

Психіатрія, наркологія та медична психологія

УДК: 617.735-007.281-085.832.74-089-72-001-092.9

**КЛІНІЧНА ФЕНОМЕНОЛОГІЯ СОМАТОФОРМНИХ РОЗЛАДІВ
ТА ОЦІНКА ЯКОСТІ ЖИТТЯ ПАЦІЄНТІВ ЗОНИ ОПЕРАЦІЇ
ОБ'ЄДНАНИХ СИЛ ТА ВНУТРІШНЬОГО ПЕРЕМІЩЕНИХ ОСІБ****Зборовський О.М.¹, Кожина Г.М.², Симонян В.А.¹, Кожин М.І.²,
Сергієнко О.В.¹, Табачнікова В.С.³, Толстая Т.Ю.²**¹ДУ «Інститут невідкладної та відновної хірургії імені В.К. Гусака НАМН України»,
Київ, Україна²Харківський національний медичний університет, Харків, Україна³ГО «Національна Академія наук вищої освіти України», Київ, Україна

В наш час поняття «якість життя» часто використовується в профілактичній медицині для моніторингу здоров'я населення, оцінки ефективності реформ та програм охорони здоров'я, для дослідження нових методів лікування при різних захворюваннях, як терапевтичного, так і хірургічного профілю, реабілітації. Враховуючи те, що якість життя це комплексний, інтегральний показник емоційного, психологічного, соціального благополуччя, на тлі та після проведеного лікування ми спостерігали покращення якості емоційного, психологічного, соціального благополуччя. Нами було обстежено 207 пацієнтів (95 чоловіків та 112 жінок), у віці 20–60 років, які зазнали хірургічних втручань, травм, гострих соматичних порушень здоров'я. І групу обстежених склали 96 пацієнтів, які мешкають в зоні Операції об'єднаних сил, II групу – 111 внутрішнього переміщених осіб. Клінічна структура соматоформних розладів у обстежених хворих була представлена: соматизованим розладом; соматоформною дисфункцією вегетативної нервової системи; соматоформним больовим розладом. Проведена у ході роботи оцінка якості життя обстежених показала, що у загальній структурі якості життя найбільш проблемними визначені наступні сфери: соціо-емоційна підтримка, фізичне благополуччя та працездатність, суспільна і службова підтримка, самообслуговування та незалежність у діях, самореалізація, психологічне та емоційне благополуччя та загальне сприйняття якості життя.

Ключові слова: *тривожні розлади, стрессасоційовані розлади, депресія.*

Цитуйте українською: Зборовський ОМ, Кожина ГМ, Симонян ВА, Кожин МІ, Сергієнко ОВ, Табачнікова ВС, Толстая ТЮ. Клінічна феноменологія соматоформних розладів та оцінка якості життя пацієнтів зони Операції об'єднаних сил та внутрішнього переміщених осіб. Медицина сьогодні і завтра. 2021;90(4):74-80. <https://doi.org/10.35339/msz.2021.90.4.zks>

Cite in English: Zborovskiy OM, Kozhyna HM, Symonian VA, Kozhyn MI, Serhiienko OV, Tabachnikova VS, Tolstaia TYu. Clinical phenomenology of somatoform disorders and assessment of the quality of life of patients in the zone of Operations of the United Forces and internally displaced persons. Medicine Today and Tomorrow. 2021;90(4):74-80. <https://doi.org/10.35339/msz.2021.90.4.zks> [in Ukrainian].

Відповідальний автор: Кожина Г.М.
Україна, 61022, м. Харків, пр. Науки, 4, ХНМУ.
E-mail: amkozhyzna888@gmail.com

Corresponding author: Kozhyna H.M.
Ukraine, 61022, Kharkiv, Nauky av., 4, KhNMU.
E-mail: amkozhyzna888@gmail.com

Вступ

Військові дії та вимушене переміщення чинять значний вплив на особистість та є основною причиною великих базових порушень світогляду. Внаслідок таких подій різко зростають або загострюються існуючих соматичні розлади, виникають стресові розлади [1–3].

Психологічні проблеми, що виникають при наявності соматоформного розладу та супутніх соматичних скаргах призводять до зниження соціальної активності та можливості для самореалізації, часткова або повна втрата працездатності, відчуття власної ущербності та неповноцінності, залежність від лікарів та ліків, зміна соціальних ролей, роблять актуальною розробку та здійснення психокорекцій ході лікування та реабілітації, хворих з соматичною патологією [4; 5].

В наш час поняття «якість життя» найбільш часто використовується в галузі профілактичної медицини для моніторингу здоров'я населення, оцінки ефективності програм і реформ, що реалізуються в області охорони здоров'я. Також достатньо часто використовують термін «якість життя» для підтвердження якості нових методів лікування при різного роду захворювання, як хірургічного, так і терапевтичного профілю, оскільки якість життя є комплексним, інтегральним показником психологічного, емоційного, соціального благополуччя після проведеного лікування. Вивчення якості життя в медицині – це складний і разом з тим дуже важливий процес, результати якого потрібні для оцінки ефективності лікування та реабілітації пацієнтів [6–8].

Розробка та впровадження ефективних лікувально-діагностичних, про-

філактичних і реабілітаційних заходів на основі вивчення клінічної феноменології порушень фізичного та психічного здоров'я пацієнтів із зони операції об'єднаних сил (ООС) та внутрішнього переміщених осіб (ВПО) безумовно є однією з важливих медичних та соціальних проблем сучасного суспільства [9].

Метою нашого дослідження було вивчення клінічної феноменології соматоформних розладів та оцінка якості життя пацієнтів із зони операції об'єднаних сил та внутрішньо переміщених осіб.

Матеріал та методи

Для вирішення поставленої мети нами, з дотриманням принципів біоетики і деонтології (усі пацієнти підписали інформовану згоду на участь у дослідженні), було проведено комплексне клініко-психопатологічне та психодіагностичне обстеження 207 пацієнтів (95 чоловіків та 112 жінок), у віці 20–60 років, які були піддані хірургічним втручанням, мали травми та інші гострі соматичні порушення здоров'я. І групу обстежених склали 96 пацієнтів, які мешкають в зоні ООС, II групу – 111 внутрішнього переміщених осіб.

У роботі використовувалися клініко-анамнестичний та клініко-психопатологічний, психодіагностичний методи дослідження. Клініко-психопатологічний метод включав в себе вивчення скарг, оцінку психічного статусу обстежених, виділення основних психопатологічних синдромів та їх динаміки. Анамнестичний метод включав структуроване інтерв'ю із вивченням спадковості, впливу контекстуальних факторів на розвиток психічного захворювання. Психодіагностичний метод передбачав оцінку за шкалою Котенєва І.О.

(травматичного стресу) [10] та за шкалою Немчина Т.А. (нервово-психічної напруги) [11]. Математико-статистичну обробку результатів дослідження проводили за допомогою програм Statistica 6.0 та MS Excel (США).

Результати та їх обговорення

Як показали результати дослідження, усі обстежені мали ознаки впливу військового стресу, що обумовило специфіку клінічної картини соматоформних розладів. Так, за шкалою вираженості травматичного стресу ($64,3 \pm 1,6$) % обстежених I та ($58,2 \pm 1,5$) % II групи мали повний прояв стресового розладу, а ($35,7 \pm 1,3$) % та ($41,8 \pm 1,4$) % – явний прояв.

Клінічна структура соматоформних розладів у обстежених хворих була представлена: соматизованим розладом (F45.0) – ($35,1 \pm 1,3$) % обстежених I групи та ($29,4 \pm 1,2$) % II групи; соматоформною дисфункцією вегетативної нервової системи (F45.3) – ($29,8 \pm 1,2$) % та ($41,5 \pm 1,4$) % відповідно; соматоформним больовим розладом (F45.3) – ($35,1 \pm 1,3$) % обстежених I групи та ($29,1 \pm 1,2$) % II групи.

У клінічній картині соматизованих розладів у обстежених хворих біла відмічена концентрація уваги на соматичному дискомфорті, тяжкості соматичних симптомів або їх негативних наслідках ($[79,9 \pm 1,7]$ % обстежених I та $[89,8 \pm 1,8]$ % II групи), пригнічений настрій ($[63,1 \pm 1,6]$ % та $[66,42 \pm 1,6]$ % обстежених відповідно), тривога ($[66,5 \pm 1,6]$ % обстежених I групи та $[41,3 \pm 1,4]$ % обстежених II групи), помірні порушення психосоціальної адаптації ($[57,2 \pm 1,5]$ % та $[64,1 \pm 1,6]$ % відповідно), ангедонія ($[65,9 \pm 1,6]$ % обстежених I та $[66,1 \pm 1,6]$ % II групи), звуження кола інтересів навколо свого соматичного стану ($[46,1 \pm 1,4]$ % та $[51,6 \pm 1,5]$ % відповідно), астенична симпто-

матика, відчуття виснаженості ($[74,1 \pm 1,7]$ % та $[64,91 \pm 1,6]$ % відповідно).

Соматоформна дисфункція вегетативної нервової системи проявлялася тривогою, внутрішнім напруженням ($[63,2 \pm 1,6]$ % обстежених I та $[69,8 \pm 1,6]$ % II групи), стійкими вегетативними пароксизмами вагоінсулярної системи ($[39,8 \pm 1,3]$ % та $[36,9 \pm 1,3]$ % обстежених відповідно) або симпатоадреналової системи ($[41,1 \pm 1,4]$ % обстежених I та $[39,9 \pm 1,3]$ % II групи) спрямованості, порушеннями ритму сну і бадьорості ($[69,8 \pm 1,6]$ % та $[71,1 \pm 1,7]$ % відповідно).

При соматоформному больовому розладі провідною скаргою була напелеглива, психічно гнітюча біль в різних частинах тіла, яку не можливо пояснити фізіологічним процесом або соматичним розладом, яка викликає депресивні переживання ($[75,2 \pm 1,7]$ % обстежених I та $[77,8 \pm 1,7]$ % II групи), порушеннями ритму сну і бадьорості ($[63,1 \pm 1,6]$ % та $[59,8 \pm 1,5]$ % відповідно), тривожне очікування больового нападу ($[56,2 \pm 1,5]$ % обстежених I та $[48,5 \pm 1,4]$ % II групи), роздратованість, нестриманість афекту ($[34,2 \pm 1,3]$ % та $[36,4 \pm 1,3]$ % відповідно), відчуття безнадії, апатія ($[19,8 \pm 1,1]$ % обстежених I та $[15,6 \pm 1,1]$ % II групи).

Відповідно за даними психодіагностичного дослідження у ($67,9 \pm 1,6$) % обстежених I групи та у ($72,2 \pm 1,7$) % обстежених II групи спостерігається надвисокий рівень, а у ($31,1 \pm 1,3$) % та ($28,3 \pm 1,2$) % обстежених відповідно – підвищений рівень соціальної фрустрованості.

За шкалою нервово-психічної напруги у ($43,5 \pm 1,4$) % обстежених I групи та ($51,3 \pm 1,5$) % II групи відмічена помірна, а у ($54,5 \pm 1,5$) % та ($45,7 \pm 1,4$) % надмірна нервово-психічна напруга, що дозволяє зробити висновки.

Проведена у ході роботи оцінка якості життя обстежених показала, що у загальній структурі якості життя найбільш проблемними визначені наступні сфери: соціо-емоційна підтримка ($[36,5 \pm 1,3]$ % обстежених I групи та $[38,9 \pm 1,3]$ % обстежених II групи), фізичне благополуччя та працездатність ($[66,2 \pm 1,6]$ % та $[70,1 \pm 1,7]$ % обстежених відповідно), суспільна і службова підтримка ($[31,1 \pm 1,3]$ % обстежених I групи та $[40,3 \pm 1,4]$ % обстежених II групи), самообслуговування та незалежність у діях ($[49,6 \pm 1,4]$ % та $[51,3 \pm 1,5]$ % обстежених відповідно), самореалізація ($[68,9 \pm 1,6]$ % обстежених I групи та $[61,8 \pm 1,6]$ % обстежених II групи), працездатність ($[66,2 \pm 1,6]$ % та $[70,1 \pm 1,7]$ % обстежених відповідно), психологічне та емоційне благополуччя ($[31,9 \pm 1,3]$ % обстежених I групи та $[33,1 \pm 1,3]$ % обстежених II групи) та загальне сприйняття якості життя ($[68,2 \pm 1,6]$ % та $[70,1 \pm 1,7]$ % обстежених відповідно).

Література

1. Марута НО, Маркова МВ. Інформаційно-психологічна війна як новий виклик сучасності: стан проблеми та напрямки її подолання. Український вісник психоневрології. 2015;23(3(84)):21-8. Доступно на: <https://uvnprn.com.ua/upload/iblock/9c4/9c45403744e5f705dc1616c59ad481f8.pdf>
2. Юр'єва ЛМ, Шустерман ТЙ, Ліхолетов ЄО. Непсихотичні психічні розлади в осіб, що зазнали психосоціального стресу в умовах військового конфлікту. Медичні перспективи. 2019;24(4):112-20. DOI: 10.26641/2307-0404.2019.4.189601.
3. Ленгарт МК. Охорона психічного здоров'я в умовах війни. У 2-х томах. Том 1. Переклад з англійської Семігіної Т, Павленко І, Овсяннікова Є, Тесленко О, Охлопкової Т, Брацюк О. Київ: «Наш формат»; 2017. 579 с.
4. Бабов КД, Пінчук ІЯ, Стеблюк ВВ. Реабілітація постраждалих в умовах надзвичайних ситуацій та бойових дій. Посттравматичний стресовий розлад. Одеса : Поліграф; 2015. 238 с.
5. Зборовський ОМ, Симонян ВА, Сергієнко АВ, Гончарова ЯА. Дослідження якості життя пов'язаного зі здоров'ям (Огляд літератури). Вісник невідкладної і відновної медицини. 2020;2(1):49-60.
6. Корнацький ВМ, Дяченко ЛО, Михальчук ВМ. Вплив психосоціальних чинників на стан здоров'я та якість життя населення. Український кардіологічний журнал. 2017;2:106-13. Доступно на: <https://ucardioj.com.ua/index.php/UJC/article/view/154>

Базуючись на отриманих у ході роботи даних розроблена комплексна персоніфікована система медико-психологічної підтримки осіб, які зазнали хірургічних втручання, травми, гострі соматичні порушення здоров'я та знаходиться у зоні операції об'єднаних сил або є тимчасово переміщеними особами.

Висновки

Проведена у ході роботи оцінка якості життя обстежених пацієнтів показала, що у загальній структурі якості життя найбільш проблемними є наступні сфери: соціо-емоційна підтримка, фізичне благополуччя та працездатність, суспільна і службова підтримка, самообслуговування та незалежність у діях, самореалізація, працездатність, психологічне та емоційне благополуччя та загальне сприйняття якості життя.

Конфлікт інтересів відсутній.

7. Нікоряк Р.А. Оцінка якості життя вимушених трудових мігрантів та учасників бойових дій в умовах соціального стресу. Клінічна та експериментальна патологія. 2018;17(2):50-3. DOI: 10.24061/1727-4338.XVII.2.64.2018.10.

8. Волошина П.В., Марута Н.О. Соціально-стресові розлади (клініка, діагностика, профілактика). Харків: Строков Д.В.; 2016. 335 с.

9. Маркова М.В., Козира П.В. Постстресові дезадаптивні стани на тлі соціальних змін: аналіз проблеми. Медична психологія. 2015;10(1):8-13. Доступно на: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Mpsl_2015_10_1_4

10. Агаєв Н.А., Кокун О.М., Пішко Ю., Лозінська Н.С., Остапчук В.В., Ткаченко В.В. Збірник методик для діагностики негативних психічних станів військовослужбовців. Методичний посібник. Київ: НДЦ ГП ЗСУ, 2016. 234 с.

11. Немчин Т.А. Стани нервово-психічного напруження. СРСР, 1983: 167 с.

Зборовский О.М., Кожина Г.М., Симонян В.А., Кожин М.И., Сергиенко О.В., Табачникова В.С., Толстая Т.Ю.

КЛИНИЧЕСКАЯ ФЕНОМЕНОЛОГИЯ СОМАТОФОРМНЫХ РАССТРОЙСТВ И ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ ЗОНЫ ОПЕРАЦИИ ОБЪЕДИНЕННЫХ СИЛ И ВНУТРЕННЕ ПЕРЕМЕЩЕННЫХ ЛИЦ

В настоящее время понятие «качество жизни» часто используется в профилактической медицине для мониторинга здоровья населения, оценки эффективности реформ и программ здравоохранения, для исследования новых методов лечения при различных заболеваниях, как терапевтического, так и хирургического профиля, реабилитации. Учитывая, что качество жизни это комплексный, интегральный показатель эмоционального, психологического, социального благополучия на фоне и после проведенного лечения наблюдали улучшение качества эмоционального, психологического, социального благополучия. Нами было обследовано 207 пациентов (95 мужчин и 112 женщин), в возрасте 20–60 лет, подвергшихся хирургическим вмешательствам, травмам, острым соматическим нарушениям здоровья. I группу обследованных составили 96 пациентов, проживающих в зоне Операции объединенных сил, II группу – 111 внутренне перемещенных лиц. Клиническая структура соматоформных расстройств у обследованных больных была представлена: соматизированным расстройством; дисфункцией вегетативной нервной системы; болевым синдромом. Проведенная в ходе работы оценка качества жизни обследованных показала, что в ее общей структуре наиболее проблемными были: социо-эмоциональная поддержка, физическое благополучие и работоспособность, общественная и служебная поддержка, самообслуживание и независимость в действиях, самореализация, психологическое и эмоциональное восприятие качества жизни.

Ключевые слова: тревожные расстройства, стресс-ассоциированные расстройства, депрессия.

Zborovskiy O.M., Kozhyna H.M., Symonian V.A., Kozhyn M.I., Serhiienko O.V., Tabachnikova V.S., Tolstaia T.Yu.

CLINICAL PHENOMENOLOGY OF SOMATOFORM DISORDERS AND ASSESSMENT OF THE QUALITY OF LIFE OF PATIENTS IN THE ZONE OF OPERATIONS OF THE UNITED FORCES AND INTERNALLY DISPLACED PERSONS

Nowadays, the concept of "quality of life" is quite often used in medicine, namely in the field of preventive medicine to monitor the health of the population, to evaluate the

effectiveness of reforms and programs spreading in the field of health care, as well as research on the use of new methods of treatment for various diseases, both therapeutic and surgical. Given that quality of life is a comprehensive, integral indicator of emotional, psychological, and social well-being against the background of and after treatment. Defining the quality of life in medicine is a difficult and very useful process that cannot be overestimated. Quality of life indicators are always very informative and useful for evaluating the effectiveness of the treatment and rehabilitation process of all patients. We examined 207 people of both sexes (95 men and 112 women), aged 20 to 60, who underwent surgical interventions, injuries, and acute somatic health disorders. The 1st group of examinees consisted of 96 patients living in the zone of operations of the united forces, the 2nd group of 111 internally displaced persons. The clinical structure of somatoform disorders in the examined patients was represented by: somatized disorder; somatoform dysfunction of the autonomic nervous system; somatoform pain disorder. The assessment of the quality of life of the examinees carried out during the work showed that the following areas were identified as the most problematic in the general structure of the quality of life: socio-emotional support, physical well-being and working capacity, social and official support, self-care and independence in actions, self-realization, psychological and emotional well-being and general perception of quality of life.

Keywords: *anxiety disorders, stress-related disorders, depression.*

Надійшла до редакції 24.11.2021

Відомості про авторів

Зборовський Олександр Михайлович – кандидат медичних наук, директор ДУ «Інститут невідкладної та відновної хірургії імені В.К. Гусака НАМН України», Київ.

Адреса: Україна, 04050, м. Київ, вул. Мельникова, 53.

E-mail: iurs.new@gmail.com

ORCID: 0000-0001-9434-2367.

Кожина Ганна Михайлівна – доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри психіатрії, наркології, медичної психології та соціальної роботи Харківського національного медичного університету.

Адреса: Україна, 61022, м. Харків, пр. Науки, 4.

ORCID: 0000-0002-2000-707X.

E-mail: amkozhyyna888@gmail.com

Симонян Вазген Ашотович – кандидат медичних наук, лікар-невролог ДУ «Інститут невідкладної та відновної хірургії імені В.К. Гусака НАМН України», Київ.

Адреса: Україна, 04050, м. Київ, вул. Мельникова, 53

E-mail: iurs.new@gmail.com

ORCID: 0000-0002-7746-9830.

Кожин Михайло Іванович – кандидат медичних наук, доцент, професор кафедри внутрішньої медицини № 2, клінічної імунології та алергології імені академіка Л.Т. Малої Харківського національного медичного університету.

Адреса: Україна, 61022, м. Харків, пр. Науки, 4.

E-mail: kozhyun@gmail.com

ORCID: 0000-0002-8359-8890.

Сергієнко Олександр Володимирович – кандидат медичних наук, лікар-невролог ДУ «Інститут невідкладної та відновної хірургії імені В.К. Гусака НАМН України», Київ.

Адреса: Україна, 04050, м. Київ, вул. Мельникова, 53

E-mail: iurs.new@gmail.com

ORCID: 0009-0005-5261-2986.

Табачнікова Вікторія Станіславівна – кандидат психологічних наук, ГО «Національна Академія наук вищої освіти України», Київ.

Адреса: Україна, 04051, м. Київ, вул. Герцена, 12.

E-mail: amn1@ukr.net

ORCID: 0009-0005-8430-7601.

Толстая Тетяна Юріївна – аспірант кафедри психіатрії, наркології, медичної психології та соціальної роботи Харківського національного медичного університету.

Адреса: Україна, 61022, м. Харків, пр. Науки, 4.

E-mail: kraskovskaya2014@gmail.com

ORCID: 0000-0003-2810-5472.