одного, ускладнювати процес лікування і підвищувати ризик рецидиву в подальшому. Також, порушення сну можуть зберігатися навіть після компенсації основного захворювання, що може впливати на якість життя і соціальне функціонування пацієнта. Метою даного дослідження є вивчення впливу порушень сну на якість життя і соціальне функціонування хворих з тривожно-депресивними розладами невротичного і органічного генезу. Для досягнення поставленої мети було досліджено 120 хворих з тривожно-депресивними розладами, які були розділені на 4 групи в залежності від генезу захворювання і способу медичного впливу. Дослідження проводилося за допомогою клініко-психопатологічного методу доповненого Пітсбургським індексом якості сну (PSQI), інтегративним показником якості життя J. Mezzich (діада пацієнт – лікар), методів описової та аналітичної статистики. В результаті проведеного дослідження виявлені зворотні кореляційні зв'язки між порушеннями сну і показниками якості життя пацієнта. Ці зв'язки простежувалися і протягом лікування. Встановлено, що більш ефективним було комбіноване лікування спрямоване на терапію основного захворювання і безпосередньо корекцію порушень сну у хворих з тривожно-депресивними розладами невротичного та органічного генезу, в порівнянні з хворими, які проходили терапію лише основного захворювання. Таким чином, в лікуванні тривожно-депресивних розладів з порушеннями сну необхідно приділяти особливу увагу корекції інсомнії.

Ключові слова: *якість життя, лікування, порушення сну, тривога, тривожно-депресивний розлад.*

Як цитувати: Лященко Ю. В., Юр'єва Л. М. Вплив порушень сну на якість життя у хворих з тривожно-депресивними розладами невротичного та органічного генезу // Психіатрія, неврологія та медична психологія. – 2021. – №18. – С. 25-31. <https://doi.org/10.26565/2312-5675-2021-18-01>

In cites: Liashchenko Yu., Yuryeva L. The influence of the sleep disturbances on the quality of patients' life with anxiety-depressive disorders of neurotic and organic genesis. Psychiatry, Neurology and Medical Psychology. 2021, no. 18, pp. 25-31. <https://doi.org/10.26565/2312-5675-2021-18-01>

Вступ. Порушення сну і неспання є відмінною рисою психічних хвороб [1]. Найбільша коморбідність розладів сну помічена з тривожно-депресивними станами.

У пацієнтів, що страждають на тривожність або розлади настрою, були виявлені виражені труднощі з поганою і нестабільною консолідацією сну [1]. В свою чергу, поганий сон є чинником ризику в розвитку і підтримці розладів настрою, а також посилює тяжкість симптомів і може відображати загальний вплив сну на здатність регулювати емоції [2].

Безсоння було підтверджене в якості чинника розвитку психічних розладів в майбутньому, де люди, які повідомляють про безсоння або погану якість сну, можуть піддаватися більш високому ризику рецидиву депресії протягом життя [3].

При тривалому перебігу інсомнії з'являються функціональні і / або структурні зміни в структурах головного мозку. Важливо відзначити, що ці зміни зберігаються протягом всього дня. Це призводить до об'єктивного погіршення короткочасної, епізодичної пам'яті і проблем при вирішенні завдань у пацієнтів [4].

Відомо, що недостатній сон і тривога незалежно один від одного негативно впливають на здатність приймати рішення і інші професійні компетенції. Також, тривога і неспокій з приводу власного сну впливають на поведінку хворого і призводить до формування «замкнутого кола» самозбудження [4].

Таким чином, порушення сну у хворих на тривожно-депресивні розлади можуть впливати на якість життя та соціальне функціонування пацієнтів.

Мета дослідження. Вивчення впливу порушень сну на якість життя і соціальне функціонування хворих на тривожно-депресивні розлади невротичного і органічного генезу з порушеннями сну.

Матеріали та методи. Було досліджено 120 хворих з тривожно-депресивними розладами різного генезу (60 хворих із розладами невротичного генезу та 60 хворих – органічного генезу), які були розподілені на 4 групи в залежності від генезу захворювання та застосованої схеми лікування. Як основні групи із досліджуваним варіантом медичного втручання (комбінована схема терапії, направлена на лікування основного захворювання та корекцію безпосередньо порушень сну) виступали група 1 та група 3, а як групи порівняння/контролю зі стандартним підходом до лікування (орієнтоване на терапію основного захворювання відповідно до клінічних протоколів) – групи 2 та 4. Потрапляння у основну групу та групу контролю було випадковим завдяки чому забезпечувалася рандомізація.

Хворі були обстежені в динаміці 4 рази: 1 обстеження – первинний огляд на початку лікування; 2 обстеження – через два тижні від початку лікування; 3 обстеження – через 1 місяць від початку лікування; 4 обстеження – через 3 місяці від початку лікування.

Дослідження проводилось за допомогою клініко-психопатологічного методу, який був доповнений Пітсбургським індексом якості сну (PSQI) [5] та інтегративним показником якості життя Mezzich (діада пацієнт – лікар) [6], методів описової та аналітичної статистики [7].

Статистична обробка результатів дослідження проводилась за допомогою персонального комп'ютера з використанням програмних продуктів Microsoft Excel (Microsoft Office 2016 Professional Plus, Open License 67528927), STATISTICA 6.1 (StatSoftInc., серійний № AGAR909E415822FA) та MedCalc Statistical Software trial version 20.009 (MedCalc Software bvba, Ostend, Belgium; <https://www.medcalc.org>; 2021).

Результати та їх обговорення. Порушення якості сну обстежених пацієнтів вивчалось за Пітсбургським опитувальником (Pittsburgh Sleep Quality Index – PSQI), який складається із семи компонентів, кожен з яких оцінюється за шкалою від 0 до 3, де 3 бала відображає найбільший ступінь порушення окремого компонента.

У обстежених усіх груп найгірші оцінки отримала латентність сну, у переважаючої більшості – суб'єктивна якість сну (86,7 %), ефективність сну (96,7 %) та порушення денного функціонування (96,7 %). За цими компонентами були отримані відносно гірші показники для хворих із порушеннями невротичного генезу.

Переважно оцінки у «2» бали отримали такі компоненти якості сну, як тривалість сну (55,0 %) та компонент порушень сну (50,0 %). Єдиний елемент де були мінімальні оцінки – це компонент прийому снодійних препаратів, який оцінили за мінімальним значенням 15,0 % пацієнтів із загального числа усіх обстежених.

Розбіжності між групами ($p < 0,01$) були виявлені за оцінкою таких компонентів, як тривалість сну, яку краще порівняно з іншими оцінили хворі 2-ї групи; компонент порушень сну, який краще за інші оцінили пацієнти 1-ї групи; компонент прийому снодійних препаратів і порушення денного функціонування, які були гіршими у пацієнтів 3-ї та 4-ї груп.

Сумарний бал за опитувальником PSQI (табл. 1), що об'єднує всі 7 компонентів, складав для всіх обстежених до лікування 18,0 (17,0; 19,0) балів, через 3 місяці після лікування – 8,0 (7,0; 9,0) балів ($p < 0,001$).

Індекс якості сну на початку лікування був статистично гіршим у 3-й та 4-й групах порівняно з 2-ю ($p < 0,001$),

тоді як між 1-ю та 2-ю групами розбіжностей не було виявлено ($p > 0,05$). Через 2 тижні після лікування показники у 1-й групі набули статистично значущого меншого рівня порівняно з 2-ю ($p = 0,011$), ця тенденція простежувалася, як при 3-му обстеженні, так і при 4-му ($p < 0,001$). (Див. табл. 1)

Отже, за результатами дослідження виявлено, що комбінований підхід до лікування краще поліпшує показники якості сну, особливо у групах з порушеннями невротичного генезу.

Щодо розбіжностей середніх показників за окремими компонентами, були виявлені розбіжності між узагальненими групами з різним підходом до лікування за PSQI компонентами латентності сну, ефективності сну, порушення сну та порушення денного функціонування при 3-му обстеженні (через місяць від початку лікування); за компонентами латентності сну, тривалості сну, ефективності сну та порушення сну при 4-му обстеженні (через 3 місяці від початку лікування) ($p < 0,05$).

Згідно з методикою PSQI, якщо сумарний індекс якості сну перевищував 5 балів, то це вказувало на порушення сну. При 1-му та 2-му обстеженнях таких пацієнтів було 100 %. При 3-му обстеженні визначалася незначна частка пацієнтів із гарною якістю сну – 10 % у 3-й групі та 3,3 % - у 4-й, загалом 3,3 %.

При 4-му обстеженні пацієнтів із індексом якості сну меншим за 5 балів загалом було 16,7 %; у 1-й групі – 23,3 %; у 2-й – 0 %; у 3-й – 26,7 %; у 4-й – 16,7 % зі статистично значущими розбіжностями між групами ($p = 0,028$).

З таблиці 2 видно, що виявлено статистично значимі ($p < 0,001$) впливи на індекс якості сну за PSQI групи дослідження (39,85 %) та сполучення впливу групи з динамічними зрушеннями (18,56%) та визначено статистично значущий ($p < 0,001$) позитивний ефект щодо зрушень у динаміці показника.

Окремо груповий фактор впливав на якість сну через 2 тижні на 15,48 %, через 1 місяць – на 28,96 %, через 3 місяці – на 29,36 % ($p < 0,001$).

Якщо проаранжувати застосовані схеми лікування щодо впливу на індекс якості сну за PSQI, то на останньому місці знаходиться 4-та група, потім у порядку зростання розташувалися 2-га, 3-тя групи, а лідируючу позицію займає 1-ша група. Значущий ефект окремого впливу динаміки показника та групового чинника визначено для 1-ї та 4-ї групи. Отже, менш вдалою за впливом на якість сну виявляється стандартна схема лікування порівняно із запропонованою комбінованою схемою терапії.

Оцінка якості життя обстежених хворих за методикою Mezzich J. показала, що інтегративний показник

якості життя (ЯЖ) до лікування складав серед усіх обстежених 3,2 (2,8; 3,8) бали; суб'єктивне благополуччя – 3,0 (2,7; 4,0) бали; виконання соціальних ролей – 3,4 (2,8; 4,0) бали та зовнішні життєві обставини – 3,0 (2,7; 4,0) бали.

При перших двох обстеженнях, між групами були наявні розбіжності у середніх показниках, пов'язані, перш за все, з більш високими суб'єктивними та об'єктивними оцінками ЯЖ у хворих з порушеннями невротичного генезу, порівняно з пацієнтами з порушеннями органічного генезу.

Починаючи з 3-го обстеження, відзначалися розбіжності в оцінці якості життя між пацієнтами 1-ї і 2-ї груп та пацієнтами 3-ї і 4-ї груп з переважно гіршими оцінками за всіма сферами у хворих із застосуванням стандартної схеми лікування. Ці тенденції зберігалися і під час 4-го обстеження. Менші оцінки ЯЖ у хворих 2-ї та 4-ї груп порівняно відповідно із хворими 1-ї та 3-ї групи спостерігалися і при об'єктивних оцінках лікарів при 3-му та 4-му обстеженнях за інтегративним показником якості життя, суб'єктивним благополуччям, виконанням соціальних ролей, зовнішніми життєвими умовами.

Серед усіх обстежених середні об'єктивні оцінки за всіма сферами на думку лікарів були вищі ніж суб'єктивні оцінки ЯЖ пацієнтами ($p < 0,05$). В розрізі груп обстеження часто таких розбіжностей не було, але залишалася тенденція щодо менших суб'єктивних оцінок порівняно з фаховою думкою лікарів. Отже обстежені пацієнти були схильні занижувати показники власної ЯЖ.

На початкових етапах лікування у більшості хворих, як суб'єктивні, так і об'єктивні показники ЯЖ відносилися до низького рівня (77,5 % та 72,5 % відповідно). При 3-му та 4-му обстеженнях вже не було жодного пацієнта ні в одній з груп із низькою оцінкою якості життя.

Через 3 місяці після лікування у більшості обстежених пацієнтів була висока якість життя, як на думку обстежених, так і лікарів. За даними самооцінки, 43,3 % хворих 1-ї групи мали дуже високу якість життя, що суттєво перевищувало ($p < 0,001$) відповідний показник у 2-й групі (6,7 %). У 3-й групі за даними самооцінки при 4-му обстеженні у 90,0 % пацієнтів був визначений високий рівень ЯЖ, тоді, як у 4-й групі – у 80,0 %. Подібна тенденція простежувалася і в об'єктивних оцінках лікарів.

За результатами проведеного однофакторного дисперсійного аналізу ANOVA повторних вимірів, було визначено ($p < 0,001$), що до джерел варіабельності інтегрального показника якості життя за суб'єктивними та об'єктивними оцінками відноситься як динамічний фактор – зміни показника з часом (93,28 % та 92,93 % впливу при самооцінюванні та оцінках лікарів відпо-

Таблиця 1

Індексу якості сну за опитувальником PSQI (середні бали)

Me (25 %; 75 %)	Усі обстежені	Група 1	Група 2	Група 3	Група 4	<i>p</i>
До лікування	18,0 (17,0; 19,0)	18,0 (17,0; 19,0)	17,0 (16,0; 18,0)	19,0 (18,0; 21,0)	19,0 (17,0; 20,0)	<i>p</i> < 0,001 <i>p</i> ₁₋₂ = 0,027 <i>p</i> ₂₋₃ < 0,001 <i>p</i> ₂₋₄ < 0,001
Через 2 тижня після лікування	16,0 (15,0; 16,0)	15,0 (12,0; 16,0)	16,0 (15,0; 16,0)	15,5 (15,0; 16,0)	16,0 (15,0; 16,0)	<i>p</i> = 0,001 <i>p</i> ₁₋₂ = 0,011 <i>p</i> ₂₋₄ = 0,007
Через 1 місяць після лікування	9,0 (8,0; 11,0)	8,0 (7,0; 8,0)	9,0 (8,0; 12,0)	9,0 (8,0; 11,0)	11,0 (9,0; 12,0)	<i>p</i> < 0,001 <i>p</i> ₁₋₂ < 0,001 <i>p</i> ₁₋₃ = 0,009 <i>p</i> ₁₋₄ < 0,001
Через 3 місяця після лікування	8,0 (7,0; 9,0)	7,0 (5,0; 7,0)	9,0 (7,0; 9,0)	9,0 (7,0; 9,0)	9,0 (7,0; 10,0)	<i>p</i> < 0,001 <i>p</i> ₁₋₂ < 0,001 <i>p</i> ₁₋₃ = 0,008 <i>p</i> ₁₋₄ < 0,001
<i>p</i> *	< 0,001	< 0,001	< 0,001	< 0,001	< 0,001	-

Примітки. *p* – розбіжності між групами за непараметричним дисперсійним аналізом Краскела-Уолліса (KW-H);
При виявленні розбіжностей за дисперсійним аналізом,
проведено попарні порівняння за критерієм Дана: *p*₁₋₂ – між 1-ю та 2-ю групою; *p*₁₋₃ – між 1-ю та 3-ю групою; *p*₁₋₄ – між 1-ю та 4-ю групою;
*p*₂₋₃ – між 2-ю та 3-ю групою; *p*₂₋₄ – між 2-ю та 4-ю групою; *p*₃₋₄ – між 3-ю та 4-ю групою;
*p** – розбіжності за непараметричним дисперсійним аналізом ANOVA Фрідмана для повторних вимірів

Таблиця 2

Результати ANOVA повторних вимірів впливу схеми лікування (групи дослідження) на індекс якості сну за PSQI у обстежених хворих

Джерела варіабельності	Сума квадратів SS	df ступінь свободи	Середні квадрати MS	F критерій Фішера	<i>p</i>	η ² ступінь впливу
Вільний член	70579,92	1	70579,92	23326,76	< 0,001	99,54
Група	216,49	3	72,16	23,850	< 0,001	39,85
Похибка	326,78	108	3,03			
Динаміка індексу PSQI	8029,04	3	2676,35	1452,930	< 0,001	93,08
Група × індекс PSQI	135,98	9	15,11	8,200	< 0,001	18,56
Похибка	596,82	324	1,84			

Таблиця 3

Кореляційні взаємозв'язки між показниками якості життя та якістю сну у обстежених хворих на різних етапах лікування (коефіцієнти рангової кореляції Спірмена *r_s*)

Показники	ЯЖ за даними самооцінки		ЯЖ за даними оцінки лікаря	
	<i>r_s</i>	<i>p</i>	<i>r_s</i>	<i>p</i>
<i>1 обстеження</i>				
PSQI	0,21	0,019	0,23	0,010
<i>2 обстеження</i>				
PSQI	0,3	0,001	0,27	0,003
<i>3 обстеження</i>				
PSQI	0,58	< 0,001	0,58	< 0,001
<i>4 обстеження</i>				
PSQI	0,48	< 0,001	0,52	< 0,001

відно), так і груповий фактор – різні схеми лікування в групах (47,47 % та 49,21 % відповідно) та їх сполучений вплив – вплив підходу до лікування з часом (17,0 % та 15,62 % відповідно).

Вплив фактору групи на інтегративний показник якості життя за результатами самооцінки при 1-му обстеженні складав 9,06 %, при 2-му через 2 тижні – 32,57 %, при 3-му через 1 місяць – 61,82 %, при 4-му через 3 місяці – 33,2 % ($p < 0,001$). Відповідні показники для зміни якості життя за результатами оцінки лікарів – 12,19 %, 33,11 %, 60,76 % та 30,89 % ($p < 0,001$). Встановлене суттєве збільшення показників якості життя саме через 1 місяць після лікування.

Висновок про суттєвий вплив на підвищення інтегративного показника якості життя після лікування комплексною схемою порівняно зі стандартною схемою терапії орієнтованої на лікування основного захворювання, можна зробити на підставі порівняння динаміки ЯЖ між 1-ю та 2-ю групами і 3-ю та 4-ю групами, де відзначається інтенсивніше та вище підвищення показника, як за даними суб'єктивної, так і об'єктивної оцінки.

За даними кореляційного аналізу на початку лікування було встановлено взаємозв'язок між індексом якості сну та показниками якості життя. Якість життя за різними оцінками пов'язана зворотними кореляційними зв'язками із показниками якістю сну. Статистично значимими виявилися зв'язки між індексом якості сну та інтегративним показником якості життя ($r_s = 0,21$; $p < 0,05$ – погляд пацієнта та $r_s = 0,23$; $p < 0,05$ – погляд лікаря), показником виконання соціальних ролей ($r_s = 0,26$; $p < 0,05$ – погляд пацієнта та $r_s = 0,28$; $p < 0,05$ – погляд лікаря) та зовнішніми життєвими обставинами ($r_s = 0,27$; $p < 0,05$ – погляд пацієнта та $r_s = 0,26$; $p < 0,05$ – погляд лікаря). Це означає, що погіршення якості сну призводить до зниження ЯЖ пацієнтів.

В подальшому, кореляційні зв'язки між індексом якості сну та показниками якості життя визначалися при всіх обстеженнях протягом лікування. (Див табл.3)

Найбільші коефіцієнти кореляції різних показників із ЯЖ простежуються при 3-му обстеженні, коли вплив лікувальної терапії найбільший.

Висновки. За результатами проведеного дослідження, при первинному обстеженні усіх хворих найнижчі за PSQI були виявлені показники латентності сну, суб'єктивної якості сну, ефективності сну та порушення денного функціонування, які оцінювались як високий ступінь виразності. Також, було виявлено, що хворі невротичного ґенезу краще оцінювали якість життя в порівнянні з пацієнтами з розладами органічного ґенезу. При аналізі суб'єктивної оцінки якості життя пацієнта було помічено, що хворі схильні занижувати показники власної якості життя, в порівнянні з фаховою оцінкою лікаря.

Проведений кореляційний аналіз встановив зворотні кореляційні зв'язки між якістю сну та показниками якості життя у пацієнтів з тривожно-депресивними розладами з порушеннями сну. Ці зв'язки простежувались при обстеженнях і протягом лікування.

Було встановлено, що пацієнти, які проходили комбіновану схему терапії, яка направлена на компенсацію основного захворювання та корекцію безпосередньо порушень сну, мали кращі результати лікування, в порівнянні з пацієнтами, що проходили стандартну терапію орієнтовану на лікування основного захворювання відповідно до клінічних протоколів. Тому, при лікуванні тривожно-депресивних розладів, з метою більш ефективного впливу на покращення якості життя пацієнтів, необхідно особливу увагу приділяти корекції порушень сну.

Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів.

ЛІТЕРАТУРА

1. Robillard R., PhD, Hermens D., PhD, Naismith S., et al. Ambulatory sleep-wake patterns and variability in young people with emerging mental disorders // *Journal of Psychiatry & Neuroscience*. – 2015. – Vol. 40(1). – P.28-37.
<https://doi.org/10.1503/jpn.130247>
2. Klumpp H., PhD, Roberts J., BS, Kapella M.C., PhD, et al. Subjective and Objective Sleep Quality Modulate Emotion Regulatory Brain Function in Anxiety and Depression // *Depress Anxiety*. – 2017. – Vol. 34(7). – P.651-660.
<https://doi.org/10.1002/da.22622>
3. Laudon M., & Frydman-Marom A. Therapeutic Effects of Melatonin Receptor Agonists on Sleep and Comorbid Disorders // *International Journal of Molecular Sciences*. – 2014. – Vol. 15(9). – P.15924–15950.
<https://doi.org/10.3390/ijms150915924>

4. Пчелина П.В., Полуэтов М.Г. Расстройства сна и тревога // *Эффективная фармакотерапия. Неврология Спецвыпуск «Сон и его расстройства – 5»*. – 2017. – Том 35. – С.32-40.
5. Чабан О.С., Хаустова О.О., Асанова А.Е. та співавт. Практична психосоматика: діагностичні шкали. Київ: «Медкнига». – 2019. 2-е видання. – 112с.
6. Марута Н.О., Панько Т.В., Явдак І.О. та співавт. Критерій якості життя в психіатричній практиці. Монографія. Харків: РВФ Арсіс, ЛТД. 2004. – 240с.
7. Гржибовский А.М., Иванов С.В., Горбатова М.А. Сравнение количественных данных трех и более парных выборок с использованием программного обеспечения Statistica и SPSS: параметрические и непараметрические критерии // *Наука и Здравоохранение*. – 2016. – №5. – С. 5-29.

REFERENCES

1. Robillard, R., Hermens, D., Naismith, S., White, D., Rogers, N., Ip, T., Mullin, S., Alvares, G., Guastella, A., Smith, K. L., Rong, Y., Whitwell, B., Southan, J., Glozier, N., Scott, E., & Hickie, I. Ambulatory sleep-wake patterns and variability in young people with emerging mental disorders. *Journal of Psychiatry & Neuroscience*. 2015. No. 40(1), pp. 28–37.
<https://doi.org/10.1503/jpn.130247>
2. Klumpp, H., Roberts, J., Kapella, M. C., Kennedy, A. E., Kumar, A., & Phan, K. L. Subjective and objective sleep quality modulate emotion regulatory brain function in anxiety and depression. *Depression and Anxiety*. 2017. No. 34(7), pp. 651–660.
<https://doi.org/10.1002/da.22622>
3. Laudon, M., & Frydman-Marom, A. Therapeutic Effects of Melatonin Receptor Agonists on Sleep and Comorbid Disorders. *International Journal of Molecular Sciences*. 2014. No. 15(9), pp. 15924–15950.
<https://doi.org/10.3390/ijms150915924>
4. Pchelina, P. V., & Poluektov, M. G. Sleep Disorders and Anxiety. Effective pharmacotherapy. *Neurology Special Issue "Sleep and its disorders - 5"*. 2017. No. 35, pp. 32–40.
5. Chaban O., Khaustova H., Asanova A., Trachuk I., Assonov D. Practical psychosomatics: diagnostic scales. Kiev: "Medkniga". 2019. 2nd edition. 112p.
6. Maruta N., Pan'ko T., Yavdak I., Semykina H., Kolyadko S., Kalenskaya G. A criterion for the quality of life in practical psychiatry. Kharkov. RIF Arsis. LTD. 2004. 240p.
7. Grijbovskiy A.M., Ivanov S.V., Gorbatova M.A. Analysis of quantitative data in two non-independent groups using Statistica and SPSS software: parametric and nonparametric tests. *Science and Health Care*. 2016. No. 5, pp. 5–29.

ВЛИЯНИЕ НАРУШЕНИЙ СНА НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ С ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ НЕВРОТИЧЕСКОГО И ОРГАНИЧЕСКОГО ГЕНЕЗА

Лященко
Юлия Викторовна

*Днепропетровский государственный медицинский университет (ДДМУ), 49044,
г. Днепр, ул. Вернадского, 9, Украина
julialyschenko@i.ua
ORCID ID: 0000-0002-1822-0242

Юрьева
Людмила Николаевна*

lyuryeva@-teleport.com
ORCID ID: 0000-0002-1713-1037

Больные с тревожно-депрессивными расстройствами часто высказывают жалобы на нарушения сна. Это обусловлено высокой коморбидностью данных расстройств. Они могут взаимно усугублять течение друг друга, затруднять процесс лечения и повышать риск рецидива в дальнейшем. Кроме того, нарушения сна могут сохраняться даже после компенсации основного заболевания, что может влиять на качество жизни и социальное функционирование пациента. Целью настоящего исследования является изучение влияния нарушений сна на качество жизни и социальное функционирование больных с тревожно-депрессивными расстройствами невротического и органического генеза. Для достижения поставленной цели было исследовано 120 больных с тревожно-депрессивными расстройствами, которые были разделены на 4 группы в зависимости от генеза заболевания и способа медицинского влияния. Исследование проводилось с помощью клинико-психопатологического метода, дополненного Питсбургским индексом качества сна (PSQI), интегративным показателем качества жизни J. Mezzich (диада пациент – врач), методов описательной и аналитической статистики. В результате проведенного исследования выявлены обратные корреляционные связи между нарушениями сна и показателями качества жизни пациента. Эти связи прослеживались и на протяжении лечения. Установлено, что более эффективным было комбинированное лечение направленное на терапию основного заболевания и непосредственной коррекцию нарушений сна у больных с тревожно-депрессивными расстройствами невротического и органического генеза, в сравнении с больными, которые проходили терапию основного заболевания. Таким образом, в лечении тревожно-депрессивных расстройств с нарушениями сна необходимо уделять особое внимание коррекции инсомнии.

Ключевые слова: качество жизни, лечение, нарушение сна, тревога, тревожно-депрессивное расстройство.

THE INFLUENCE OF THE SLEEP DISTURBANCES ON THE QUALITY OF PATIENTS` LIFE WITH ANXIETY-DEPRESSIVE DISORDERS OF NEUROTIC AND ORGANIC GENESIS

Yuliia V. Liashchenko

*Dnipro State Medical University, 49044, Dnipro, 9 V. Vernadsky str., Ukraine
julia.lyshchenko@i.ua
ORCID ID: 0000-0002-1822-0242

Lyudmyla M. Yuryeva*

lyuryeva@teleport.com
ORCID ID: 0000-0002-1713-1037

The patients with anxiety-depressive disorders often complain about sleep disturbance. It is due to the high comorbidity of given disorders. They can mutually worsen the duration of each other, complicate the process of treatment and increase the risk of relapse further. Besides, sleep disorders can be preserved even after the compensation of the main disease, that can influence on the quality of life and patient`s social functioning. The goal of the actual research is the learning of the influence of the sleep disorders on the quality of life and patients` social functioning with anxiety-depressive disorders of neurotic and organic genesis. For achievement of the set goal it was explored 120 patients with anxiety-depressive disorders, who were divided into 4 groups depending on the genesis of the disease and the method of medical influence. The research was done with the help of clinic- psychopathology method, adding with Pittsburg index of the quality of the (PSQI), integrative index of the quality of life J Mezzich (the dyad of the patient and the doctor), methods of describing and analytical statistic. As a result of made research, the reverse correlation connections were detected between the sleep disorders and the indexes of the quality of the patient`s life. These connections were observed during the treatment. It was determined, that the combined treatment was the most effective, directed to the therapy of the main disease and directly the correction of the sleep of the patients with anxiety-depressive disorders of neurotic and organic genesis, in comparison with the patients who had a treatment of the main disease. Thus, especial attention must be paid to the correction of insomnia in the treatment of anxiety-depressive disorders with sleep disturbance.

Key words: *the quality of life, treatment, sleep disorder, anxiety, anxiety-depressive disorders.*