УДК 616.839:616.1/.4+615.814.1

М. С. Панченко, *канд. мед. наук, доцент каф нетрадиційної медицини*
Харківська медична академія післядипломної освіти (м. Харків)

МЕТОДИКА ОЦІНКИ РИЗИКУ СОМАТИЗАЦІЇ ВЕГЕТАТИВНИХ СОМАТОФОРМНИХ РОЗЛАДІВ

Приєднання до вегетативних соматоформних розладів (ВСФР) хронічних захворювань слід вважати чинником, що обтяжує перебіг і погіршує прогноз ВСФР. Визначення чинників, що сприяють соматизації ВСФР, є важливим заходом в медико-психологічному моніторингу пацієнтів зі ВСФР. Для визначення ступеня ризику соматизації використовували психологічний тест диференціальної самооцінки (САН). Проведені дослідження дозволили виявити залежність між характерологічними особливостями, рівнем тривожності і нейротизму, й можливим розвитком соматизації ВСФР. На підставі результатів дослідження, підданих статистичному обробленню, розроблений алгоритм прогнозування ризику соматизації розладу. Алгоритм може бути використаний під час визначення тактики індивідуальної психокорекції і терапії у разі ВСФР для забезпечення оптимального медико-психологічного моніторингу.

Ключові слова: вегетативні соматоформні розлади, моніторинг, соматизація

Сучасні погляди на етіологію та патогенез вегетативних соматоформних розладів (ВСФР), особливо їх поєднаних варіантів з хронічними захворюваннями шлунково-кишкового тракту, серцево-судинної системи, сечостатевої-системи та хронічними захворюваннями легенів, базуються на багатофакторній природі; базовими теоріями залишаються: спадкова, неврогенна, інфекційна, дисметаболічна та деякі інші. Велике медико-соціальне значення ВСФР визначається не тільки їх поширеністю, що зростає, але й тяжкістю перебігу, збільшенням частоти їх соматизації та формуванням поєднаної соматичної патології.

Зростанню поширеності ВСФР та їх прогредієнтному перебігу, частим рецидивам, тривалій непрацездатності та інвалідності хворих нерідко сприяє поєднання ВСФР з іншими хворобами.

Таким чином, дослідження факторів, що сприяють соматизації ВСФР, та визначення ризику соматизації є актуальним питанням медичної психології та клініки внутрішніх хвороб.

Мета дослідження — розробити методику прогнозування перебігу вегетативних соматоформних розладів.

Для кількісної характеристики частоти та виразності факторів соматизації ВСФР застосовано психологічний тест диференціальної самооцінки функціонального стану (САН), побудований за принципом полярних профілів (табл. 1).

Залежно від наявності поєднаної соматичної патології виявлено, що хворі першої та другої клінічних груп не відрізнялись за показниками оцінки самопочуття, відповідно (98,5 ± 1,5) % та (96,2 ± 2,6) %, мали низькі значення самооцінки. В середньому, при референтному рівні самооцінки, який становить 5,4 балів, практично абсолютна більшість обстежених хворих — (97,5 ± 1,4) % мали заниження самооцінки (*див*. табл. 1). Активність осіб молодого віку з сВСФР (клінічні варіанти вегетативних соматоформних розладів у поєднанні з соматичною патологією) за даними самооцінки в середньому знижена на 19,8 % у порівнянні з референтними показниками. При цьому рівень активності пацієнтів з іВСФР (клінічні варіанти «ізольованих» вегетативних соматоформних розладів) в середньому становив (4,81 ± 0,10) бали, та достовірно ($p \leq 0,05$) перевищував відповідний показник пацієнтів з сВСФР — (4,06 ± 0,19) бали. З'ясовано також, що достовірно більше серед пацієнтів з сВСФР мало місце зниження активності: при іВСФР — у (64,6 ± 5,9) % осіб; при сВСФР — (86,8 ± 4,7) % осіб.

Вивчення рівнів настрою не виявило достовірних відмінностей, залежно від наявності соматизації ВСФР; слід зазначити, що зниження показників рівня настрою були однаковими у досліджуваних групах та в середньому становили (3,72÷3,75) бали, що на 17,0 % нижче референтних значень.

Таблиця 1

Результати диференціальної самооцінки функціонального стану (F_1 – F_3)

Клінічні групи	Результати диференціальної самооцінки функціонального стану									
	Градації факторів	Самопочуття (ДС$_2$ = 5,4) F_1			Активність (ДС$_3$ = 5,0) F_2			Настрій (ДС$_4$ = 5,1) F_3		
		абс., осіб	($P \pm m$), %	*M*, балів	абс., осіб	($P \pm m$), %	*M*, балів	абс., осіб	($P \pm m$), %	*M*, балів
іВСФР	↓	64	98,5 ± 1,5	3,89 ± 0,23	42	64,6 ± 5,9^{б}	4,81 ± 0,10	58	89,2 ± 3,8	3,75 ± 0,09
	N	1	1,5 ± 1,5		23	35,4 ± 5,9		7	10,8 ± 3,8	
	всього	65	100,0		65	100,0		65	100,0	
сВСФР	↓	51	96,2 ± 2,6	3,87 ± 0,19	46	86,8 ± 4,7$^{а, б}$	4,06 ± 0,19	50	94,2 ± 3,2	3,72 ± 0,11
	N	2	3,8 ± 2,6		7	13,2 ± 4,7$^{а, б}$		3	5,7 ± 3,2	
	всього	53	100,0		53	100,0		53	100,0	
разом	↓	115	97,5 ± 1,4	3,88 ± 0,41	88	74,6 ± 4,0^{б}	4,36 ± 0,27	108	91,5 ± 2,6	3,73 ± 0,16
	N	3	2,5 ± 1,4		30	25,4 ± 4,0^{б}		10	8,5 ± 2,6	
	всього	118	100,0		118	100,0		118	100,0	

Примітка. Тут і далі: іВСФР — клінічні варіанти «ізольованих» вегетативних соматоформних розладів; сВСФР — клінічні варіанти вегетативних соматоформних розладів у поєднанні з соматичною патологією; ДС — діагностична сума; ($P \pm m$) % — питома вага осіб з відповідною ознакою; ^{а} — відмінність між групами достовірна при $p \leq 0,05$; ^{б} — відмінність між факторами самооцінки функціонального стану достовірна у межах клінічних груп при $p \leq 0,05$

© Панченко М. С., 2012

Отже, у пацієнтів з іВСФР диференціальна самооцінка функціонального стану характеризується переважним зниженням показників самопочуття та настрою при менш виразному зниженні рівня активності. Водночас, у пацієнтів з сВСФР за усіма переліченими індикаторами виявлені достовірні зміни, що проявляються їх зниженням. У короткій формі виявлені тенденції для досліджених груп пацієнтів відображаються формулами функціонального стану: для іВСФР — $_{28}C^{\downarrow}{}_{26}H^{\downarrow}{}_{4}A^{\downarrow}$, для пацієнтів з сВСФР — $_{29}A^{\downarrow}{}_{28}C^{\downarrow}{}_{27}H^{\downarrow}$. Наведене свідчить про достовірну ($p < 0{,}05$) різницю у показниках та, відповідно, значне самообмеження хворими молодого віку з сВСФР своєї активності, що може бути пояснено формуванням хронічної соматичної патології.

З метою визначення впливу сВСФР на рівень тривожності, як властивість психіки та психологічного стану пацієнтів — застосовано шкалу особистісної та реактивної тривожності за Spielberger C. у модифікації Ю. Л. Ханіна.

При аналізі рівнів особистісної тривожності з'ясовано, що особи молодого віку з ВСФР характеризуються надмірною (в середньому на 49,3 % вища ніж референтні значення) тривожністю, рівень якої залежить ($p < 0{,}05$) від соматизації вегетативних розладів. Серед хворих з іВСФР найбільша частка мала помірно (у межах 31—45 балів) підвищений рівень особистісної тривожності — (60,0 ± 6,1) % пацієнтів, тоді як при сВСФР більшість осіб молодого віку мали високий (понад 45 балів) рівень особистісної тривожності, що зареєстрований у (55,8 ± 6,9) % пацієнтів. Аналіз показників реактивної тривожності виявив, що в середньому її рівень на 41,9 % перевищує референтні значення, а у межах цих значень — лише (2,5 ± 1,4) % хворих, тоді як помірний рівень (31÷45 балів) реактивної тривожності у групах відповідно становить (61,5 ± 6,0) % та (56,6 ± 6,8) % хворих; більш як третина осіб молодого віку з ВСФР — (38,1 ± 4,5) % має високий рівень реактивної тривожності (табл. 2). Отже, пацієнти з сВСФР достовірно ($p < 0{,}05$) відрізняються від пацієнтів з іВСФР за рівнем особистісної тривожності (середні значення становлять (42,0 ± 2,2) бали та (49,0 ± 3,1) балів відповідно); при цьому і питома вага осіб з високим рівнем особистісної тривожності серед пацієнтів з сВСФР достовірно ($p < 0{,}05$) вища — становить (55,8 ± 6,9) %.

Таблиця 2

Особистісна та реактивна тривожність як індикатори соматизації вегетативних соматоформних розладів серед осіб молодого віку

Градації рівнів тривожності в групах пацієнтів з ВСФР		Рівні тривожності за Spielberger C. у модифікації Ю. Л. Ханіна					
		Особистісна тривожність ($ДС_5 = 31$) F_5			Реактивна тривожність ($ДС_6 = 31$) F_6		
		абс., осіб	($P \pm m$), %	($M \pm m$), балів	абс., осіб	($P \pm m$), %	($M \pm m$), балів
іВСФР	≤ 30 балів	2	3,1 ± 2,1	42,0 ± 2,2	1	1,5 ± 1,5	44,6 ± 2,1
	31÷45 балів	39	60,0 ± 6,1		40	61,5 ± 6,0	
	> 45 балів	24	36,9 ± 6,0		24	36,9 ± 6,0	
	всього	65	100,0		65	100,0	
сВСФР	≤ 30 балів	2	3,8 ± 2,7	49,0 ± 3,1	2	3,8 ± 2,6	45,4 ± 2,9
	31÷45 балів	21	44,0 ± 6,8[а]		30	56,6 ± 6,8	
	> 45 балів	29	55,8 ± 6,9[а, б]		21	39,6 ± 6,7	
	всього	53	100,0		53	100,0	
разом	≤ 30 балів	4	3,4 ± 1,7	46,3 ± 6,3	3	2,5 ± 1,4	45,1 ± 3,9
	31÷45 балів	60	50,8 ± 4,6		70	59,3 ± 4,5	
	> 45 балів	54	45,8 ± 4,6		45	38,1 ± 4,5	
	всього	118	100,0		118	100,0	

На відміну від пацієнтів з іВСФР (у яких зареєстрований рівень особистісної тривожності досягається за рахунок більшої питомої ваги осіб з помірним підвищенням рівня тривожності), у пацієнтів з сВСФР — відбувається зростання питомої ваги осіб з високими рівнями. Водночас зазначаємо, що питома вага осіб з реактивною тривожністю у порівнюваних клінічних групах практично однакова. Наведе свідчить про особливості реагування осіб молодого віку з вегетативними розладами, що проявляється у формуванні психосоматичного стану, який характеризується високими рівнями як особистісної, так і реактивної тривожності, тоді як у разі сВСФР особистісна тривожність додатково та достовірно ($p < 0{,}001$) зростає, що може бути підґрунтям формування більш тяжких форм розладів.

Аналіз характерологічних особливостей осіб молодого віку з сВСФР (табл. 3), зокрема показників екстра/інтроверсії та рівня нейротизму, виявив, що у цілому (14,4 ± 3,2) % хворих мають виразний, а (32,2 ± 4,3) % — високий рівень нейротизму, що характеризує неврівноваженість нервово-психічних та лабільність вегетативних процесів і емоційну нестійкість.

Залежно від наявності хронічної соматичної патології на тлі ВСФР виявлені достовірні ($p < 0{,}05$) відмінності у рівні нейротизму. Так, в групі хворих з іВСФР понад 24,0 % осіб мали високий та дуже високий рівень нейротизму (відповідно — (3,1 ± 2,1) % та (21,5 ± 5,1) % хворих). За наявності соматичної патології невротизація пацієнтів теж достовірно ($p < 0{,}001$) зростає, сягаючи 72,0 % осіб: з високим рівнем — (28,3 ± 6,2) % хворих з дуже високим — (45,3 ± 6,8) % хворих. Середні значення рівня нейротизму при сВСФР зростає до (14,9 ± 1,9) балів, що достовірно ($p < 0{,}05$) більше, ніж при іВСФР — (10,0 ± 1,6) балів.

Зважаючи на те, що показники екстра/інтровертованості хворих при іВСФР та сВСФР є порівнянними, а показник нейротизму, що здатен відображати стан емоційної напруженості — зростає, можна дійти висновку, що соматизація ВСФР більш властива інтровертним особам, у яких відбувається зростання рівня емоційної напруженості.

Таблиця 3

Показники нейротизму як індикатори соматизації вегетативних соматоформних розладів серед осіб молодого віку

Градації рівнів тривожності в групах пацієнтів з вегетативними соматоформними розладами		Показники ($F9$= 3,2 ± 0,3) за H. Eysenck у модифікації ЛНДІПН					
		Нейротизм (ДС$_7$ = 16) F_7			Екстра/інтроверсія (ДС$_8$ = 16) F_8		
		абс., осіб	($P \pm m$), %	($M \pm m$), балів	абс., осіб	($P \pm m$), %	($M \pm m$), балів
іВСФР	< 12 балів	43	66,2 ± 5,9^{б}	10,0 ± 1,6	3	4,6 ± 2,6	12,0 ± 1,3
	12÷15 балів	6	9,2 ± 3,6^{б}		38	58,5 ± 6,1	
	16÷19 балів	2	3,1 ± 2,1^{б}		23	35,4 ± 5,9	
	> 19 балів	14	21,5 ± 5,1^{б}		1	1,5 ± 1,5	
	всього	65	100,0		65	100,0	
сВСФР	< 12 балів	3	5,7 ± 3,2$^{а, б}$	14,9 ± 1,9	39	73,6 ± 6,1^{а}	10,1 ± 1,4
	12÷15 балів	11	20,8 ± 5,6 а		11	20,8 ± 5,6^{а}	
	16÷19 балів	15	28,3 ± 6,2$^{а, б}$		2	3,8 ± 2,6^{а}	
	> 19 балів	24	45,3 ± 6,8$^{а, б}$		1	1,9 ± 1,9	
	всього	53	100,0		53	100,0	
разом	< 12 балів	46	39,0 ± 4,5	12,8 ± 2,3	43	36,4 ± 4,4	10,9 ± 1,7
	12÷15 балів	17	14,4 ± 3,2^{б}		49	41,5 ± 4,5	
	16÷19 балів	17	14,4 ± 3,2		25	21,2 ± 3,8	
	> 19 балів	38	32,2 ± 4,3^{б}		1	0,8 ± 0,8	
	всього	118	100,0		118	100,0	

Про це свідчить, з одного боку, достовірне (p < 0,05) зростання рівня нейротизму (з одночасним зростанням питомої ваги хворих, які мають його високі та дуже високі рівні), з іншого — зростання в структурі пацієнтів з сВСФР питомої ваги хворих — інтровертів за рахунок зменшення питомої ваги екстравертів.

Отже, у осіб молодого віку з сВСФР на тлі формування психосоматичного стану, що характеризується високими рівнями особистісної та реактивної тривожності, як проявом первинної реакції психічної дезадаптації, зростає емоційна напруженість та неврівноваженість нервово-психічних процесів, лабільність вегетативної нервової системи та її збудливість, що може впливати на зміну характерологічних рис пацієнта та призводити до «фіксації» у внутрішній картині хвороби стійких психосоматичних розладів.

За кожним із проаналізованих факторів розраховані показники прогностичного значення та діагностичної цінності досліджуваних ознак для їх подальшого використання у системі скринінгової діагностики та прогнозування соматизації ВСФР.

Застосування психологічного діагностичного інструментарію для оцінки особистісних властивостей осіб молодого віку з ВСФР дозволило визначити особливостей, властивих для підвищеного ризику соматизації. З'ясовано, що при іВСФР взаємовідносини пацієнтів з оточуючими достовірно менш гармонійні (p < 0,027), ніж при сВСФР (3,94 та 5,22 балів, відповідно) та характеризуються достовірно (p < 0,05) більшою питомою вагою осіб зі зниженням цього показника (відповідно у (17,0 ± 5,2) % та у (4,6 ± 2,6) % хворих).

Загалом, (85,3 ± 3,6) % пацієнтів з іВСФР та (94,5 ± 2,6) % пацієнтів з сВСФР характеризуються як психологічно дисгармонійні особи. Наведене свідчить про наростання активності процесів порушення гармонійності особистості на етапах соматизації вегетативних розладів. Соматогенно зумовлений рівень тривожності — зменшується; так, якщо у пацієнтів з іВСФР висока тривожність зареєстрована у (41,5 ± 6,8) % хворих, то у групі хворих з сВСФР — достовірно (p < 0,001) менша — у (10,8 ± 3,8) % хворих. При цьому рівень тривожності змінюється майже в два рази: з 3,98 до 1,77 бали, що свідчить про зростання ризику соматизації при зниженні рівня тривожності.

Отримані нами дані дозволяють дійти висновку, що серед осіб молодого віку з соматизованими ВСФР має місце менший рівень проявів іпохондричності: при іВСФР — у (13,2 ± 4,7) % хворих, тоді як при сВСФР — серед (6,2 ± 3,0) % хворих. Виразність проявів іпохондричності хворих зменшується (від 2,64 до 1,18 бали). Водночас, апатичність, як властивість особистості незалежно від наявності/відсутності соматизації, особам молодого віку не властива та не входить до структури «внутрішньої картини» перебігу ВСФР.

Слід зазначити, що рівень неврастенічності осіб молодого віку з ВСФР не сягає діагностичних порогів ні при іВСФР, ні при сВСФР, та водночас, навіть зменшується (з 2,64 до 1,77 бали). При цьому, в групі пацієнтів з сВСФР питома вага хворих, особистості яких властива неврастенічність — достовірно менша (відповідно (35,4 ± 5,9) % та (58,5 ± 6,8) % хворих). Загалом, прояви неврастенічності зареєстровано серед (49,6 ± 5,1) % осіб молодого віку з ВСФР. Досить показовим є трансформація показників обсесивності, сенситивності та егоцентричності на етапах соматизації ВСФР. Так, якщо при іВСФР у особистісних властивостях пацієнтів переважає егоцентричність та сенситивність, то при сВСФР — обсесивність.

Характерологічні особливості особистості пацієнтів з ВСФР достовірно різняться (p < 0,001) залежно від наявної у них соматичної патології, що може бути використано у системі скринінгової і диференціальної діагностики. Слід також зазначити, що у цілому по групі хворих діагностичного рівня окремі характерологічні показники не сягають, що свідчить на користь багатофакторного впливу на процес соматизації іВСФР.

Таблиця 4

Фактори характерологічних особливостей

Характерологічні фактори особистості		Групи пацієнтів				ПК, пат	I, біт	η^2, %	*p*
		іВСФР *n* = 65		сВСФР *n* = 53					
		абс.	(*P* ± *m*), %	абс.	(*P* ± *m*), %				
Гармонійність (ДС$_{10}$ = 7)	< ДС	62	83,0 ± 5,2	44	94,5 ± 2,6	–0,6	0,037	3	0,027
	ДС ≥	3	17,0 ± 5,2	9	4,6 ± 2,6	+5,6	0,350		
	всього	65	100,0	53	100,0	—	0,387		
Тривожність (ДС$_{11}$ = 4)	< ДС	58	58,5 ± 6,8	31	89,2 ± 3,8	+1,8	0,282	12	0,001
	ДС ≥	7	41,5 ± 6,8	22	10,8 ± 3,8	–5,9	0,901		
	всього	65	100,0	53	100,0	—	1,183		
Іпохондричність (ДС$_{12}$ = 3)	< ДС	61	86,8 ± 4,7	46	93,8 ± 3,0	–0,4	0,012	1	0,193
	ДС ≥	4	13,2 ± 4,7	7	6,2 ± 3,0	+3,3	0,117		
	всього	65	100,0	53	100,0	—	0,129		
Апатичність (ДС$_{13}$ = 3)	< ДС	64	98,1 ± 1,9	52	98,5 ± 1,5	0	0,001	1	0,115
	ДС ≥	1	1,9 ± 1,9	1	1,5 ± 1,5	0	0,001		
	всього	65	100,0	53	100,0	—	0,002		
Неврастенічність (ДС$_{14}$ = 3)	< ДС	42	41,5 ± 6,8	22	64,6 ± 5,9	+1,9	0,222	5	0,012
	ДС ≥	23	58,5 ± 6,8	31	35,4 ± 5,9	–2,2	0,252		
	всього	65	100,0	53	100,0	—	0,474		
Обсесивність (ДС$_{15}$ = 4)	< ДС	44	39,6 ± 6,7	21	67,7 ± 5,8	+2,3	0,326	7	0,020
	ДС ≥	21	60,4 ± 6,7	32	32,3 ± 5,8	–2,7	0,381		
	всього	65	100,0	53	100,0	—	0,707		
Сенситивність (ДС$_{16}$ = 3)	< ДС	13	66,0 ± 6,5	35	20,0 ± 5,0	–3,7	1,194	21	0,001
	ДС ≥	52	34,0 ± 6,5	18	80,0 ± 5,0	+5,2	0,857		
	всього	65	100,0	53	100,0	—	2,051		
Егоцентричність (ДС$_{17}$ = 3)	< ДС	19	69,8 ± 6,3	37	29,2 ± 5,6	–3,8	0,767	16	0,001
	ДС ≥	46	30,2 ± 6,3	16	70,8 ± 5,6	+3,7	0,751		
	всього	65	100,0	53	100,0	—	1,518		
Ейфорічність (ДС$_{18}$ = 5)	< ДС	52	94,3 ± 3,2	50	80,0 ± 5,0	–0,8	0,051	4	0,024
	ДС ≥	13	5,7 ± 3,2	3	20,0 ± 5,0	+5,5	0,393		
	всього	65	100,0	53	100,0	—	0,444		
Анозогнозичність (ДС$_{19}$ = 5)	< ДС	51	92,5 ± 3,6	49	78,5 ± 5,1	+0,8	0,050	3	0,036
	ДС ≥	14	7,5 ± 3,6	4	21,5 ± 5,1	–4,5	0,319		
	всього	65	100,0	53	100,0	—	0,369		
Ергопатичність (ДС$_{20}$ = 6)	< ДС	61	75,5 ± 5,9	40	93,8 ± 3,0	+6,0	0,087	6	0,004
	ДС ≥	4	24,5 ± 5,9	13	6,2 ± 3,0	–0,9	0,552		
	всього	65	100,0	53	100,0	—	0,639		
Парануяльність (ДС$_{21}$ = 3)	< ДС	42	84,9 ± 4,9	45	64,6 ± 5,9	–1,2	0,120	4	0,012
	ДС ≥	23	15,1 ± 4,9	8	35,4 ± 5,9	+3,7	0,375		
	всього	65	100,0	53	100,0	—	0,495		

Примітка: ПК — прогностичний коефіцієнт (пат); I — інформативність ознаки (біт); η2 —сила впливу фактора (%)

В групах порівняння середній рівень ейфорічності — однаковий (становить 1,98 бали). Однак, виявлено «розшарування» контингенту обстежених на осіб з низьким та високим рівнем ейфорічності (високий рівень при іВСФР — у (5,7 ± 3,2) % пацієнтів, тоді як при сВСФР — у (20,0 ± 5,0) %), що може свідчити на користь різних психогенних механізмів реагування на хворобу та недооцінку особами молодого віку власного психосоматичного стану. Односпрямованими змінами з показниками ейфорічності впродовж соматизації ВСФР характеризується рівень парануяльності (при іВСФР — 2,10 бали; при сВСФР — 1,78 бали) та зворотним — рівень ергопатичності (при іВСФР — 2,77 бали; при сВСФР — 4,28 бали), тоді як рівень анозогнозичності достовірно збільшується за наявності соматизації.

Зважаючи на отримані у результаті порівняльного аналізу діагностичну цінність та прогностичне значення для кожного із аналізованих факторів щодо ризику соматизації вегетативних соматоформних розладів, опрацьовано табличний алгоритм (табл. 5) для його подальшого застосування у системі медико-психологічного моніторингу.

Таблиця 5

Алгоритм прогнозування соматизації вегетативних розладів

Критерії (ознаки) прогнозування		Прогностичні коефіцієнти
логічне значення ознаки прогнозування	градації ознак	
показник екстра/інтроверсії	16 < ДС	–10,8
	ДС ≥ 16	+6,9
рівень нейротизму	16 < ДС	+6,7
	ДС ≥ 16	–7,3
рівень сенситивності	3 < ДС	+5,2
	ДС ≥ 3	–3,7
рівень егоцентричності	3 < ДС	+3,7
	ДС ≥ 3	–3,8
рівень тривожності	4 < ДС	+1,8
	ДС ≥ 4	–5,9
рівень ергопатичності	6 < ДС	+6,0
	ДС ≥ 6	–0,9
рівень обсесивності	4 < ДС	+2,3
	ДС ≥ 4	–2,7
рівень неврастенічності	3 < ДС	+1,9
	ДС ≥ 3	–2,2
рівень ейфорічності	5 < ДС	–0,8
	ДС ≥ 5	+5,5
рівень парануяльності	3 < ДС	–1,2
	ДС ≥ 3	+3,7

Діагностичні групи пацієнтів (ДГ)				
ДГ 1	$ДС_{min} \leq -17$	**ДГ 2**	$ДС_{max} \geq +17$	**ДГ 3**
мінімальний ризик соматизації		невизначений ризик соматизації	високий ризик соматизації	

Таким чином, опрацьовано систему стратифікації ризику ВСФР на основі визначення діагностичної цінності та прогностичного значення факторів їх формування. Розроблений алгоритм дозволяє при медико-психологічному дослідженні встановити індивідуальний ризик можливого погіршення стану здоров'я конкретного пацієнта та визначити лікувальну тактику.

Список літератури

1. Вегетативные расстройства: клиника, диагностика, лечение / под ред. А. М. Вейна. — М.: Мед. информационное агентство, 2000. — С. 54—55.
2. Личко, А. Е. Личностный опросник Бехтеревского института / А. Е. Личко. — В кн.: Методы психологической диагностики и коррекции в клинике / Кабанов М. М., Личко А. Е., Смирнов В. М. — Л.: Медицина, 1983. — С. 102—115.
3. Менделевич, В. Д. Клиническая и медицинская психология / В. Д. Менделевич. — М.: Медпресс, 1999. — 592 с.
4. Михайлов, Б. В. Психотерапия в общесоматической медицине: уч. пособие / Михайлов Б. В., Сердюк А. И., Федосеев В. А. — Харьков: ХМАПО, 2002. — 98 с.
5. Психотерапія : учебник для врачей — интернов ВМУЗ III—IV уровней аккредитации / [Михайлов Б. В., Табачников С. И., Витенко И. С., Чугунок В. В.] — Харьков: Око, 2002. — 768 с.
6. Панченко, М. С. Поширеність та структура вегетативних соматоформних розладів (за результатами моніторингу студентів) / М. С. Панченко // Вісник проблем біології і медицини : Укр. наук.-практ. журнал. — 2010. — Вип. 3. — С. 216—221.
7. Панченко М. С. Фактори ризику та прогнозування вегетативних соматоформних розладів у системі медико-психологічного моніторингу студентів / М. С. Панченко // Там само. — 2010. — Вип. 4. — С. 115—123.
8. Панченко, Н. С. Вегетативные соматоформные расстройства: возможности оценки эффективности коррекции на этапах клинико-психологического мониторинга / Н. С. Панченко // Там само. — 2010. — Вип. 2. — С. 108—113.

Надійшла до редакції 01.11.2011 р.

Н. С. Панченко

Харьковская медицинская академия последипломного образования (г. Харьков)

Методика оценки риска соматизации вегетативных соматоформных расстройств

Присоединение к вегетативным соматоформным расстройствам (ВСФР) хронических заболеваний следует считать фактором, отягчающим течение и ухудшающим прогноз ВСФР. Определение факторов, способствующих соматизации ВСФР, является важным мероприятием в медико-психологическом мониторинге пациентов с ВСФР. Для определения степени риска соматизации использовался психологический тест дифференциальной самооценки (САН). Проведенные исследования позволили выявить зависимость между характерологическими особенностями, уровнем тревожности и нейротизма, и возможным развитием соматизации ВСФР. На основании результатов исследования, подвергнутых статистической обработке, разработан алгоритм прогнозирования риска соматизации расстройства. Алгоритм может быть использован при определении тактики индивидуальной психокоррекции и терапии в случае ВСФР для обеспечения оптимального медико-психологического мониторинга.

Ключевые слова: вегетативные соматоформные расстройства, мониторинг, соматизация.

M. S. Panchenko

Kharkiv medical Academy of Postgraduate Education (Kharkiv)

The method of definition of somatization's risk of vegetative somatoform disorders

Joining chronic diseases to vegetative somatoform disorders (VSFD) should consider as the factor aggravation a current and worsening forecast VSFD. Definition of the factors promoting of somatization of VSFD is important action in the physician-psychological monitoring of the patient with VSFD. For definition of somatization`s risk the psychological test of differential dignity was used. The conducted researches have allowed to reveal dependence between characteriological features, level of uneasiness and neuroticism, and possible development of somatization VSFD. On the basis of results of research subjected to statistical processing, the algorithm of forecasting of risk of somatization of disorders were developed. The algorithm can be used at definition of tactics of individual psychocorrection and therapy in case of VSFD for maintenance of optimum medical-psychological monitoring.

Key words: vegetative-somatoform disorders, monitoring, somatisation.

УДК 616.8-07:614.272:615.035.3

О. В. Парамош, *канд. фарм. наук, асистент,*
Б. П. Громовик, *д-р фарм. наук, проф.,*
О. О. Пасько, *канд. мед. наук, доцент*
Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького (м. Львів)

ФАРМАЦЕВТИЧНА ДІАГНОСТИКА ПРОБЛЕМ ФАРМАКОМАНІЇ

На основі анкетного опитування аптечних спеціалістів встановлено, що впливу фармакоманії частіше піддаються жінки, а також особи поважного віку. Показано, що необґрунтоване прагнення до прийому лікарських засобів (ЛЗ) формується внаслідок комплексу чинників, серед яких реклама ЛЗ і тяжке хронічне захворювання, яке вимагає тривалого застосування ЛЗ, а також постійне заохочення підприємств-виробників купувати саме їх ЛЗ, різні неврози, поліпрагмазія, необережна інформація в ЗМІ щодо ефективності лікування. Виявлено, що абсолютна більшість відвідувачів аптек, які мають хворобливе прагнення до вживання ЛЗ, надають перевагу таблетованим лікарським формам. При цьому фармакоманія переважно не залежить від вартості ЛЗ.

Ключові слова: фармакоманія, фармацевтична діагностика, анкетне опитування, аптечні фахівці.

Важливу роль у клінічній результативності належної фармакотерапії має комплайєнс хворого, тобто готовність пацієнта виконувати рекомендації лікаря або провізора, його сумлінність і схильність до лікування. Серед причин низького комплайєнсу — фармакофобія та фармакоманія. Питання фармацевтичної діагностики фармакофобії, тобто ірраціонального, інтенсивного і постійного страху стосовно приймання лікарських засобів (ЛЗ), були детально опрацьовані на основі анкетного опитування аптечних спеціалістів [2].

Фармакоманія — аномальна пристрасть до застосування різних ЛЗ [4]. Синонімом є абузус медикаментозний, тобто зловживання ЛЗ при самолікуванні у вигляді частого або тривалого прийому їх в дозах, що перевищують терапевтичні [1]. При цьому необґрунтоване (хворобливе) прагнення до прийому ЛЗ спостерігається у двох випадках:

✦ прагнення хворого до вживання різних ЛЗ або до тривалого прийому певного ЛЗ;

✦ масове вживання населенням ЛЗ (здебільшого, транквілізаторів і снодійних ЛЗ).

При частому або тривалому зловживанні ЛЗ може виникнути, з одного боку, хворобливе ускладнення стану організму пацієнта внаслідок побічних реакцій ЛЗ, особливо при їх синергії за умов поліпрагмазії, а з другого — фізична і психічна залежність від ЛЗ.

Ураховуючи актуальність вивчення питань аномальної пристрасті до застосування різних ЛЗ, метою нашої роботи було встановлення розуміння аптечними фахівцями проблеми фармакоманії.

Як методи дослідження в роботі використовувалась фармацевтична діагностика [5], анкетне опитування і математична статистика. Загальний обсяг вибірки склав 161 аптечний фахівець за спеціальностями «загальна фармація» та «управління і економіка фармації» і був удвічі вищим від оптимального обсягу вибірки, визначеного за формулою безповторного відбору А. Н. Колмогорова та співавт. [3]. Період збирання даних прийшовся на червень-жовтень 2011 р. Місцем збирання даних були передатестаційні цикли підготовки провізорів, які проводились на кафедрі організації і економіки фармації з курсом технології ліків ФПДО Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького. Інструментом збирання даних була анкета, на деякі питання якої респонденти мали можливість давати кілька відповідей.

За результатами опитування абсолютна більшість респондентів (94 %) зустрічали серед відвідувачів аптек осіб, яким притаманна фармакоманія. При цьому понад 3/5 респондентів вважають (рис. 1), що жінки частіше піддаються впливу фармакоманії, ніж чоловіки. За віковою структурою серед відвідувачів аптек, які страждають на фармакоманію, щонайменше 3/4 — це особи поважного віку, тобто геріатричні хворі.

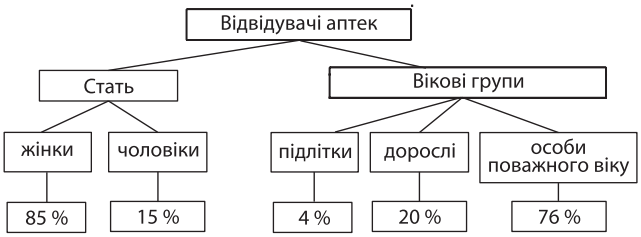

Рис. 1. **Статевовікове сегментування відвідувачів аптек, які страждають на фармакоманію**

На думку щонайменше половини аптечних фахівців причинами фармакоманії є 22 фактори (табл.). При цьому близько 2/3 респондентів вважають, що необґрунтоване прагнення до прийому ЛЗ спонукає постійна реклама ЛЗ і тяжке хронічне захворювання, яке потребує тривалого застосування ЛЗ.

Понад половини опитаних як чинник фармакоманії зазначають постійне заохочення підприємствами-виробниками купувати саме їх ЛЗ, різні неврози, поліпрагмазію (прийом великих кількостей ліків, призначених декількома лікарями одночасно), необережну інформацію, яка сприяє появі цікавості і бажанню придбати власний досвід. 55 % опитаних вказують на різні психічні розлади, недостатній рівень кваліфікації лікарів, що спричиняє шкідливе самолікування.

Факторами надмірної «любові до ліків» також є поліморбідність (наявність декількох захворювань у одного хворого), застосування психотропних препаратів, зокрема нейролептиків, транквілізаторів, антидепресантів, стареча деменція, самостійний, тривалий та неконтрольований прийом снодійних ЛЗ, спрощений доступ до рецептурної групи ЛЗ, необхідність домогтися успіху та звичка застосовувати певні (малоефективні) ЛЗ геріатричними хворими.

Половина респондентів вважають причиною фармакоманії появу на фармацевтичному ринку значного числа нових ЛЗ та оточення хворого, дещо менше — історичні та географічні особливості певних регіонів, застосовування анорексигенних ЛЗ, особливості особистості, що формують патологічне звикання та низький рівень самооцінки пацієнта.

© Парамош О. В., Громовик Б. П., Пасько О. О., 2012