

М. М. Чемерис, М. В. Маркова

ПСИХОСОМАТИЧНІ ДИССОМНІЇ У ХВОРИХ З РІЗНИМИ ФОРМАМИ ДИФУЗНОЇ АЛОПЕЦІЇ: ВАРІАТИВНІСТЬ І ІНТЕНСИВНІСТЬ КЛІНІЧНИХ ПРОЯВІВ

М. М. Chemerys, M. V. Markova

PSYCHOSOMATIC DYSSOMNIA IN PATIENTS WITH DIFFERENT FORMS OF DIFFUSE ALOPECIA: VARIABILITY AND INTENSITY OF CLINICAL MANIFESTATIONS

Ключові слова: *психодерматологія, психосоматика, порушення психічного здоров'я, алопеція, психічна дезадаптація, розлади адаптації, диссомнія, порушення сну*

Key words: *psychodermatology, psychosomatics, mental health disorders, alopecia, mental maladjustment, adaptation disorders, dyssomnia, sleep disorders*

Мета роботи — аналіз наявності, варіативності і інтенсивності порушень сну у пацієнток з дифузною алопецією для створення надалі диференційовано-індивідуалізованих підходів до лікування цієї категорії хворих.

Обстежено 153 жінки віком від 25 до 45 років з дифузною алопецією. За допомогою структурованого інтерв'ю з урахуванням МКХ-10 та з використанням психодіагностичного методу, пацієнток поділено на три групи: без ознак психічної дезадаптації (ПД) — 45 осіб, з окремими ознаками дезадаптації — 73 особи, та з наявністю розладів адаптації відповідно до критеріїв МКХ-10 — 35 осіб. В межах кожної з цих груп виокремлено по дві підгрупи з урахуванням генезу алопеції: метаболічного (45 пацієнток) або змішаного (108 пацієнток).

Встановлено, що в структурі психосоматичних клінічних проявів патологічного трихологічного процесу у пацієнток з дифузною алопецією спостерігається увесь варіативний спектр клінічної диссомнічної симптоматики — ранні, середні, пізні диссомнії, кошмарні сновидіння та брак відпочинку після пробудження — поширеність і інтенсивність яких асоційовані з генезом дерматологічної патології (метаболічна або змішана форми алопеції).

Серед пацієнток зі змішаною формою дифузної алопеції психосоматичні диссомнічні прояви мають набагато більші представленість і вираженість, ніж серед хворих з метаболічною алопецією, що підтверджено наявністю статистично значущих відмінностей.

Виявлено зрозумілу тенденцію до збільшення ураженості диссомнічною симптоматикою з погіршенням стану психічного здоров'я обстежених: від відсутності й мінімальних представленості і вираженості окремих проявів у осіб з ознаками ПД, з більшими варіативністю і інтенсивністю диссомнічних проявів у хворих групи ризику щодо розвитку адаптаційних розладів, до максимальних представленості та вираженості будь-яких порушень сну у пацієнтів з розладом адаптації.

Також встановлено, що клінічне наповнення і вираженість усього спектра диссомнічної симптоматики більш значуще відрізняється у пацієнток зі змішаною алопецією (із закономірним збільшенням вираженості усіх диссомнічних проявів з наростанням важкості ПД), ніж у хворих з метаболічною її формою, демонструючи більш значущі відмінності між показниками у осіб різних груп за станом психічного здоров'я в межах одної форми алопеції.

Виявлені закономірності треба враховувати під час побудови стратегії диференційовано-індивідуалізованої терапії пацієнток з дифузною алопецією.

The purpose of the work is to analyze the presence, variability and intensity of sleep disturbances in patients with diffuse alopecia, in order to create, in the future, differentiated and individualized approaches to the management of this category of patients.

153 women aged 25 to 45 with diffuse alopecia were examined. With the help of a structured interview according to the ICD-10 criteria and the use of a psychodiagnostic method, three groups were distinguished among patients: without signs of mental maladjustment (MM), numbering 45 people, with separate signs of maladjustment, numbering 73 people, and with the presence of adaptation disorders, respectively to the criteria of ICD-10, numbering 35 people. Within each of these groups, two subgroups were distinguished, taking into account the genesis of alopecia: metabolic (45 patients) or mixed (108 patients).

It was established that in the structure of psychosomatic clinical manifestations of the pathological trichological process in patients with diffuse alopecia, the entire variable spectrum of clinical dyssomnia symptoms is found — early, middle, late dyssomnias, nightmares and lack of rest after waking up — the prevalence and intensity of which are associated with the genesis of dermatological pathology (metabolic or mixed forms of alopecia).

Among patients with a mixed form of diffuse alopecia, psychosomatic dyssomnic manifestations have a significantly greater representation and severity than among patients with metabolic alopecia, which is confirmed by the presence of statistically significant differences.

An understandable tendency to increase the incidence of dyssomnic symptoms with the deterioration of the mental health of the subjects was recorded: from the absence and minimal presence and severity of individual manifestations in persons with signs of MM, with an increase in the variability and intensity of dyssomnic manifestations in patients of the risk group for the development of adaptation disorders, to the maximum presentation and severity of any sleep disorders in patients with adjustment disorder.

It was also established that the clinical content and severity of the entire spectrum of dyssomnic symptoms differ more significantly in patients with mixed alopecia (with a natural increase in the severity of all dyssomnic manifestations in parallel with the increase in the severity of MM) than in patients with its metabolic form, demonstrating more significant differences between indicators in persons of different groups according to the state of mental health within one form of alopecia.

The identified regularities should be taken into account when building a strategy of differentiated and individualized curation of patients with diffuse alopecia.

Сон — базова потреба кожної людини, що забезпечує якість життя та належний рівень соціального функціонування. Як і харчування та фізична активність, сон також є невід’ємною складовою фізичного та психічного здоров’я й соціального благополуччя [1].

Європейська академія неврології (EAN) і ВООЗ визнали сон визначальним чинником здоров’я мозку, а Американська асоціація серця (AHA) додала поняття «тривалість сну» до восьми основних чинників здоров’я серцево-судинної системи. Дефіцит сну, зокрема недостатня його тривалість (менш ніж 6 годин на добу), порушення (нерегулярний сон і кошмари) або розлади сну (безсоння, апное увісні, синдром неспокійних ніг тощо), негативно позначаються на стані здоров’я людини та корелюють з багатьма хронічними соматичними й психосоматичними захворюваннями (діабет 2 типу, хвороби серця тощо). Сон — один з ключових механізмів регуляції емоцій і забезпечення максимального психосоціального благополуччя. Основні психічні розлади не тільки порушують сон, але й дефіцит сну підвищує ризик тривожних розладів, депресивних станів, біполярного афективного розладу, стрес-асоційованих психічних розладів, розладів, пов’язаних із вживанням психоактивних речовин, та ін. [1—3].

Тим часом, за даними В. Огоренко, близько 10 % населення Європи страждає від хронічної інсомнії або висловлюють скарги на поганий або недостатній сон [4; 5].

Однією з груп ризику щодо виникнення і прогресування розладів сну є пацієнти з хронічною дерматологічною патологією. Наприклад, частота порушень сну серед хворих на atopічний дерматит становить 47—60 % і є головним чинником, який негативно впливає на якість життя пацієнтів [6]. Спираючись на вищенаведене, ми висунули гіпотезу щодо наявності патогномонічних порушень сну, притаманних іншій групі дерматологічних хворих — з різними формами дифузної алопеції.

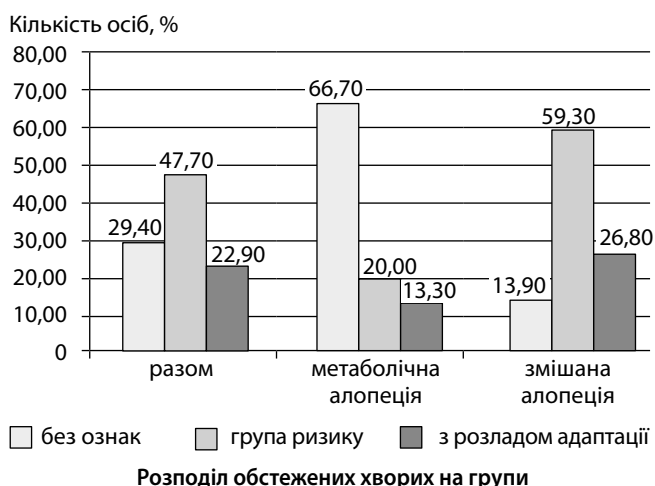
Отже, метою цієї роботи було досліджування наявності, варіативності і інтенсивності порушень сну у пацієнток з дифузною алопецією для створення надалі диференційовано-індивідуалізованих підходів до лікування цієї категорії хворих.

Обстежено 153 жінки віком від 25 до 45 років з дифузною алопецією. Вибір саме цієї форми алопе-

ції був зумовлений тим, що, за даними літератури та нашими клінічними спостереженнями, саме дифузна алопеція найбільш часто супроводжується проявами деструктивної психопатологічної відповіді у вигляді формування порушень психічної сфери, на відміну від андрогенетичної (яка зумовлена віковим зниженням рівня естрогенів та спостерігається здебільшого у пацієнток більш пізнього віку), або гніздової алопеції (яка, хоча і провокує нерідко нозогенні психопатологічні реакції, має складний аутоімунний генез і поширена здебільшого серед осіб дитячого і підліткового віку). Зважаючи на неоднорідний генез дифузних алопеційних станів, в рамках діагнозу дифузної алопеції, ми виокремили дві групи з різними етіопатогенетичними механізмами: метаболічну форму (45 осіб), і змішану форму (108 пацієнток), яка має гетерогенність етіологічних і низку патогенетичних чинників, серед яких вирізняють окремий стресовий психоемоційний чинник [7]. Отже, критеріями включення в дослідження були: наявність дифузної алопеції у жінки віком 25—45 років; відсутність психіатричного анамнезу протягом життя; інформована згода на участь в дослідженні.

На першому етапі роботи за допомогою структурованого інтерв’ю з урахуванням МКХ-10 та з використанням психодіагностичного інструменту «Тест «Нервово-психічна адаптація» І. Н. Гурвіча», серед пацієнток було виокремлено три групи: без ознак психічної дезадаптації (ПД) — 45 осіб (група 1 — Г1), з окремими ознаками дезадаптації — 73 особи (група 2 — Г2), та з наявністю розладів адаптації (F43.2 за МКХ-10) — 35 осіб (група 3 — Г3). В межах кожної з цих груп виокремили по дві підгрупи з урахуванням генезу алопеції.

Таким чином було сформовано шість підгруп: пацієнтки з метаболічною алопецією без ознак ПД — Г1-1 (30 хворих), з метаболічною алопецією з окремими ознаками ПД (група ризику) — Г1-2 (9 пацієнток), з метаболічною алопецією і наявністю розладів адаптації — Г1-3 (6 пацієнток); зі змішаною алопецією без ознак ПД — Г2-1 (15 пацієнток), зі змішаною алопецією з окремими ознаками ПД (група ризику) — Г2-2 (64 пацієнтки) та зі змішаною алопецією і наявністю розладів адаптації — Г2-3 (29 пацієнток (рисунок).



Аналіз диссомнічних характеристик пацієнток проводили за результатами структурованого інтерв'ю відповідно до критеріїв МКХ-10 та цілеспрямованого опитування щодо сомнологічних параметрів хворих згідно з міжнародними підходами до вивчення сну та його розладів. Статистичний аналіз включав описову статистику в таблицях спряженості та міжгруповий аналіз розбіжностей категоризованих ознак у групах пацієнтів з метаболічною та змішаною алопецією за допомогою точного кри-

терію Фішера з використанням ліцензійного пакету MS Office 2013.

Відчуття браку відпочинку після нічного сну було значно поширенішим серед пацієнток зі змішаною алопецією (у 63,9%) та виявлено у 24,4 % пацієнток з метаболічною алопецією (табл. 1).

У пацієнток з різними ступенями ПД виявлено суттєві відмінності у поширеності скарг на недостатність нічного відпочинку (табл. 2, рис. 3). Якщо в групі пацієнток без ознак ПД цей симптом був наявний у 33,3 % обстежених, то у групі ризику — у 50,7 %, а у групі з розладом адаптації — у 80,0 % (табл. 2).

У пацієнток з метаболічною алопецією питома вага пацієнток зі скаргами на недостатність нічного відпочинку збільшувалася відповідно до поглиблення ПД, однак, ці розбіжності виявилися статистично незначущими ($p > 0,05$) (табл. 3).

Таблиця 1. Кількість скарг на недостатній відпочинок після нічного сну у пацієнток з різними видами алопеції

Брак відпочинку	Метаболічна (n = 45)		Змішана (n = 108)		Разом (n = 153)		p
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	
Немає	34	75,6	39	36,1	73	47,7	< 0,01
Є	11	24,4	69	63,9	80	52,3	

Таблиця 2. Кількість скарг на недостатній відпочинок після нічного сну у пацієнток з алопецією з різними ступенями психічної дезадаптації

Брак відпочинку	Г1 (n = 45)		Г2 (n = 73)		Г3 (n = 35)		p		
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	Г1 — Г2	Г1 — Г3	Г2 — Г3
Немає	30	66,7	36	49,3	7	20,0	< 0,05	< 0,01	< 0,01
Є	15	33,3	37	50,7	28	80,0			

Таблиця 3. Кількість скарг на недостатній відпочинок після нічного сну у пацієнток з метаболічною алопецією з різними ступенями психічної дезадаптації

Брак відпочинку	Г1-1 (n = 30)		Г1-2 (n = 9)		Г1-3 (n = 6)		p		
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	Г1-1 — Г1-2	Г1-1 — Г1-3	Г1-2 — Г1-3
Немає	24	80,0	7	77,8	3	50,0	> 0,05	> 0,05	> 0,05
Є	6	20,0	2	22,2	3	50,0			

У групі пацієнток зі змішаною алопецією поширеність скарг на недостатній нічний відпочинок була найбільшою у пацієнток з розладами адаптації, значуще ($p < 0,05$) меншою у пацієнток без ознак ПД, і найменшою — у пацієнток групи ризику, водночас розбіжності при порівнянні двох останніх

підгруп були статистично незначущими ($p > 0,05$) (табл. 4).

Ранні диссомнії більш ніж удвічі частіше виявлялися у пацієнток зі змішаною алопецією (табл. 5). Загалом порушення засинання були найбільш частими порушеннями серед розладів сну.

Таблиця 4. Кількість скарг на недостатній відпочинок після нічного сну у пацієнток зі змішаною алопецією з різними ступенями психічної дезадаптації

Брак відпочинку	Г2-1 (n = 15)		Г2-2 (n = 64)		Г2-3 (n = 29)		p		
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	Г2-1 — Г2-2	Г2-1 — Г2-3	Г2-2 — Г2-3
Немає	6	40,0	29	45,3	4	13,8	> 0,05	< 0,05	< 0,01
Є	9	60,0	35	54,7	25	86,2			

Таблиця 5. Кількість скарг на порушення засинання у пацієнток з різними видами алопеції

Порушення засинання	метаболична (n = 45)		змішана (n = 108)		разом (n = 153)		p
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	
Немає	31	68,9	33	30,6	64	41,8	< 0,01
Є	14	31,1	75	69,4	89	58,2	

Водночас простежувалася чітка тенденція до більшої питомої ваги пацієнток з ранніми диссомніями в групі ризику і, особливо, у групі пацієнток з розладами адаптації, де питома вага таких пацієнток з ранніми диссомніями перевищувала 80 % (табл. 6).

Таблиця 6. Кількість скарг на порушення засинання у пацієнток з алопецією з різними ступенями психічної дезадаптації

Порушення засинання	Г1 (n = 45)		Г2 (n = 73)		Г3 (n = 35)		p		
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	1 — 2	1 — 3	2 — 3
Немає	26	57,8	32	43,8	6	17,1	> 0,05	< 0,01	< 0,01
Є	19	42,2	41	56,2	29	82,9			

Серед пацієнток з метаболичною алопецією питома вага пацієнток з порушенням засинання у підгрупі без ознак ПД та підгрупі ризику була близькою, тоді як у пацієнток з розладами адаптації — істотно більшою (табл. 7).

Натомість, у пацієнток зі змішаною алопецією поширеність інсомній в усіх підгрупах з ПД була високою; найчастіше скарги на порушення засинання виявлялися у пацієнток з розладами адаптації (табл. 8).

Таблиця 7. Кількість скарг на порушення засинання у пацієнток з метаболичною алопецією з різними ступенями ПД

Порушення засинання	Г1-1 (n = 30)		Г1-2 (n = 9)		Г1-3 (n = 6)		p
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	
Немає	22	73,3	7	77,8	2	33,3	> 0,05
Є	8	26,7	2	22,2	4	66,7	

Таблиця 8. Кількість скарг на порушення засинання у пацієнток зі змішаною алопецією з різними ступенями психічної дезадаптації

Порушення засинання	Г2-1 (n = 15)		Г2-2 (n = 64)		Г2-3 (n = 29)		p		
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	1 — 2	1 — 3	2 — 3
Немає	4	26,7	25	39,1	4	13,8	> 0,05	> 0,05	< 0,05
Є	11	73,3	39	60,9	25	86,2			

Середні диссомнії виявилися менш поширеними серед обстежених пацієнток: приблизно третина пацієнток скаржилися на нестійкий сон протягом ночі; водночас питома вага таких пацієнток була вдвічі більшою серед пацієнток зі змішаною алопецією (табл. 9).

Як і порушення засинання, середні диссомнії були типовими для пацієнток груп ризику та пацієнток з розладами адаптації (табл. 10).

Таблиця 9. Кількість скарг на нестійкий сон у пацієнток з різними видами алопеції

Нестійкий сон	Метаболична (n = 45)		Змішана (n = 108)		Разом (n = 153)		p
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	
Немає	38	84,4	71	65,7	109	71,2	< 0,05
Є	7	15,6	37	34,3	44	28,8	

Таблиця 10. Кількість скарг на нестійкий сон у пацієнток з алопецією з різними ступенями психічної дезадаптації

Нестійкий сон	Г1 (n = 45)		Г2 (n = 73)		Г3 (n = 35)		p		
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	1 — 2	1 — 3	2 — 3
Немає	37	82,2	54	74,0	18	51,4	> 0,05	< 0,01	< 0,05
Є	8	17,8	19	26,0	17	48,6			

Для пацієнток з метаболичною алопецією скарги на нестійкий нічний сон були менш типовими; водночас найбільш часто вони виявлялися у підгрупі ризику, дещо рідше — у підгрупі з розладами адаптації, і найрідше — у підгрупі без ознак ПД, проте розбіжності між підгрупами були статистично незначущими (p > 0,05) (табл. 11).

Таблиця 11. Кількість скарг на нестійкий сон у пацієнток з метаболичною алопецією з різними ступенями ПД

Нестійкий сон	Г1-1 (n = 30)		Г1-2 (n = 9)		Г1-3 (n = 6)		p
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	
Немає	26	86,7	7	77,8	5	83,3	> 0,05
Є	4	13,3	2	22,2	1	16,7	

У пацієнток зі змішаною алопецією середні диссомнії виявлялися суттєво частіше; водночас поширеність цих скарг у підгрупі з розладами

адаптації була вдвічі більшою, ніж серед пацієнток підгрупи ризику та пацієнток без ознак ПД (табл. 12).

Таблиця 12. Кількість скарг на нестійкий сон у пацієнток зі змішаною алопецією з різними ступенями психічної дезадаптації

Нестійкий сон	Г2-1 (n = 15)		Г2-2 (n = 64)		Г2-3 (n = 29)		p		
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	Г2-1 — Г2-2	Г2-1 — Г2-3	Г2-2 — Г2-3
Немає	11	73,3	47	73,4	13	44,8	> 0,05	> 0,05	< 0,01
Є	4	26,7	17	26,6	16	55,2			

Скарги на кошмарні сновидіння були найменш поширеними проявами розладів сну у пацієнток з алопецією; водночас істотних відмінностей за цим симптомом у пацієнток з різними видами алопеції не виявлено (табл. 13).

У пацієнток з розладами адаптації скарги на кошмарні сновидіння виявлялися значуще частіше, а у пацієнток групи ризику були незначуще частішими проти групи без ознак ПД (табл. 14).

Таблиця 13. Кількість скарг на кошмарні сновидіння у пацієнток з різними видами алопеції

Кошмарні сновидіння	Метаболічна (n = 45)		Змішана (n = 108)		Разом (n = 153)		p
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	
Немає	40	88,9	88	81,5	128	83,7	> 0,05
Є	5	11,1	20	18,5	25	16,3	

Таблиця 14. Кількість скарг на кошмарні сновидіння у пацієнток з алопецією з різними ступенями психічної дезадаптації

Кошмарні сновидіння	Г1 (n = 45)		Г2 (n = 73)		Г3 (n = 35)		p		
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	1 — 2	1 — 3	2 — 3
Немає	41	91,1	62	84,9	25	71,4	> 0,05	< 0,05	> 0,05
Є	4	8,9	11	15,1	10	28,6			

Поширеність скарг на кошмарні сновидіння серед пацієнток з метаболічною алопецією виявилася більшою у пацієнток з розладами адаптації, дещо меншою — у підгрупі ризику і найменшою — у підгрупі пацієнток без ознак ПД (табл. 15).

Таблиця 15. Кількість скарг на кошмарні сновидіння у пацієнток з метаболічною алопецією з різними ступенями психічної дезадаптації

Кошмарні сновидіння	Г1-1 (n = 30)		Г1-2 (n = 9)		Г1-3 (n = 6)		p
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	
	Немає	28	93,3	8	88,9	4	
Є	2	6,7	1	11,1	2	33,3	

У пацієнток зі змішаною алопецією виявлені аналогічні закономірності: питома вага пацієнток зі скаргами на кошмарні сновидіння збільшувалася з поглибленням ПД, однак, розбіжності між підгрупами були статистично незначущими (p > 0,05) (табл. 16).

Пізнi диссомнії були більш притаманними пацієнтам зі змішаною алопецією: питома вага пацієнток зі скаргами на ранні пробудження у цій групі була вдвічі вищою, ніж у пацієнток з метаболічною алопецією (табл. 17).

Водночас простежувалася чітка тенденція до більшої ураженості пізними диссомніями пацієнток з більш важкими проявами ПД: поширеність цього симптому у пацієнток без ознак ПД становила 26,7 %, у пацієнток групи ризику — 49,3 %, і у пацієнток з розладом адаптації — 77,1 %; розбіжності між групами — статистично значущі (табл. 18).

Таблиця 16. Кількість скарг на кошмарні сновидіння у пацієнток зі змішаною алопецією з різними ступенями психічної дезадаптації

Кошмарні сновидіння	Г2-1 (n = 15)		Г2-2 (n = 64)		Г2-3 (n = 29)		p
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	
Немає	13	86,7	54	84,4	21	72,4	> 0,05
Є	2	13,3	10	15,6	8	27,6	

Таблиця 17. Кількість скарг на ранні пробудження у пацієнток з різними видами алопеції

Ранні пробудження	Метаболічна (n = 45)		Змішана (n = 108)		Разом (n = 153)		p
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	
Немає	34	75,6	44	40,7	78	51,0	< 0,01
Є	11	24,4	64	59,3	75	49,0	

У пацієнток з метаболічною алопецією ранні пробудження найчастіше виявлялися у підгрупі з розладами адаптації, тоді як поширеність пізними диссомніями у пацієнток без ознак ПД та підгрупи ризику була приблизно однаковою (табл. 19).

Таблиця 18. Кількість скарг на ранні пробудження у пацієнок з алопецією з різними ступенями психічної дезадаптації

Ранні пробудження	Г1 (n = 45)		Г2 (n = 73)		Г3 (n = 35)		p		
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	1 — 2	1 — 3	2 — 3
Немає	33	73,3	37	50,7	8	22,9	< 0,05	< 0,01	< 0,01
Є	12	26,7	36	49,3	27	77,1			

Таблиця 19. Кількість скарг на ранні пробудження у пацієнок з метаболічною алопецією з різними ступенями ПД

Ранні пробудження	Г1-1 (n = 30)		Г1-2 (n = 9)		Г1-3 (n = 6)		p
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	
Немає	24	80,0	7	77,8	3	50,0	> 0,05
Є	6	20,0	2	22,2	3	50,0	

У пацієнок зі змішаною алопецією ранні пробудження виявлялися значно частіше, водночас найбільшою питома вага пацієнок зі скаргами на пізню диссомнію була у підгрупі з розладами адаптації, меншою — у підгрупі ризику і найменшою — у підгрупі без ознак ПД. Розбіжності статистично значущі як порівняти підгрупи без ознак ПД з підгрупою з розладами адаптації та підгрупи ризику з підгрупою з розладами адаптації (табл. 20).

Таблиця 20. Кількість скарг на ранні пробудження у пацієнок зі змішаною алопецією з різними ступенями психічної дезадаптації

Ранні пробудження	Г2-1 (n = 15)		Г2-2 (n = 64)		Г2-3 (n = 29)		p		
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	Г2-1 — Г2-2	Г2-1 — Г2-3	Г2-2 — Г2-3
Немає	9	60,0	30	46,9	5	17,2	> 0,05	< 0,01	< 0,01
Є	6	40,0	34	53,1	24	82,8			

Результати проведеного дослідження дали змогу дійти таких висновків.

В структурі психосоматичних клінічних проявів патологічного трихологічного процесу у пацієнок з дифузною алопецією спостерігається увесь варіативний спектр клінічної диссомнічної симптоматики — ранні, середні, пізні диссомнії, кошмарні сновидіння та брак відпочинку після пробудження — поширеність і інтенсивність яких асоційовані з генезом дерматологічної патології (метаболічна або змішана форми алопеції).

Серед пацієнок зі змішаною формою дифузної алопеції психосоматичні диссомнічні прояви мають значно більші представленість і вираженість, ніж серед хворих з метаболічною алопецією, що підтверджено наявністю статистично значущих відмінностей. Найбільшу представленість серед диссомнічної симптоматики мають ранні диссомнічні прояви (порушення засинання), які притаманні 58,2 % пацієнок зі змішаною та 31,1 % — з метаболічною формами алопеції; друге місце за поширеністю і інтенсивністю диссомнічних проявів серед хворих з дифузною алопецією посідає брак відчуття відпочинку після пробудження, який притаманний 52,3 % хворих зі змішаною та 24,4 % — з метаболічною алопецією; майже тотожну поширеність (зі статистично незначущими розбіжностями як порівняти з відчуттям недостатнього відпочинку після нічного сну) має симптоматика пізньої диссомнії (ранні пробудження), яку діагностовано у 49,0 % хворих зі змішаною та 24,4 % — з метаболічною формами

алопеції; клінічні прояви середньої диссомнії (неспокійний сон) виявились притаманними 28,8 % пацієнок зі змішаною та 15,6 % з метаболічною алопецією; найменш представленими в клінічній картині психосоматичних диссомнічних проявів у хворих з трихологічною проблематикою виявились кошмарні сновидіння, які були у 16,3 % осіб зі змішаною та 11,1 % з метаболічною формами дифузної алопеції.

Виявлено зрозумілу тенденцію до збільшення ураженості диссомнічною симптоматикою з погіршенням стану психічного здоров'я обстежених: від відсутності й мінімальної представленості і вираженості окремих проявів у осіб з ознаками ПД, з більшими варіативністю і інтенсивністю диссомнічних проявів у хворих групи ризику щодо розвитку адаптаційних розладів, до максимальної представленості та вираженості будь-яких порушень сну у пацієнтів з розладом адаптації.

Також встановлено, що клінічне наповнення і вираженість усього спектра диссомнічної симптоматики більш значуще відрізняється у пацієнок зі змішаною алопецією (із закономірним збільшенням вираженості усіх диссомнічних проявів з наростанням важкості ПД), ніж у хворих з метаболічною її формою, демонструючи більш значущі відмінності між показниками в осіб різних груп за станом психічного здоров'я в межах однієї форми алопеції.

Виявлені закономірності треба враховувати під час побудови стратегії диференційовано-індивідуалізованої курації пацієнок з дифузною алопецією.

Список літератури

1. Сон як невід'ємна складова фізичного та психічного здоров'я // *НейроNEWS*. 2023. 9 (145). С. 5—6. URL: [https://neuronews.com.ua/uploads/issues/2023/9\(145\)/nn23_9_5-6.pdf](https://neuronews.com.ua/uploads/issues/2023/9(145)/nn23_9_5-6.pdf).
2. The need to promote sleep health in public health agendas across the globe / Lim, Diane & Najafi, Arezu & Afifi, Lamia & Bassetti [et al.] // *The Lancet Public Health*. 2023. 8. e820-e826. DOI: 10.1016/S2468-2667(23)00182-2.
3. Sleep Problems Associate With Multimorbidity: A Systematic Review and Meta-analysis / Zhou Y., Jin Y., Zhu Y. // *Public Health Rev.* 2023. 44:1605469. DOI: 10.3389/phrs.2023.1605469.
4. Огоренко В., Шорніков А. Порушення сну та якість життя здобувачів медичної освіти під час воєнного стану. PMGP [інтернет]. 30, Березень 2023; 8(1):e0801439. доступний у: <https://uk.e-medjournal.com/index.php/psp/article/view/439>.
5. Insomnia disorder: State of the science and challenges for the future / Riemann D., Benz F., Dressler R. J. [et al.] // *Journal of Sleep Research*. 2022;31(4):e13604. DOI: 10.1111/jsr.13604.
6. Хиць А. Р. Діти з atopічним дерматитом та порушенням сну: ефективність застосування мелатоніну // *Український Медичний Часопис*. 27 липня 2020. URL: www.umj.com.ua/uk/novyna-184476-diti-z-atopichnim-dermatitom-ta-porushennyam-snu-efektivnist-zastosuvannya-melatoninu.

References

1. Son yak nevid'iemna skladova fizychnoho ta psykhichnoho zdorov'ia. *NeiroNEWS*. 2023. 9 (145):5—6. [https://neuronews.com.ua/uploads/issues/2023/9\(145\)/nn23_9_5-6.pdf](https://neuronews.com.ua/uploads/issues/2023/9(145)/nn23_9_5-6.pdf). (In Ukrainian).
2. Lim, Diane & Najafi, Arezu & Afifi, Lamia & Bassetti, Claudio & Buysse, Daniel & Han, Fang & Högl, Birgit & Melaku, Yohannes & Morin, Charles & Pack, Allan & Poyares, Dalva & Somers, Virend & Eastwood, Peter & Zee, Phyllis & Jackson,

Chandra. (2023). The need to promote sleep health in public health agendas across the globe. *The Lancet Public Health*. 8. e820-e826. 10.1016/S2468-2667(23)00182-2.

3. Sleep Problems Associate With Multimorbidity: A Systematic Review and Meta-analysis // <https://www.sspjournal.org/journals/public-health-reviews/articles/10.3389/phrs.2023.1605469/full>. Zhou Y, Jin Y, Zhu Y, Fang W, Dai X, Lim C, Mishra SR, Song P, Xu X. Sleep Problems Associate With Multimorbidity: A Systematic Review and Meta-analysis. *Public Health Rev.* 2023 Jun 13;44:1605469. doi: 10.3389/phrs.2023.1605469. PMID: 37383367; PMCID: PMC10293634.

4. Ohorenko V., Shornikov A. Porushennia snu ta yakist' zhyttia zdobuvachiv medychnoi osvity pid chas voiennoho stanu [Sleep disturbance and quality of life in medical students during martial law.]. PMGP [internet]. 30, Berезen 2023; 8(1):e0801439. <https://uk.e-medjournal.com/index.php/psp/article/view/439>. (In Ukrainian).

5. Riemann D, Benz F, Dressler RJ, Espie CA, Johann AF, Blanken TF, Leerssen J, Wassing R, Henry AL, Kyle SD, Spiegelhalder K, Van Someren EJW. Insomnia disorder: State of the science and challenges for the future. *J Sleep Res.* 2022 Aug;31(4):e13604. doi: 10.1111/jsr.13604. Epub 2022 Apr 22. PMID: 35460140.

6. Khyts A. R. Dity z atopichnym dermatyтом та porushenniam snu: efektyvnist zastosuvannya melatoninu [Children with atopic dermatitis and sleep disorders: efficacy of melatonin] *Український Медичний Часопис [Ukrainian Medical Journal]*. 27 lypnia 2020. www.umj.com.ua/uk/novyna-184476-diti-z-atopichnim-dermatitom-ta-porushennyam-snu-efektivnist-zastosuvannya-melatoninu. (In Ukrainian).

Надійшла до редакції 30.06.2024

ЧЕМЕРИС Мар'яна Мирославівна, кандидат медичних наук, асистент кафедри сімейної медицини Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького; Медичний центр «Новодерм», м. Львів, Україна; <https://orcid.org/0009-0009-0623-5074>; e-mail: chemerysmaryanamd@gmail.com

МАРКОВА Маріанна Владиславівна, доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри сексології, психотерапії та медичної психології Харківського національного медичного університету, м. Харків, Україна; <http://orcid.org/0000-0003-0726-4925>; e-mail: markova.md.professor@gmail.com

CHEMERYS Maryana, MD, PhD, Assistant of the Department of Family Medicine at Danylo Halytskyi's Lviv National Medical University; "Novoderm" Medical Center; <https://orcid.org/0009-0009-0623-5074>; e-mail: chemerysmaryanamd@gmail.com

MARKOVA Marianna, Doctor of Medical Sciences, Professor, Head of the Department of Sexology, Psychotherapy and Medical Psychology of Kharkiv National Medical University, Kharkiv, Ukraine; <http://orcid.org/0000-0003-0726-4925>; e-mail: markova.md.professor@gmail.com