

## АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ ДІАГНОСТИКИ СОМАТОФОРМНИХ РОЗЛАДІВ У ПРАКТИЦІ СІМЕЙНОГО ЛІКАРЯ

Чернишов О. В., Багрій В. І.

### ВСТУП

Поширеність та захворюваність на психічні та поведінкові розлади в Україні характеризується постійним зростанням (на 2,9 % за 10 років)<sup>1</sup>. У структурі показників захворюваності переважають непсихотичні психічні розлади (соматоформні розлади, неврози, реакції на стрес, розлади особистості тощо), що у більшості випадків (72,2 %) потребує лише амбулаторної допомоги<sup>2</sup>. Лікарі первинної медичної ланки у 20–25 % випадків звернень пацієнтів мають справу з різними проявами психічних розладів, в тому числі тривожно-депресивних<sup>3</sup>. Серед підлітків ці показники сягають 40 % (переважно функціональні порушення й вегетативна дисфункція, що зумовлено емоційним станом). Більшість захворювань непсихотичного рівня – соматоформні розлади.

Психосоматичний симптомокомплекс з часом прогресує та становить основу для формування патологічної форми реагування і зрештою переходить із функціонального порушення в соматичне захворювання<sup>4</sup>.

Соматизовані психопатологічні розлади, тобто патологічні стани психіки, які проявляються “псевдосоматичними” симптомами є однією з ключових міждисциплінарних медичних проблем. Це пов’язано як з існуючими на даний час труднощами діагностики та організації допомоги хворим, так і з недостатньою теоретичною

---

<sup>1</sup> Волошин П. В., Марута Н. О. Стратегія охорони психічного здоров’я населення України: сучасні можливості та перешкоди. Український вісник психоневрології. 2015. Вип. 1. С. 5–11.

<sup>2</sup> Пінчук І. Я., Богачев Р. М., Хобзей М. К., Петриченко О. О. Динаміка психічного здоров’я населення України в період 2008–2012 рр. та перспективи розвитку психіатричної допомоги країни. Архів психіатрії. 2013. Вип. 1. С. 11–17.

<sup>3</sup> Чазов Е. И., Оганов Р. Г., Погосова Г. В., Шальнова С. А., Ромасенко Л. В. Клинико-эпидемиологическая программа изучения депрессии в кардиологической практике: у больных Артериальной гипертонией и ишемической болезнью сердца (КООРДИНАТА): результаты многоцентрового исследования. Кардиология. 2007. Вып. 45. С. 28–37.

<sup>4</sup> Bräutigam V., Christian, P., Rad M. Psychosomatic Medicine. Moscow, 1999. P. 376/

розробкою даного розділу психічної патології<sup>5</sup>. Така ситуація визначається не тільки та не стільки власне діагностичними труднощами, хоча вони мають істотне значення, а більшою мірою опосередкована невирішеними організаційними питаннями, зокрема відокремленістю психіатричної допомоги, відомої стигматизацією психіатричної діагностики, процесу спостереження та лікування у психіатра. Невирішені в цій області проблеми сприяють істотному соціально-економічному обтяженню суспільства, так як контингент таких пацієнтів становить когорту “важких хворих”, які споживають значний обсяг ресурсів охорони здоров’я.

Водночас особливість перебігу соматоформних розладів, розповсюдженість їх серед пацієнтів лікарів загальної практики та ефективність їх лікування у літературі практично не висвітлено. Незважаючи на інтенсивне дослідження проблеми соматоформних розладів, патогенез захворювання залишається недостатньо вивченим, особливо в умовах дії на організм різних несприятливих психогенних та соматичних чинників. Особливо ця проблема є актуальною під час та після епідемії COVID-19 у світі. Натомість увага зосереджується на розладах психотичного рівня<sup>6</sup>.

Важливе значення має діагностика та лікування психосоматичних розладів на первинній ланці, завдяки чому може в декілька разів покращитися епідеміологічна ситуація з приводу цих захворювань. Труднощі своєчасної діагностики сприяють тому, що хворі тривалий час спостерігаються, проходять безліч діагностичних процедур, приймають не завжди обгрунтоване лікування в загальносоматичній мережі та лише після значного періоду часу (іноді це роки) отримують обгрунтовану терапію. На жаль, у лікарів відсутні прості та зрозумілі інструменти для первинної діагностики цих захворювань, що призводить до призначення неефективної та необгрунтованої терапії соматичних симптомів. Це зумовлює хронізацію захворювань та утруднення подальшої терапії<sup>7</sup>. Завдяки високій стигматизації психіатричної служби в усьому світі, саме первинна ланка може надати найбільш якісну та своєчасну допомогу.

Таким чином, неухильне зростання кількості психічних розладів, які ховаються за соматичними захворюваннями, у дитячій та дорослій

---

<sup>5</sup> Aleksander F. Psychosomatic medicine. Principle sand application. Moscow : Perrls, 2000. P. 296/

<sup>6</sup> FAVA, Giovanni A.; SONINO, Nicoletta. Psychosomatic medicine: Emerging trends and perspectives. *Psychotherapy and psychosomatics*, 2000, 69.4: 184–197.

<sup>7</sup> Психічне здоров’я як складова подальшого розвитку нації (підсумки за 10 років незалежності України). Москаленко В. Ф., Горбань Є. М., Табачников С. І. та ін. Архів психіатрії, 2001. Вип. 4. С. 5–10.

популяції та поліетіологічність факторів, що призводять до їхнього розвитку, а також неякісна та несвоєчасна діагностика та лікування цих розладів на первинній ланці, свідчать про необхідність подальших досліджень<sup>8, 9, 10</sup>.

### **1. Мета та матеріали дослідження**

Вивчити особливість діагностики та терапії соматоформних розладів лікарями загальної практики сімейної медицини та вдосконалити діагностичні критерії та комплексне лікування цих хворих.

Дослідження проводилось серед 2928 пацієнтів, які звертались за допомогою до сімейних лікарів протягом 2019–21 років. Більшою мірою пацієнтів було виявлено лікарями загально-соматичного профілю у поліклініках, стаціонарах. Критерієм включення до дослідження були часті скарги та відсутність патологічних показників у лабораторних та інструментальних дослідженнях. Таким пацієнтам було запропоновано пройти тест SOMS-2.

Треба відмітити, що не всіх хворих було внесено до загальностатистичної бази даних, так як деякі з тих, хто звернувся за допомогою, хотіли мати право анонімності, побоювались призначення специфічної медикаментозної терапії та не визнавали у себе наявність саме психічної, а не соматичної патології. Згідно з цим, якщо хворі відповідали критеріям включення/виключення, але не надавали згоди для участі в дослідженні, то їх не було внесено до загального дисертаційного дослідження.

Дослідження було проведено з дотриманням принципів біоетики та деонтології на клінічних базах медичного інституту Чорноморського національного університету імені Петра Могили.

Хворим було оголошено тему та мету наукової роботи, також під час бесіди зверталась увага на те, що участь пацієнтів у даному дослідженні є цілком добровільною та конфіденційною. Пацієнтам надавалось право не відповідати на будь-яке питання, а також перервати опитування, нічого при цьому не пояснюючи.

Серед загальної кількості обстежених для участі в подальшій роботі було відібрано 500 пацієнтів (17%), у яких тест SOMS-2 виявив

---

<sup>8</sup> Chernyshov O. V., Zak M. Yu. Aspects of comorbidity somatoform disorders and addictive behavior in adolescence. Publishing House "Baltija Publishing". 2021. P. 346–360.

<sup>9</sup> Wilder-Smith C. H. The balancing act: endogenous modulation of pain in functional gastrointestinal disorders. Wilder-Smith C. H. Gut. 2011. Vol. 60. Vol. 1589–1599.

<sup>10</sup> Zheng Z. Irritable bowel syndrome may be induced by decreased neuroplasticity. Zheng Z., Zeng Y., Yang W. Wu. J. Neuro Endocrinol Lett. 2014. Vol. 35 (8). P. 655–659.

наявність соматоформної патології. З них 255 чоловік та 245 жінок у віці 14–72 роки. (середній вік жінок склав  $26,8 \pm 0,8$  років, середній вік чоловіків –  $34,6 \pm 0,7$  років)<sup>11</sup>.

Пацієнтів було розділено на три групи дослідження. Основним критерієм розподілу на групи була локалізація скарг. До I групи увійшло 210 пацієнтів з різноманітними скаргами у гастроінтестинальній системі, до II групи 185 пацієнтів з кардіалгією та різноманітними скаргами, пов'язаними з кардіологічною системою. До III групи було віднесено 105 пацієнтів з цефалгією та скаргами пов'язаними з ЦНС. Незважаючи на діагностичне різноманіття, групи дослідження було сформовано за основними домінуючими характеристиками.

## 2. Результати дослідження

Результати розподілу досліджених підлітків за статевою ознакою в групах наведено у таблиці 1.

Таблиця 1

Розподіл досліджених за статтю

Стать	Г1 (n=210)		Г2 (n=185)		Г3 (n=105)	
	n	%±m	n	%±m	n	%±m
Чоловіча	24	57,14±4,8	16	43,24±5,0	11	52,39±4,9
Жіноча	18	42,86±4,8	21	56,76±5,0	10	47,61±4,9

Як можна бачити, розподіл досліджених у всіх трьох групах неоднаковий. У першій та третій групі кількість чоловіків перевищувала кількість жінок, а в другій групі – навпаки.

Результати проведеного дослідження у Г1 наведені у таблиці 2.

Г1. 100 % пацієнтів мають перевищення за шкалою соматизації (Somatization – SOM), що є показником наявності у пацієнтів психосоматичного захворювання. Обсесивно-компульсивні розлади (Obsessive – Compulsive – O-C) спостерігаються у 16,66 % (35) пацієнтів, при чому серед жінок цей показник є дещо вищим 22,22 % проти 12,5 % у чоловіків. Міжособистісна чутливість (Interpersonal Sensitivity – INT) виявлено у 61,9 % (130) пацієнтів. 70 (58,33 %) у чоловіків та 60 (66,66 %) серед жінок. Значення Шкали депресії (Depression – DEP) перевищено у 35,71 % (75) пацієнтів. Відсоток пацієнтів суттєво не відрізняється серед чоловіків 33,33 % та жінок 38,88 %. Тривожні симптоми (Anxiety – ANX) виявлено у 57,14 % (120)

<sup>11</sup> Kroenke K., Spitzer R. L., Williams J. B., Löwe B. The Patient Health Questionnaire Somatic, Anxiety, and Depressive Symptom Scales: a systematic review. General Hospital Psychiatry. 2010 Jul-Aug. Vol. 32 (4). P. 345–359. Epub 2010 May 7.

пацієнта). Серед чоловіків цей показник значно вищий і складає 66.6 % проти 44,4 % у жінок. Показник ворожості (Hostility – HOS) перевищено у 19.04 % (40) пацієнтів. Серед жінок цей показник значно вищий 33,3 % проти 8,33 % у чоловіків. Фобічно-тривожні (PhobicAnxiety – PHOV) розлади виявлено у 42,85 % (90) пацієнтів. Показник значно не відрізняється між чоловіками та жінками. Паранояльні симптоми (ParanoidIdeation – PAR) виявлено у 7,14 % (15) опитаних. Цей показник вдвічі вищий у жінок (11,11 %), ніж у чоловіків (4,16 %). Психотизм (Psychoticism – PSY) був у наявності у 2.38 % (5) пацієнтів. Додаткові питання (AdditionalItems – ADD) вказують на значну вираженість симптоматики у пацієнтів.

Таблиця 2

ШКАЛИ	Усього	Г1		P 0,05
		Ч	Ж	
SOM	210(100 %)	120(100 %)	90(100 %)	
O-C	35(16,66 %)	15(12,5 %)	20(22,22 %)	
INT	130(61,9 %)	70(58,33 %)	60(66,66 %)	
DEP	75(35,71 %)	40(33,33 %)	35(38,88 %)	
ANX	120(57,14 %)	80(66,66 %)	40(44,44 %)	
HOS	40(19,04 %)	10(8,33 %)	30(33,33 %)	
PHOV	90(42,85 %)	50(41,66 %)	40(44,44 %)	
PAR	15(7,14 %)	5(4,16 %)	10(11,11 %)	
PSY	5(2,38 %)	2(1,66 %)	3(3,33 %)	
Dopoln.				
GSI	115(54,76 %)	80(66,66 %)	35(38,88 %)	
PST	10(47,61 %)	75(62,5 %)	25(27,77 %)	
PDSI	60(28,57 %)	50(41,666 %)	10(11,11 %)	

Результати проведеного дослідження у Г2 наведені у таблиці 3.

Таблиця 3

ШКАЛИ	Усього	Г2		P 0,05
		Ч	Ж	
SOM	185(100 %)	80(100 %)	105(100 %)	
O-C	35(18,91 %)	20(25 %)	15(14,28 %)	
INT	80(43,24 %)	45(56,25 %)	35(33,33 %)	
DEP	95(51,35 %)	40(50 %)	55(52,38 %)	
ANX	130(70,27 %)	80(100 %)	50(47,61 %)	
HOS	50(27,02 %)	15(18,75 %)	35(33,33 %)	
PHOV	90(48,64 %)	50(62,5 %)	40(38,09 %)	
PAR	45(24,32 %)	20(25 %)	25(23,80 %)	
PSY	10(5,4 %)	5(6,25 %)	5(4,76 %)	
Dopoln.				
GSI	12(64,86 %)	70(87,5 %)	50(47,61 %)	
PST	115(62,16 %)	70(87,5 %)	45(42,85 %)	
PDSI	40(21,62 %)	20(25 %)	20(19,04 %)	

Г2. 100 % пацієнтів мають перевищення за шкалою соматизації (Somatization – SOM), що є показником наявності у пацієнтів психосоматичного захворювання.

Обсесивно-компульсивні розлади (Obsessive – Compulsive – O-C) спостерігаються у 18,91 % (35) пацієнтів, при чому серед жінок цей показник є дещо нижчим (14,28 % проти 25 % у чоловіків). Міжособистісна чутливість (InterpersonalSensitivity – INT) виявлено у 43,24 % (80) пацієнтів 56,25 % (45) у чоловіків та 33,33 % (35) серед жінок. Значення Шкали депресії (Depression – DEP) перевищено у 51,35 % (95) пацієнтів. Відсоток пацієнтів суттєво не відрізняється серед чоловіків 50 % та жінок 52,38 %. Тривожні симптоми (Anxiety – ANX) виявлено у 70,27 % (130 пацієнтів). Серед чоловіків цей показник значно вищий і складає 100 % проти 47,61 % у жінок. Показник ворожості (Hostility – HOS) перевищено у 27,02 % (50) пацієнтів. Серед жінок цей показник значно вищий 33,33 % проти 18,75 % у чоловіків. Фобічно-тривожні (PhobicAnxiety – PNOB) розлади виявлено у 48,64 % (90) пацієнтів. Показник вищий серед чоловіків 62,5 % проти 38,09 % у жінок. Параноїдні симптоми (ParanoidIdeation – PAR) виявлено у 24,32 % (45) опитаних. Цей показник суттєво не відрізняється як у жінок (23,8 %) так і у чоловіків (25 %). Психотизм (Psychoticism – PSY) виявлено у 5,4 % пацієнтів. Додаткові питання (AdditionalItems – ADD) вказують на значну вираженість симптоматики у пацієнтів.

Результати проведеного дослідження у Г3 наведені у таблиці 5.

Таблиця 5

№	ШКАЛИ	Усього	Г3		P 0,05
			Ч	Ж	
1	SOM	105(100 %)	55(100 %)	50(100 %)	
2	O-C	30(28,57 %)	25(45,45 %)	5(10 %)	
3	INT	40(38,09 %)	25(45,45 %)	15(30 %)	
4	DEP	50(47,61 %)	30(54,54 %)	20(40 %)	
5	ANX	60(57,14 %)	20(40 %)	40(80 %)	
6	HOS	45(42,85 %)	20(36,36 %)	25(50 %)	
7	PNOB	55(52,38 %)	25(45,45 %)	30(60 %)	
8	PAR	35(33,33 %)	25(45,45 %)	10(20 %)	
9	PSY	10(9,52 %)	5(9,09 %)	5(10 %)	
10	Dopoln.				
	GSI	55(52,38 %)	30(54,54 %)	25(50 %)	
	PST	65(61,9 %)	30(54,54 %)	35(70 %)	
	PDSI	65(61,9 %)	45(81,81 %)	20(40 %)	

Г3. 100 % пацієнтів мають перевищення за шкалою соматизації (Somatization – SOM), що є показником наявності у пацієнтів психосоматичного захворювання.

Обсесивно-компульсивні розлади (Obsessive – Compulsive – O-C) виявлено у 28,57 % (30) пацієнтів (серед чоловіків цей показник є значно вищим 45,45 % проти 10 % у жінок). Міжособистісну чутливість (InterpersonalSensitivity – INT) виявлено у 38,09 % (40) пацієнтів. 45,45 % у чоловіків та 30 % серед жінок. Значення за Шкалою депресії (Depression – DEP) перевищено у 47,61 % (50) пацієнтів. Відсоток пацієнтів суттєво не відрізняється серед чоловіків 54 % та жінок 40 %. Тривожність (Anxiety – ANX) виявлено у 57,14 % (60 пацієнта). Серед чоловіків цей показник значно нижчий і складає 40 % проти 80 % у жінок. Показник ворожості (Hostility – HOS) перевищено у 42,85 % пацієнтів. Серед жінок цей показник дещо нижчий 36,36 % проти 50 % у чоловіків. Фобічно-тривожні (PhobicAnxiety – PHOV) розлади виявлено у 52,38 % пацієнтів. У чоловіків цей показник дещо нижчий і складає 45,45 %, у жінок – 60 %. Параноїальні симптоми (ParanoidIdeation – PAR) виявлено у 33,33 % опитаних. Цей показник вдвічі вищий у чоловіків (45,45 %), ніж у жінок (20 %). Психотизм (Psychoticism – PSY) був присутній у 9,52 % пацієнтів та суттєво не відрізнявся у чоловіків та жінок. Додаткові питання (AdditionalItems – ADD) вказують на значну вираженість симптоматики у пацієнтів.

На підставі цих даних можливо зробити висновки, що у Г1 переважають: симптоматика міжособистісної чутливості (Interpersonal Sensitivity – INT), яка спостерігалась у 61,9 % (130) пацієнтів, тривожність (Anxiety – ANX) – 57,14 % (120 пацієнтів), фобічна тривожність (Phobic Anxiety – PHOV) – 42,85 % (90) пацієнтів.

У Г2 домінують: депресії (Depression – DEP) (перевищено у 51,35 % (95) пацієнтів), тривожність (Anxiety – ANX) – 70,27 % (130 пацієнтів), фобічна тривожність (PhobicAnxiety – PHOV) (розлади спостерігаються у 48,64 % (90) пацієнтів).

У Г3 основні патологічні риси це: міжособистісна чутливість (InterpersonalSensitivity – INT) (спостерігалась у 38,09 % (40) пацієнтів), тривожність (Anxiety – ANX) – 57,14 % (60 пацієнтів), фобічна тривожність (PhobicAnxiety – PHOV) – 52,38 % пацієнтів.

Таким чином бачимо, що тривожність (Anxiety – ANX) та фобічна тривожність (PhobicAnxiety – PHOV) превалює в усіх 3-х групах, тоді як міжособистісна чутливість (InterpersonalSensitivity – INT) лише у Г1 та у Г3. У Г2 суттєво підвищено рівень депресії (Depression – DEP).

## **ВИСНОВКИ**

1. Серед пацієнтів з психосоматичною патологією переважають пацієнти з підвищеною фобічною тривожністю та депресією.

2. У структурі психосоматичних розладів серед пацієнтів сімейних лікарів переважають пацієнти зі скаргами на гастроінтестинальні та кардіологічні розлади.

3. Системно організована терапія, яку побудовано згідно з принципами етапності, який включає комплекс психотерапевтичних і психофармакологічних впливів, дозволяє досягнути максимальної редукції симптоматики, відновлення рівня соціального функціонування та підвисити якість життя хворих.

## **АНОТАЦІЯ**

Лікарі загальної практики сімейної медицини відіграють важливу роль у розпізнаванні та лікуванні психічних розладів. Особливе місце займають психосоматичні захворювання, які зачислені до класу “Соматоформних розладів”. Пацієнти, які мають ці розлади, використовують близько 20 % усіх витрат на систему охорони здоров’я. Тому вміння розпізнати соматоформний розлад у пацієнта є важливим критерієм у виборі тактики лікування та упередження хроніфікації захворювання. Було виявлено, що серед пацієнтів з психосоматичною патологією переважають пацієнти з підвищеною фобічною тривожністю та депресією. У структурі психосоматичних розладів серед пацієнтів сімейних лікарів переважають пацієнти зі скаргами на гастроінтестинальні та кардіологічні розлади. Системно організована терапія, яку побудовано згідно з принципами етапності, який включає комплекс психотерапевтичних і психофармакологічних впливів, дозволяє досягнути максимальної редукції симптоматики, відновлення рівня соціального функціонування та підвисити якість життя хворих.

## **ЛІТЕРАТУРА**

1. Волошин П. В., Марута Н. О. Стратегія охорони психічного здоров’я населення України: сучасні можливості та перешкоди. Український вісник психоневрології. 2015. Вип. 1. С. 5–11.

2. Пінчук І. Я., Богачев Р. М., Хобзей М. К., Петриченко О. О. Динаміка психічного здоров’я населення України в період 2008–2012 рр. та перспективи розвитку психіатричної допомоги країни. Архів психіатрії, 2013. Вип. 1. С. 11–17.

3. Чазов Е. И., Оганов Р. Г., Погосова Г. В., Шальнова С. А., Ромасенко Л. В. Клинико-эпидемиологическая программа изучения депрессии в кардиологической практике: у больных Артериальной гипертонией и ишемической болезнью сердца (КООРДИНАТА):



результаты многоцентрового исследования. Кардиология, 2007. Вып. 45. С. 28–37.

4. Mendelevich V. D., Solovieva S. L. *Neurosologia And Psychosomatic Medicine*. Moscow: Medpress-inform, 2002. P. 608.

5. Bräutigam V., Christian, P., Rad M. *Psychosomatic Medicine*. Moscow, 1999. P. 376.

6. Aleksander F. *Psychosomatic medicine. Principle sand application*. Moscow : Perrls, 2000. P. 296.

7. FAVA, Giovanni A.; SONINO, Nicoletta. *Psychosomatic medicine: Emerging trends and perspectives. Psychotherapy and psychomatics*, 2000, 69.4: 184–197.

8. Психічне здоров'я як складова подальшого розвитку нації (підсумки за 10 років незалежності України). Москаленко В. Ф., Горбань Є. М., Табачников С. І. та ін. *Архів психіатрії*, 2001. Вип. 4. С. 5–10.

9. Chernyshov O. V., Zak M. Yu. *Aspects of comorbidity somatoform disorders and addictive behavior in adolescence*. Publishing House “Baltija Publishing”. 2021. P. 346–360.

10. Wilder-Smith C. H. *The balancing act: endogenous modulation of pain in functional gastrointestinal disorders*. Wilder-Smith C. H. *Gut*. 2011. Vol. 60. Vol. 1589–1599.

11. Zheng Z. *Irritable bowel syndrome may be induced by decreased neuroplasticity*. Zheng Z., Zeng Y., Yang W. Wu. *J. Neuro Endocrinol Lett*, 2014. Vol. 35 (8). P. 655–659.

12. Kroenke K., Spitzer R. L., Williams J. B., Löwe B. *The Patient Health Questionnaire Somatic, Anxiety, and Depressive Symptom Scales: a systematic review*. *General Hospital Psychiatry*. 2010 Jul-Aug. Vol. 32 (4). P. 345–359. Epub 2010 May 7.

#### **Information about the authors:**

**Chernyshov Oleh Volodymyrovych,**

Candidate of Medical Sciences,

Head of the Department of Pediatrics

Petro Mohyla Black Sea National University

10, 68 Desantnykiv str., Mykolaiv, 54003, Ukraine

**Bagriy Vadim Ivanovych,**

Postgraduate Student at the Department of Pediatrics

Petro Mohyla Black Sea National University

10, 68 Desantnykiv str., Mykolaiv, 54003, Ukraine