

УДК 616.895.4-092:612.017.1.018  
 © Чеботарьов Є.В., 2011

## КЛІНІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ДЕПРЕСИВНИХ РОЗЛАДІВ ІЗ СОМАТИЧНОЮ СИМПТОМАТИКОЮ

Чеботарьов Є.В.

ДЗ «Луганський державний медичний університет»

**Вступ.** За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я поширеність афективних розладів із елементами соматизації у 90-ті роки у країнах Європи та у США становила 5-10% порівняно з 0,4-0,8% на початку 60-х років. Цей показник відображає реальну частоту соматизованих афективних розладів у сучасному світі. Сьогодні депресія стає однією з головних причин звертання за медичною допомогою [7].

Соматизована депресія у глобальному масштабі є прихованою епідемією, оскільки лікування отримує лише незначна кількість пацієнтів. За даними дослідження DEPRES у Європі 43% з 75 000 дорослих пацієнтів, що страждають на депресію, ніколи не зверталися за консультацією до лікаря. Дослідження також засвідчило, що 70% пацієнтів, що звернулись за консультацією, не отримали адекватного лікування з приводу депресії. Антидепресанти призначалися пацієнтам з великим депресивним розладом менш ніж у 10% випадків. У разі ж призначення антидепресантів доза і тривалість терапії часто були неадекватними для досягнення ефекту [7, 8]. Під соматизованими депресивними розладами (СДР) в МКХ-10 маються на увазі ендогенні депресії легкого та помірного ступенів із наявністю соматичних симптомів, що існують за відсутності органічної основи. Головною ознакою цих розладів є періодичні або постійні скарги хворого на будь-які хворобливі соматичні прояви, які, за переконанням пацієнта, небезпечні для його здоров'я або навіть життя та потребують негайного медичного втручання [10].

Як наголошується в Лексиконі психіатрії ВО-ОЗ у більшості пацієнтів за плечима довга та складна історія звернень, як за первинною, так і спеціалізованою медичною допомогою, в результаті яких може бути виконана велика кількість безрезультатних обстежень та інструментальних досліджень. Симптоми, що виявляються, можуть відноситися до будь-якого органу або системи тіла. Перебіг розладів хронічний, флюктуючий і часто поєднується із стійкими порушеннями соціальної, інтерперсональної та внутрішньосімейної поведінки [1, 10].

У класифікації МКХ-10 виділено такі варіанти депресії: депресивний епізод, рекурентний депресивний розлад (монополярна депресивна хвороба), біполярний афективний розлад, постійні розлади настрою — дистимія і циклотимія [10].

**Матеріали та методи.** Нами було обстежено 167 пацієнтів, що лікувалися у поліклініці та стаціонарних відділеннях Луганської обласної клінічної психоневрологічної лікарні із діагнозом соматизованого депресивного розладу (СДР). Серед них 18 пацієнтів (10,7% випадків) лікувалися з діагнозом легкий депресивний епізод з соматичними симптомами (F32.01 за МКХ-10); 20 пацієнтів (11,9%

випадків) лікувалися з діагнозом помірного депресивного епізоду з соматичними симптомами (F32.11 за МКХ-10); 72 пацієнти (43,2% випадків) лікувалися з діагнозом рекурентного депресивного розладу, поточного епізоду легкого ступеню важкості з соматичними симптомами F33.01 за МКХ-10; у 57 пацієнтів (34,2% випадків) було діагностовано рекурентний депресивний розлад, поточний епізод помірного ступеню важкості з соматичними симптомами F33.11.

Для оцінки ступеню тяжкості депресії ми використовували сучасні стандартизовані психометричні шкали, а саме: Hamilton Depressive Scale (HDRS-21) [16], Hospital Depressive Rating Scale (HADS) [18], Montgomery-Asberg Depressive Rating Scale (MADRS) [17]. Статистичну обробку отриманих результатів призначали на персональному комп'ютері Intel Core i7 3,0 GHz за допомогою одної та багатофакторного дисперсійного аналізу (пакети ліцензійних програм Microsoft Office 2010, Microsoft Excel Stadia 6.1/prof та Statistica) [6].

**Отримані дані та їх обговорення.** Серед обстежених хворих понижений настрій виявлений у 95,8% випадків. При оцінці наявності пониженого настрою необхідно відмітити, що в 4,2% випадків на момент первинного обстеження хворі не пред'являли скарг на понижений настрій. Гіпотімію у багатьох пацієнтів вдалося встановити ретроспективно по контрасту стану пацієнта в ході лікування («після прийому препаратів настрої став зовсім іншим, покращало, дивлюся на світ іншими очима»).

За наявності тужливого відтінку гіпотимії настрої характеризувався як «жахливий», «нестерпний», «смути якась на душі, тяжкість на душі, гризе щось». Віталізація афекту туги спостерігалася в 28,7% випадків та знаходила своє вираження у відчуттях: «тяжкість на душі, камінь в грудях», «на серці як розжарена цеглина, як камінь лежить, палить». Ознаки ідеаторної загальмованості («сповільненість мислення», «в голові як вата, затуманилося, немає ясності, як крізь джунглі думка пробирається», «страхітлива завантаженість») виявлені в 7,8% випадків, моторної загальмованості («роблю усе в'яло, повільно») у 6,0% епізодів. У ряді спостережень пацієнти відмічали мовні порушення — «важко говорити, мова загальмована, неплавна, переривчаста, немає послідовності, хочеться сказати швидко, а не

Флотуюча або безфабульна тривога типу — «в душі безпричинна тривога», «тривога без причини, щось повинне статися погане» визначалася в 25,1% випадків. Віталізація тривожного афекту виявлена у 18,6% епізодів, характеризувалася як «в ділянці серця щось kloкочется, хвилюється, почуття тривоги, хвилювання на серці», «в животі тривожно». Дистимічний компонент (12%) пониженого на-

строю характеризувався пацієнтами як почуття роздратування, нервозності, «злість на душі, усе дратує, спалахую як вогонь».

Таким чином, тривожний тип гіпотимії відзначався у 25,1%, тривожно-дистимічний в 11,4% ви-

Таблиця 2. Типологія гіпотимії у хворих на СДР.

Типологія гіпотимії	Клінічні спостереження (n=167)	
	абс.	%±m%
Немає скарг на зниження настрою	7	4,2±1,32
Тужливий тип	48	28,7±2,81
Тривожний тип	42	25,1±2,54
Тужливо-тривожний тип	31	18,6±2,12
Тужливо-тривожно-дистимічний тип	20	12±2,01
Тривожно-дистимічний тип	19	11,4±1,89

Симптом втрати інтересів та здатності отримувати задоволення у хворих на СДР виявлений в переважному числі спостережень (88% випадків). Пацієнти характеризували цей симптом, як: «немає радості в житті», «нічого хорошого немає», «життя стало не в радість», «нічого не хочеться, немає інтересу, нічого не потрібно».

У деяких хворих (26,9% випадків), переважно з помірним ступенем СДР, відмічався варіант з тотальною втратою інтересів до спілкування, професійної та побутової діяльності, естетичного сприйняття та інших видів діяльності. Хворі скаргилися, що «нічого не хочеться робити, ніхто не цікавить, бачити нікого не хочу, хочеться бути на самоті». У ряді випадків (9,6%) симптом втрати інтересів мав анестетический відтінок («повна байдужість, дитина прийшла з школи, її

падків, тужливо-тривожний – 18,6%, тужливо-тривожно-дистимічний – у 12,0% випадків. Узагальнені дані щодо типології гіпотимії у хворих на СДР наведено у таблиці 2.

потрібно погодувати, а я нічого не хочу робити, нічого мене не цікавить, мені все одно»).

Усі без виключення хворі проявляли скарги на підвищену втомлюваність. Підтверджена наявність трьох варіантів цього симптому: відсутність фізичних сил у спокої в 12,0% випадків, виражена стомлюваність навіть при незначному навантаженні – 27,5%, підвищена стомлюваність у відповідь на звичне професійне та побутове навантаження – 60,5% випадків.

У переважної більшості пацієнтів (95,8% спостережень) відмічена наявність усіх трьох типових симптомів депресії за МКХ-10: пониженого настрою, втрати інтересів та здатності отримувати задоволення, підвищеної стомлюваності. Розподіл типових симптомів депресії за МКХ-10 відображений у таблиці 3.

Таблиця 3. Прояви типових симптомів депресії за МКХ-10 у обстежених хворих.

Типові симптоми депресії за МКХ-10	Клінічні спостереження (n=167)	
	абс.	%
Зниження настрою	160	95,8
Втрата інтересів	147	88
Підвищена втомлюваність	167	100

Скарги на розлади сну відмічалися у переважної більшості обстежених пацієнтів (96,0% випадків). Серед інсомнічних розладів були виділені наступні варіанти: рання інсомнія (труднощі засипання з вечора) – 37 хворих (22,2% випадків), середня інсомнія (неспокійний сон з части-

ми пробудженнями серед ночі) – 69 пацієнтів (41,3% випадків), пізня інсомнія (пробудження на 2 години та більше раніше чим зазвичай) – 54 пацієнти (32,3% випадків). Варіанти інсомнії у хворих на СДР приведені у таблиці 4.

Таблиця 4. Варіанти інсомнії у хворих на СДР.

Інсомнія	Клінічні спостереження (n=167)	
	абс.	%±m%
Рання	37	22,2±2,43
Середня	69	41,3±3,69
Пізня	54	32,3±3,13

При цьому, найчастіше відзначалося поєднання ранньої та середньої інсомнії – «сон дуже поганий, за день дуже втомлююся, спати хочу, а сну немає, 2-3 години заснути не можу, якщо засну, то прокидаюся через 1-2 години, і сну немає, встаю, ходжу, дивлюся у вікно, так 6-7 разів прокидаюся за ніч». Нерідко пробудження серед ночі можуть бути пов'язані з виникненням або посиленням вегетативних порушень. Уранці при пробудженні пацієнти відмічають відчуття слабкості, розбитості, бажання продовжити сон.

Необхідно окремо розглянути так звані інші симптоми депресивних розладів за МКХ-10. Зниження апетиту було зареєстроване у 72,3% випад-

ків. Були виділені наступні варіанти цього симптому: зниження потреби у їжі – 52,1%, нестабільний апетит (зниження апетиту переважно зранку) – 10,8%, відсутність апетиту – 7,8%, відсутність апетиту у поєднанні з відразою до виду і запаху їжі – 9,6%. У 27,7% випадків скарг на понижений апетит не було.

Більш ніж у половини пацієнтів (67,1% випадків) відмічені скарги на пониженою здатність до концентрації уваги. Порушення концентрації уваги проявлялося у вигляді труднощів при читанні («важко зосередитися, уловити сенс при читанні») із-за «паралельних думок» («читаю, а думаю про інше»). Трудність концентрації уваги посилювала-

ся за наявності стороннього подразника «не можу зосередитися, коли включено радіо або телевізор, грає музика або шумлять діти», при психоемоційній нарузі на роботі переважно в другу половину дня або при появі больових відчуттів, наприклад, головного болю.

Понижена самооцінка та почуття невпевненості в собі відмічені в 53,3% випадків. З'являлася невпевненість у виконанні звичайних професійних обов'язків («пропала впевненість в собі, не можу бути керівником, не можу вимагати з інших»); невпевненість у рішенні побутових проблем («завжди була главою сім'ї, а тепер чоловік, діти мене запитують, а я не знаю, як поступити в тій або іншій ситуації»).

У якості додаткових переживань пацієнтів з

**Таблиця 5.** Інші симптоми депресивного епізоду у пацієнтів з СДР.

Перелік симптомів за МКХ-10	Клінічні спостереження (n=167)	
	абс.	%±m%
Зниження концентрації уваги	112	67,1±3,14
Знижена самооцінка та почуття впевненості у собі	89	53,3±2,57
Ідеї самопригнічення та самозвинувачення	22	13,1±2,11
Песимістичне бачення майбутнього	31	18,6±2,19
Суїцидні дії або думки	25	15±2,02
Порушення сну	160	96±4,64
Порушення апетиту	120	72,3±4,13

Вітальний синдром за МКХ-10 діагностовано у 97,6% випадків. Приведемо перелік симптомів вітального синдрому: втрата емоційної реакції на оточення і події, які в нормі приносили радість та задоволення (97% випадків), втрата інтересів та задоволення від діяльності, яка в нормі приносила задоволення – 94,6%, зниження апетиту – 77,8%, виражене зниження лібідо – 55%, втрата маси тіла – 44,9%, пробудження вранці на 2 та більше години раніше ніж зазвичай – 37,1%, погіршення стану в уранішні години – 35,9%, об'єктивні дані про психомоторну загальмованість або ажитацію – 26,9% випадків. Особливості вітального синдрому у хворих на СДР також відображені у таблиці 6.

**Таблиця 6.** Особливості вітального синдрому у хворих на СДР.

Симптоми вітального синдрому	Клінічні спостереження (n=167)	
	абс.	%±m%
Втрата інтересів та задоволення від діяльності, яка раніше приносила задоволення	158	94,6±4,31
Втрата емоційної реакції на оточення та події, що раніше приносили задоволення	162	97±4,38
Пробудження зранку на 2 та більше години раніше ніж зазвичай	62	37,1±2,31
Погіршення стану у ранковий час	60	35,9±2,18
Об'єктивні дані щодо психомоторної загальмованості чи ажитації	45	26,9±2,05
Зниження апетиту	130	77,8±3,94
Втрата маси тіла	75	44,9±2,97
Зниження лібідо	92	55±3,07

**Таблиця 7.** Результати обстеження хворих на СДР згідно сучасних психометричних шкал.

Діагностична категорія МКХ/абсолютна кількість хворих	Психометрична шкала (середній бал)		
	HADS	HDRS	MADRS
F32.01/18	9,8±1,2**	14,5±1,7**	21,3±2,3**
F32.11/20	13,6±1,4**	17,4±1,9**	29,1±2,5**
F33.01/72	10,1±1,2**	15,3±1,5**	23,7±2,1**
F33.11/57	13,2±1,4**	19,2±2,1**	28,3±2,4**

Примітка: \*\*- P<0,001

СДР виступали: втрата сенсу життя; небажання жити («втомилася від життя, навіщо я живу, краще б померти, набридло хворіти») з наявністю/відсутністю суїцидних думок та дій – 15,0% випадків; похмура та песимістичне бачення майбутнього («все погано, перспектив попереду немає ніяких», «немає надій на майбутнє», «безпросвітність у майбутньому, попереду порожнеча, нічого не видно») – 18,6% випадків. Значно рідше діагностувалися ідеї винності та самопригнічення у вигляді відчуття провини перед близькими через неможливість в силу хворобливого стану приділяти їм стільки ж уваги як раніше, за які-небудь незначні прорахунки у минулому (13,1% випадків). Вищерозглянуті інші симптоми депресії за МКХ-10 для більшої наочності приведені у таблиці 5.

Усі хворі були обстежені згідно сучасних психометричних шкал, результати наведено в таблиці 7.

З таблиці 7 видно, що найбільш виражені прояви депресивного синдрому спостерігалися у групі пацієнтів, що підпадали під діагностичні рубрики помірнього депресивного епізоду (первинного чи рекурентного) МКХ-10 – F32.11 та F33.11. У хворих із встановленим діагнозом легкого депресивного епізоду (первинного чи рекурентного) кількість балів у психометричних була достовірно (P<0,001) менш вираженою.

Для більшої наочності ступінь вираженості основних симптомів у балах відображено у таблиці 8.

Таблиця 8. Розподіл обстежених хворих на СДР згідно вираженості у балах.

Основні клінічні симптоми	Вираженість при- знаків, бали	Нозологічна одиниця/кількість хворих			
		F32.01/18	F32.11/20	F33.01/72	F33.11/57
Зниження настрою	0	0	0	0	0
	1	14	3	61	19
	2	3	16	9	35
	3	1	1	2	3
Втрата інтересів та задово- лення	0	1	0	0	0
	1	14	9	56	14
	2	3	9	14	41
	3	0	2	2	2
Зниження енергійності	0	1	2	4	2
	1	11	8	57	14
	2	4	9	8	38
	3	2	1	3	3
Зниження активності	0	0	0	0	0
	1	16	8	54	13
	2	2	10	13	41
	3	0	2	5	3
Зниження здатності до зосе- редження та уваги	0	0	0	0	0
	1	14	4	51	8
	2	3	13	15	47
	3	1	3	6	2
Знижені самооцінка та впе- вненість у собі	0	3	0	5	0
	1	12	4	58	14
	2	3	15	7	41
	3	0	1	2	2
Ідеї провинності та прини- ження	0	1	0	2	0
	1	16	9	59	13
	2	1	10	8	40
	3	0	1	3	4
Похмурі та песимістичне бачення майбутнього	0	0	0	0	0
	1	16	1	59	13
	2	2	18	10	41
	3	0	1	3	3
Порушення сну	0	1	0	4	0
	1	12	3	59	11
	2	5	16	7	41
	3	0	1	2	5
Підвищена втомлюваність	0	0	0	0	0
	1	16	4	57	13
	2	2	15	10	41
	3	0	1	5	3
Знижений апетит	0	0	0	0	0
	1	15	5	53	6
	2	3	14	17	48
	3	0	1	2	3

У хворих на СДР виявлені різноманітні локалізації патологічних відчуттів. Приведемо локалізацію цих порушень з убиваючою частотою: голова – 97,6% випадків, грудна клітина – 89,8%, кінцівки – 74,3%, черевна порожнина – 74,3%, спина – 65,7%, суглоби – 63,5%, шия – 31,7%, статеві органи – 12,0%. Значно рідше зу-

стрічалися алгопатії в прямій кишці – 7,8%, в ротовій порожнині – 7,8%, в області малого тазу – 6,0%, в області куприка – 6,0%, носоглотці – 4,2% та при сечовипусканні – 4,2%, в одиничних спостереженнях при менструаціях – 3,0% випадків. Розподіл цих порушень представлений у таблиці 9.

Таблиця 9. Розподіл сенсорних порушень у хворих на СДР.

Локалізація тілесних відчуттів	Клінічні спостереження (n=167)	
	абс.	%±m
Голова	163	97,6±4,11
Грудна клітина	150	89,8±4,01
Кінцівки	124	74,3±3,31
Черевна порожнина	124	74,3±3,35
Спина	110	65,7±3,11
Суглоби	106	63,5±3,07
Шия	53	31,7±2,44
Статеві органи	20	12,0±1,52
Пряма кишка	13	7,8±0,94
Ротова порожнина	13	7,8±0,93
Малий таз	10	6,0±0,75
Область куприка	10	6,0±0,75
При сечовипусканні	7	4,2±0,54
При менструаціях	5	3,0±0,51

Таблиця 10. Вегетативні порушення у хворих на СДР.

Клінічні прояви	Клінічні спостереження (n=167)	
	абс.	%±m
Тахікардія	130	77,8
Запаморочення	123	73,6
Нудота	120	71,9
Абдомінальний дістрес	120	71,9
Пітливість	113	67,7
Задишка	100	59,9
Приливи жару або холоду	84	50,3
Сухість у роті	77	46,1
Утруднення при ковтанні або відчуття грудки в горлі	57	34,1
Прискорене сечовипускання	47	28,1

У хворих на СДР відмічалися різноманітні вегетативні порушення, що представлені у таблиці 10.

З таблиці 9 видно, що найчастіше пацієнти пред'являли скарги на прискорене серцебиття (77,8% випадків), яке виникало без зовнішніх причин або ж при незначній психоемоційній нарузі, супроводжувалося відчуттям «серцевих поштовхів» – «серце так б'ється, що виривається з грудей», суб'єктивним почуттям перебоїв та завмирання серця, які не були підтвержені об'єктивними клінічними та інструментальними даними. Напади тахікардії варіювали за тривалістю від декількох хвилин до декількох годин, викликали значну стурбованість пацієнтів своїм соматичним станом.

На другому місці за частотою виявлялися скарги на запаморочення (73,6% випадків), яке носило несистемний характер, з'являлося у будь-який час доби, тривало у більшості випадків декілька годин. У поодиноких випадках при значній тяжкості запаморочення виникали деякі обмеження самостійного пересування хворого і труднощі у виконанні професійної та побутової діяльності.

Скарги на нудоту та абдомінальний дістрес зареєстровані у 120 хворих (71,9% випадків). Найчастіше нудота виникала в ранкові години після пробудження, супроводжувалася зниженням апетиту. Нудота могла посилюватися при появі різких запахів, при психоемоційній нарузі або після фізичного навантаження. Абдомінальний дістрес мав різноманітні сенсорні прояви (болі, «спазми», «кольки»), симптоми шлункової та кишкової диспепсії функціонального характеру.

У 67,7% випадків були відмічені скарги на підвищену пітливість, яка могла носити обмежений або генералізований характер. При обмеженому варіанті підвищена пітливість обмежувалася областю голови, грудей, спини та пахвових впадин, рідше локалізувалася в дистальних відділах верхніх та нижніх кінцівок - область кистей та стоп. При генералізованому варіанті пацієнти пред'являли скарги – «усе тіло мокре, вологе, доводиться міняти одяг по 5-6 разів за день». У частини пацієнтів симптом підвищеної пітливості проявлявся переважно в нічний час.

Скарги на задишку були у 100 пацієнтів (59,9% випадків). Задишка носила інспіраторний характер з відчуттям «неповного вдиху». Для полегшення свого стану пацієнти розстібали або знімали одяг, відкривали вікна та квартирки, виходили на вулицю. Ці прояви викликали у частини пацієнтів значне занепокоєння, страх смерті, змушували звертатися

до лікарів загальносоматичної практики для виключення серйозного бронхолегеневого захворювання. При об'єктивному обстеженні виявлялося деяке збільшення частоти дихальних рухів, участь в дихальному акті допоміжної мускулатури.

Приливи жару або холоду реєструвалися у 50,3% випадків, найчастіше з локалізацією у верхній половині тулуба та голови – «як хвилюю облило», «як водою окропили». Ці відчуття виникали переважно в денний час, але могли з'являтися і вночі, що викликало пробудження з подальшим ускладненим засипанням. Приливи холоду відзначалися рідше, ніж приливи жару, супроводжувалися почуттям ознобу.

У 77 пацієнтів відмічені скарги на сухість у роті без зв'язку з прийомом препаратів – «сохнуть губи, слизова оболонка порожнини рота, навіть язиком важко ворушити». Для зменшення сухості у роті пацієнти багаторазово полоскали рот, користувалися м'якими льодяниками.

Утруднення при ковтанні або відчуття «грудки» в горлі фіксувалося у 34,1% спостережень. Пацієнти пред'являли скарги на «відчуття грудки, перегородки в горлі», які в деяких випадках суб'єктивно заважали проходженню їжі та вільному диханню. Ці відчуття примушували звертатися до ендокринолога для виключення патології щитовидної залози.

Рідше пацієнти пред'являли скарги на прискорене сечовипускання (28,1% випадків), що виникало як в денний, так і в нічний час. У ряді випадків ці скарги значно порушували професійне та побутове функціонування пацієнтів. Для скорочення частоти сечовипускання пацієнти намагалися обмежувати кількість рідини, що приймалася, що не завжди було успішним.

#### Висновки:

1. У всіх обстежених хворих на СДР домінували скарги на зниження настрою. Згідно вітчизняних класифікацій виявлялися наступні типи гіпотимії: тужливий тип – 48 пацієнтів (28,7% випадків), тривожний тип – 42 хворих (25,1% спостережень), тужливо-тривожний тип – 30 хворих (18,6% випадків), тужливо-тривожно-дистимічний тип 21 пацієнт (12% випадків), тривожно-дистимічний тип – 19 хворих (11,4% спостережень).

2. Згідно МКХ-10 у обстежених хворих на СДР відмічалися так звані «типові» симптоми депресії у вигляді зниження настрою (95,8% випадків), втрати інтересів (88% спостережень), підвищеної втомлюваності (100%), а також додаткові симптоми: інсомнія (96,0%), зниження концентрації уваги (67,1%), знижена самооцінка та почуття впе-

вності у собі (53,3%), ідеї самопригнічення та самозвинувачення (13,1% випадків), песимістичне бачення майбутнього (18,6%), суїцидні дії або думки (15%), порушення сну (96%), порушення апетиту – у 72,3% випадків.

3. У хворих на СДР виявлені сенсорні порушення різноманітної локалізації: голова – 97,6% випадків, грудна клітина – 89,8 %, кінцівки – 74,3%, черевна порожнина – 74,3%, спина – 65,7%, суглоби – 63,5%, шия – 31,7%, статеві органи – 12,0%, алгопатії в прямій кишці – 7,8%, в ротовій порожнині – 7,8%, в області малого тазу – 6,0%, в області куприка – 6,0%, носоглотці – 4,2% та при

сечовипусканні – 4,2% та при менструаціях – 3,0% випадків.

4. У обстежених хворих відмічалася різноманітна вегетативна симптоматика: тахікардія (77,8% випадків), запаморочення – 73,6%, нудота – 71,9%, абдомінальний дистрес – 71,9%, пітливість – 67,7%, задишка – 59,9%, приливи жару або холоду – 50,3%, сухість у роті – 46,1%, утруднення при ковтанні або відчуття грудки в горлі – 34,1%, прискорене сечовипускання – у 28,1% випадків.

5. В подальшому доцільно було б вивчити вплив загальноприйнятого лікування на хворих з СДР.

#### ЛІТЕРАТУРА:

1. **Александровский Ю.А.** Некоторые концептуальные вопросы психиатрической и общесоматической помощи населению / **Ю.А. Александровский, С.И. Табачников** // Архив психиатрии. – 2002. – № 4 (31). – С. 5 – 6.
2. Генеалогия, механизмы формирования, клиника и основные принципы терапии соматоформных расстройств / **Б.В. Михайлов, И.Н. Сарвир, В.В. Чугунов, А.И. Мирошниченко** // Медицинские исследования. – 2001. – Вып. 1 (тематический). – С. 36 – 38.
3. **Кутько И.И.** Клиническая иммунология депрессивных расстройств / **И.И. Кутько, В.М. Фролов, Г.С. Рачкаускас**. – Харьков; Луганск, 2007. – 216 с.
4. **Марута Н.А.** Невротические депрессии (клиника, патогенез, диагностика и лечение) / **Н.А. Марута, В.В. Мороз**. – Харьков: Арсис, 2002. – 144 с.
5. **Марценковский И.А.** Соматические симптомы депрессии: взгляд через призму специализированной психиатрической и общемедицинской практики / **И.А. Марценковский** // *НейроNEWS*. – 2008. – № 3. [Режим доступа: <http://neuro.health-ua.com/article/114.html>].
6. **Медик В.А.** Математическая статистика в медицине / **В.А. Медик, М.С. Токмачев**. – Изд-во: Финансы и статистика, 2007. – 800 с.
7. **Мишиев В.Д.** Сучасні депресивні розлади: Керівництво для лікарів / **В.Д. Мишиєв**. – Львів: Видавництво Мс, 2004. – 208 с.
8. **Подкорытов В.С.** Депрессии. Современная терапия: руководство для врачей / **В.С. Подкорытов, Ю.Ю. Чайка**. – Харьков: Торнадо, 2003. – 352 с.
9. Психосоматическая медицина: Базисный курс для врачей и клинических психологов / **О.Г. Сыропятов, Ю.Н. Астапов** [и др.]; Под ред. акад. **А.Н. Крымской**, проф. **О.Г. Сыропятова**. – К.: Науковий світ, 2008. – 276 с.
10. **Сартorius Н.** МКБ-10: Классификация психических болезней. Карманный справочник. – К.: Сфера, 1997. – С. 104.
11. **Смулевич А.Б.** Депрессии в общей медицине / **А.Б. Смулевич**. – М.: Медицинское информационное агентство, 2001. – 256 с.
12. **Чабан О.С.** Невротические и эндогенные депрессии / **О.С. Чабан, С.Г. Полшкова** // *НейроNEWS*. – 2008. – № 3. [Режим доступа: <http://neuro.health-ua.com/article/111.html>].
13. **Чеботарьев С.В.** Клінічні особливості соматизованих депресивних розладів на сучасному етапі / **С.В. Чеботарьев** // Український медичний альманах. – 2009. – Т. 12, № 4. – С. 215 – 217.
14. American Psychiatric Association. Committee of Nomenclature and Statistics: Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders / Ed. 4 Washington, D. C. – American Psychiatric Association, 1994. – 16 p.
15. American Psychiatric Association. Practice guideline for depressive disorder in adult // *Am. J. Psychiatry*. – 1993. – Bd 150. – P. 1-26.
16. **Hamilton M.A.** A rating scale for depression / **M.A. Hamilton** // *J. Neurology Neurosurgery Psychiatry*. – 1960. – Vol. 23. – P. 56 – 62.
17. **Montgomery S.A.** A new depression scale designed to be sensitive to change / **S.A. Montgomery, M.A. Asberg** // *British Journal Psychiatry*. – 1979. – Vol. 134. – P. 382 – 389.
18. **Zigmond A.S.** The hospital Anxiety and Depression Scale / **A.S. Zigmond, R.P. Snaith** // *Acta Psychiat. Scand.* – 1983. – № 67. – P. 361 – 370.

**Чеботарьев С.В.** Клінічні особливості депресивних розладів із соматичною симптоматикою // Український медичний альманах. – 2011. – Том 14, № 3. – С. 184-189.

У статті описується клінічна картина СДР на прикладі 167 обстежених хворих. Детально описані типологічні характеристики гіпотимії, вітального синдрому, основних та додаткових симптомів депресії згідно МКБ-10. Приведений детальний опис сенсорних розладів, а також поліморфної вегетативної симптоматики у обстежених хворих згідно сучасних критеріїв діагностики і лікування СДР.

**Ключові слова:** соматизовані депресивні розлади, діагностика, клінічна картина.

**Чеботарев Е.В.** Клинические особенности депрессивных расстройств с соматической симптоматикой // Український медичний альманах. – 2011. – Том 14, № 3. – С. 184-189.

В статье описывается клиническая картина СДР на примере 167 обследованных больных. Детально описаны типологические характеристики гипотимии, витального синдрома, основных и добавочных симптомов депрессии согласно МКБ-10. Приведено подробное описание сенсорных расстройств, а также полиморфной вегетативной симптоматики у обследованных больных согласно современным критериям диагностики и лечения СДР.

**Ключевые слова:** соматизированные депрессивные расстройства, диагностика, клиническая картина.

**Chebotarov I.V.** Clinical features of Depressive Disorders with somatic symptoms // Український медичний альманах. – 2011. – Том 14, № 3. – С. 184-189.

The article is dedicated to clinical description of Somatized Depressive Disorders (SDD) and based on the clinical observation of 167 patients. During the investigation main types of hypothyria, clinical features of depressive vital syndrome, basic and additional symptoms of SDD have been described according to contemporary criteria of ICD-10. In addition, there were given main sensory and vegetative symptoms observed in those suffering from SDD.

**Key words:** Somatized Depressive Disorders, diagnostics, clinical features.

Надійшла 01.03.2011 р.  
Рецензент: проф. С.Є.Казакова