

# МЕДИЧНА ПСИХОЛОГІЯ

УДК 616.89-06:616.1/.7[-07-085.851+615.814.1

М. С. Панченко

## ПОШИРЕНІСТЬ ТА СТРУКТУРА ВЕГЕТАТИВНИХ СОМАТОФОРМНИХ РОЗЛАДІВ (ЗА РЕЗУЛЬТАТАМИ МОНІТОРИНГУ СТУДЕНТІВ)

Харківська медична академія післядипломної освіти (м. Харків)  
Харківський базовий медичний коледж (м. Харків)

Дослідження виконано згідно з планом Харківської медичної академії післядипломної освіти — НДР кафедри психотерапії (зав. каф. — д-р мед. наук, проф. Б. В. Михайлов) «Непсихотичні психічні розлади у хворих серцево — судинними та судинно-мозковими захворюваннями» (держреєстрація № 0109 У 002826; 2009–2011) та є фрагментом кваліфікаційної наукової роботи автора.

**Вступ.** Останні роки переважна більшість країн Європейського регіону розпочала використовувати принципи стратегії досягнення «Здоров'я для всіх» як основу політики в галузі охорони здоров'я [15]. Результати першої оцінки загальних змін, що відбуваються у Регіоні у напрямку цілей сформульованих цією стратегією, показали, що важливою проблемою суспільного здоров'я залишаються вегетативні соматоформні розлади (ВСФР) та їх поєднаний перебіг з хронічними соматичними захворюваннями [8]. ВСФР — це функціонально — синдромологічні особливості пацієнта, які не можна пояснити з позицій патогенетичних проявів верифікованої у пацієнта соматичної патології та які не можна віднести до наслідків наявної у пацієнта іншої психічної симптоматики; саме тому існує потреба у ранній діагностиці ВСФР, насамперед у осіб молодого віку. У системі діагностики ВСФР застосовуються нейрофізіологічні клінічні методи [6,7] та клінічні показники, що дозволяє комплексно оцінювати наявну діагностичну інформацію. Найбільш доступними та традиційно застосовуваними методами залишається метод психологічного дослідження із застосуванням психометричного інструментарію, який дозволяє врахувати значну кількість порушень та шляхом логічного виключення диференціювати прояви вегетативних соматоформних розладів [5]. Разом з тим, рекомендована ВООЗ стратегія суспільного здоров'я повинна ґрунтуватись на врахуванні важливого значення різнома-

нітних факторів ризику та профілактичному, а не лікувальному підході в організації та наданні медичної допомоги населенню, насамперед особам молодого віку та підліткам [11]. Водночас відзначається, що тільки інтеграція профілактичних, діагностичних та лікувальних заходів дозволяє ефективно протистояти одночасному впливу значної кількості несприятливих факторів: соціально — економічних, середовищних, біологічних, особисто — психологічних та деяких інших [12]. Інструментом ефективного протистояння подальшої поширеності ВСФР та їх соматизації є обґрунтування та впровадження системи медико — психологічного моніторингу, насамперед в організованих колективах з розробкою комплексних (інтегрованих) методів боротьби з ними [10], методів оцінки результатів проведених профілактичних заходів [2,3] та проведення адекватної первинної профілактики.

Практично відсутні епідеміологічні дослідження поширеності та факторів ризику ВСФР одночасно на одній популяції, хоча є приклади в яких знаходить своє відображення інтегральний підхід до оцінки наявності факторів ризику при проведенні багатфакторної профілактики [14].

З'ясування наявності факторів ризику та донозологічна діагностика займають зв'язкове місце між профілактичною та лікувальною медициною, а це потребує впровадження в систему медичної допомоги, особливо молоді, адекватних ризикометричних оцінок. Насамперед, реалізація профілактичного підходу пов'язана із розробкою критеріїв віднесення до груп динамічного спостереження, які слугують основою для розрахунку об'ємних показників роботи лікувально-профілактичної. Потребує детального вивчення та аналізу поширеність ВСФР та їх факторів ризику, як популяційних детермінант формування хронічної со-

матичної патології серед підлітків та осіб молодого віку з обов'язковим ранжуванням по силі впливу та інформативності з метою визначення пріоритетів у проведенні профілактики та формуванні програм профілактичного впливу. Вимагає подальшого вивчення та раціоналізації система надання медико — психологічної допомоги у аспекті орієнтації на профілактичний підхід серед підлітків та осіб молодого віку.

**Мета дослідження** полягала у вивченні розповсюдженості та структури ВСФР серед студентів зі стратифікацією цих показників за віко-стативними групами і обґрунтуванням кількісних моделей для прогнозування цих розладів.

**Об'єкт і методи дослідження.** Аналіз розповсюдженості виконано за результатами скринінгового обстеження студентів Харківського базового медичного училища № 1 у віці (15–20) р., які навчались на очній формі в період 2004–2010 р. Обстеження виконано за стандартною програмою з накопиченням даних щодо проявів ВСФР, включаючи осіб з соматичною патологією. На першому етапі діагностики ВСФР основою скринінгової методики діагностики ознак вегетативних порушень був опитувальник, запропонований А.Вейном [1] та реалізована у нашому дослідженні у вигляді комп'ютерної версії. Вказаний опитувальник застосовано на етапах проведення комплексних медичних оглядів, він складався із 11 запитань, кількісну оцінку відповідей на які виконано за методикою А.Вейна. На другому етапі діагностики ВСФР застосовано методи клініко — психологічного обстеження осіб, які за результатами скринінгу (I етап) набрали понад 15 балів (згідно методики А.Вейна). Зокрема, тест диференціальної самооцінки функціонального стану, шкалу особистісної і реактивної тривожності C.D. Spielberger, оцінку рівня нейротизму, екстра- та інтроверсії вивчали за допомогою опитувальника Н.І. Eysenck [7], що дозволило забезпечити сучасний класифікаційний підхід до ідентифікації стану пацієнтів з обґрунтованим віднесенням їх стану до рубрики «соматоформні розлади» [8].

Деонтологічні проблеми дослідження вирішено у межах існуючих Міжнародних конвенцій та законодавства України, принципів біоетики в медичних дослідженнях. Робота виконана відповідно до вимог Європейської конвенції (Страсбург, 18.03.1986 р.), директиви Ради Європейського економічного товариства (Страсбург, 21.11.1986 р.), Статуту Української асоціації з біоетики та нормами GLP (1992 р.), відповідно до вимог та нормам ICH C8P (2002 р.) і типового Положення з питань етики МОЗ України № 281 від 01.11.2000 р.

При виконанні дослідження застосовано відомі та широко вживані статистичні методи: варіаційна статистика [4,9], імовірнісний розподіл з оцінкою достовірності одержаних результатів; обґрунтування кількісних моделей розповсюдженості СВФР виконано з використанням поліноміального аналізу та побудови поліноміальних моделей другого і третього ступенів [13].

**Результати досліджень та їх обговорення.** Виявлено, що загальна розповсюдженість ВСФР в середньому становить  $(433,0 \pm 6,0) \%$ , коливаючись залежно від віку та статі у межах від  $(226,0 \pm 43,0) \%$  до  $(556,0 \pm 74,0) \%$ , що підтверджує вплив віку та статі ( $t=3,86$ ;  $p<0,05$ ) на розповсюдженість ВСФР. Слід зазначити, що ВСФР серед студентів чоловічої статі достовірно ( $t=3,01$ ;  $p<0,001$ ) менш розповсюджені, ніж у студенток (відповідно,  $(369,0 \pm 19,0) \%$  та  $(460,0 \pm 7,0) \%$ ). Водночас, аналіз отриманих даних свідчить на користь більшої розповсюдженості, як ізольованих (відповідно  $(228,0 \pm 6,0) \%$  та  $(178,0 \pm 15,0) \%$ ;  $t=3,1$ ;  $p<0,001$ ), так і поєднаних з хронічними соматичними захворюваннями проявів ВСФР (відповідно  $(232,0 \pm 6,0) \%$  та  $(192,0 \pm 16,0) \%$ ;  $t=2,3$ ;  $p<0,05$ ) серед осіб жіночої статі, ніж чоловічої. Уцілому, поєднання ВСФР з різними клінічними варіантами соматичних захворювань (питома вага СВФР) виявлено у  $(51,9 \pm 3,2) \%$  осіб чоловічої статі та  $(50,4 \pm 1,0) \%$  — жіночої ( $p>0,05$ ).

Нами виконано стратифікацію обстежених студентів та аналіз розповсюдженості ВСФР в стратифікованих віко-стативних групах (табл.1). Так, серед 625 студентів віком до 15 років розповсюдженість ВСФР становила  $(300,0 \pm 18,0) \%$  та достовірно ( $t=1,98$ ;  $p<0,05$ ) відрізнялась залежно від їх статі: була більшою у осіб жіночої статі —  $(318,0 \pm 20,0) \%$ , ніж чоловічої —  $(226,0 \pm 42,0) \%$ . Окрім того, виявлено, що у цій віковій групі частота і ВСФР була достовірно ( $t=2,0$ ;  $p<0,05$ ) вищою серед осіб жіночої статі, ніж чоловічої (відповідно  $(197,0 \pm 17,0) \%$  та  $(129,0 \pm 29,0) \%$ ), а частота поєднаних клінічних варіантів ВСФР з соматичними захворюваннями була однаковою (відповідно  $(121,0 \pm 14,0) \%$  та  $(97,0 \pm 31,0) \%$ ). Уцілому, поєднання ВСФР з різними клінічними варіантами соматичних захворювань виявлено у  $(57,1 \pm 10,8) \%$  осіб чоловічої статі та  $(61,9 \pm 3,7) \%$  — жіночої ( $p>0,05$ ).

Серед 913 студентів віком до 16 років розповсюдженість ВСФР становила  $(391,0 \pm 13,0) \%$  та достовірно ( $t=3,0$ ;  $p<0,001$ ) відрізнялась залежно від статі: була більшою у осіб жіночої статі —  $(342,0 \pm 17,0) \%$ , ніж чоловічої —  $(230,0 \pm 33,0) \%$ . Окрім того, виявлено, що у цій віковій групі частота і ВСФР була

Таблиця 1

## Поширеність клінічних варіантів вегетативних соматоформних розладів залежно від віку та статі обстежених

Вік та стать обстежених		N, осіб	Клінічні варіанти СФР					
			іВСФР		сВСФР		разом	
			абс.	(P±m) %	абс.	(P±m) %	абс.	(P±m) %
15 років та менше	чоловіки	93	12	12,9±2,9	9	9,7±3,1	21	22,6±4,2
	жінки	532	104	19,7±1,7	64	12,1±1,4	168	31,8±2,0
	разом	625	116	18,4±1,5	73	11,6±1,3	189	30,0±1,8
16 років	чоловіки	161	24	14,9±2,8	13	8,1±2,1	37	23,0±3,3
	жінки	752	154	20,5±1,5	103	13,7±1,3	257	34,2±1,7
	разом	913	178	23,7±1,6	116	15,4±1,3	294	39,1±1,3
17 років	чоловіки	177	31	17,5±2,9	40	22,6±3,1	71	40,1±3,7
	жінки	1233	267	26,7±1,2	284	23,0±1,2	551	44,7±1,2
	разом	1410	298	12,1±1,1	324	23,0±1,1	622	44,1±1,3
18 років	чоловіки	166	36	21,6±3,2	47	28,1±3,5	83	50,0±3,8
	жінки	1101	259	25,9±1,3	287	26,1±1,3	546	49,6±1,5
	разом	1267	295	23,3±1,2	334	26,4±1,2	629	49,6±1,4
19 та більше	чоловіки	45	11	24,4±6,4	14	31,1±6,9	25	55,6±7,4
	жінки	1878	437	23,3±1,0	503	26,8±1,0	940	50,5±1,2
	разом	1923	448	23,3±1,0	517	26,9±1,0	965	50,2±1,9
всього	чоловіки	642	114	17,8±1,5 а	123	19,2±1,6 а	237	36,9±1,9 а
	жінки	5496	1221	22,8±0,6	1241	23,2±0,6	2462	46,0±0,7
	разом	6138	1335	21,4±0,5	1364	21,9±0,5	2699	43,3±0,6

**Примітка:** іВСФР — клінічні варіанти «ізолюваних» вегетативних соматоформних розладів; сВСФР — клінічні варіанти вегетативних соматоформних розладів у поєднанні з соматичною патологією; N — кількісне наповнення віку — статевих груп; (P ± m) % — поширеність; а — відмінність між статевими групами достовірна на рівні  $p \leq 0,05$ ; б — відмінність між віковими групами однієї статі достовірна на рівні  $p \leq 0,05$ .

достовірно ( $t=4,9$ ;  $p<0,0001$ ) вищою серед осіб жіночої статі, ніж чоловічої (відповідно  $(205,0 \pm 15,0)$  ‰ та  $(149,0 \pm 28,0)$  ‰), а частота поєднаних клінічних варіантів ВСФР з соматичними захворюваннями була також достовірно ( $t=2,2$ ;  $p<0,05$ ) вищою серед осіб жіночої статі (відповідно  $(137,0 \pm 13,0)$  ‰ та  $(81,0 \pm 21,0)$  ‰). Уцілому, поєднання ВСФР з різними клінічними варіантами соматичних захворювань виявлено у  $(35,1 \pm 7,8)$  ‰ осіб чоловічої статі та  $(12,0 \pm 1,1)$  ‰ — жіночої ( $t=2,9$ ;  $p<0,001$ ).

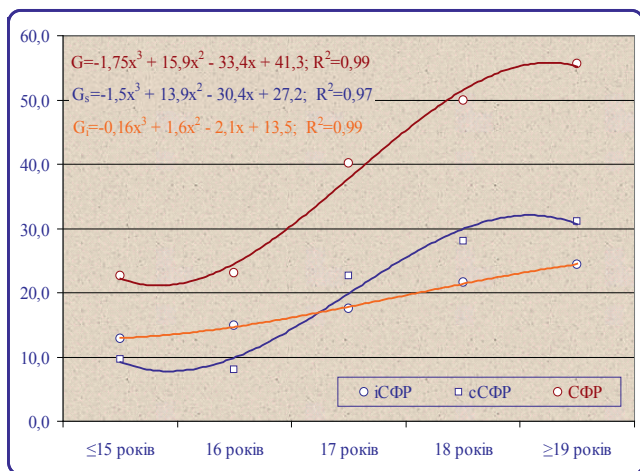
Серед 1410 студентів віком 17 років розповсюдженість ВСФР становила  $(441,0 \pm 14,0)$  ‰ та достовірно не відрізнялась ( $t<1,96$ ;  $p>0,05$ ) залежно від статі: у осіб жіночої статі —  $(447,0 \pm 12,0)$  ‰, чоловічої —  $(401,0 \pm 37,0)$  ‰. У цій віковій групі, як і в попередніх, частота іВСФР була достовірно ( $t=2,9$ ;  $p<0,001$ ) вищою серед осіб жіночої статі, ніж чоловічої (відповідно  $(267,0 \pm 12,0)$  ‰ та  $(175,0 \pm 29,0)$  ‰), а частота поєднаних клінічних варіантів ВСФР з соматичними захворюваннями була

однаковою (відповідно  $(230,0 \pm 12,0)$  ‰ та  $(226,0 \pm 31,0)$  ‰). Уцілому, поєднання ВСФР з різними клінічними варіантами соматичних захворювань виявлено у  $(56,3 \pm 5,9)$  ‰ осіб чоловічої статі та  $(51,5 \pm 2,1)$  ‰ — жіночої ( $t<1,96$ ;  $p>0,05$ ).

Серед 1267 студентів віком 18 років розповсюдженість ВСФР становила  $(496,0 \pm 14,0)$  ‰ та достовірно не відрізнялась ( $t<1,96$ ;  $p>0,05$ ) залежно від статі: у осіб жіночої статі —  $(496,0 \pm 15,0)$  ‰, ніж чоловічої —  $(500,0 \pm 38,0)$  ‰. Нею виявлено, також і достовірних відмінностей у розповсюдженості іВСФР ( $t<1,96$ ;  $p>0,05$ ) залежно від статі (у жінок —  $(259,0 \pm 13,0)$  ‰; серед осіб чоловічої статі —  $(216,0 \pm 32,0)$  ‰), тоді як частота поєднаних клінічних варіантів ВСФР з соматичними захворюваннями була однаковою у осіб чоловічої та осіб жіночої статі (відповідно  $(281,0 \pm 3,5)$  ‰ та  $(261,0 \pm 13,0)$  ‰). Уцілому, поєднання ВСФР з різними клінічними варіантами соматичних захворювань

виявлено у  $(56,6 \pm 5,4)$  % осіб чоловічої статі та  $(52,6 \pm 2,1)$  % — жіночої ( $p > 0,05$ ).

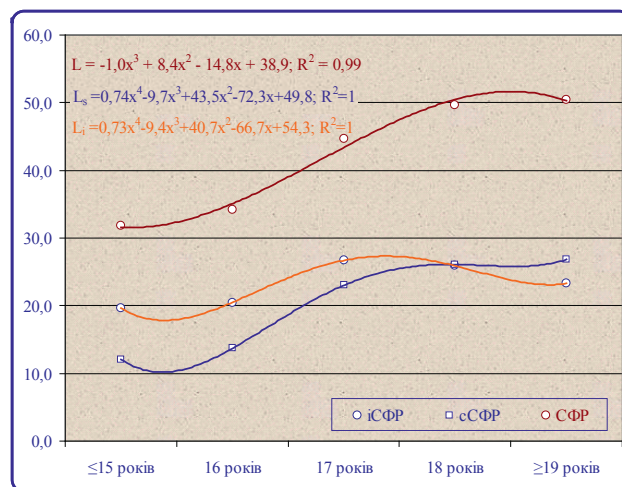
Серед 1923 студентів віком 19 років розповсюдженість ВСФР становила  $(502,0 \pm 19,0)$  ‰, достовірно не відрізняючись ( $t=1,98$ ;  $p < 0,05$ ) у осіб жіночої статі становила  $(505,0 \pm 12,0)$  ‰, у чоловічої —  $(556,0 \pm 74,0)$  ‰. З'ясовано, що у цій віковій групі частота і ВСФР та частота поєднаних клінічних варіантів ВСФР з соматичними захворюваннями не відрізнялась залежно від статі (табл.1), а, поєднання ВСФР з різними клінічними варіантами соматичних захворювань виявлено у  $(56,0 \pm 9,9)$  % осіб чоловічої статі та  $(53,5 \pm 1,6)$  % — жіночої ( $p > 0,05$ ). Отримані дані щодо розповсюдженості ВСФР у стратифікованих віко-статевих групах студентів дозволили виявити її загальні закономірності та статистично обґрунтувати популяційні кількісні залежності як для осіб чоловічої (рис. 1), так і жіночої статі (рис.2).



**Рис. 1.** Кількісні та графічні моделі поширеності клінічних варіантів вегетативних соматоформних розладів серед осіб чоловічої статі залежно від віку.

Основні закономірності розповсюдженості ВСФР серед осіб чоловічої статі у визначених вікових групах характеризуються зростанням, найбільш виразним у віковому інтервалі 16–18 років. Окрім того, якщо у віці до 17 років в структурі розладів переважають і ВСФР, то в старших вікових групах осіб чоловічої статі — поєднані клінічні варіанти ВСФР з хронічними соматичними захворюваннями. На відміну від осіб чоловічої статі, у жінок, на тлі достовірно більшої розповсюдженості ВСФР практично у всіх досліджуваних вікових групах, має місце формування поєднаних клінічних варіантів ВСФР з хронічними соматичними захворюваннями (ефект «віддаленої соматизації»). Кількісні моделі розповсюдженості ВСФР дозволяють, маючи відповідну демографічну характерис-

тику стратифікованих груп, визначати ймовірну розповсюдженість розладів, що є значимим для планування медико-психологічного моніторингу.



**Рис. 2.** Кількісні та графічні моделі поширеності клінічних варіантів вегетативних соматоформних розладів серед осіб жіночої статі залежно від віку.

Індексний аналіз ізольованих та поєднаних з хронічними соматичними захворюваннями ВСФР виконано з використанням запропонованих узагальнюючих показників, зокрема статевого індексу соматизації ( $S_{CF}$ ; співвідношення поєднаних та ізольованих клінічних варіантів СВФР у статевих групах відповідного віку) і вікового індексу соматизації ( $S_{BF}$ ; співвідношення поєднаних та ізольованих клінічних варіантів СВФР у вікових групах відповідної статі). Вказані індекси (табл. 2) відображають процес зростання ризику формування поєднаних клінічних варіантів ВСФР з хронічними соматичними захворюваннями та можуть бути використані в системі медико — психологічного моніторингу в комплексі з іншими факторами для визначення індивідуального ризику соматизації. Отже, як продемонстровано на рис. 1–3, розповсюдженість ВСФР та фактична структура їх ізольованих та поєднаних клінічних варіантів визначається віком та статтю, тоді як вплив інших факторів потребувало проведення проспективного аналізу поширеності ВСФР.

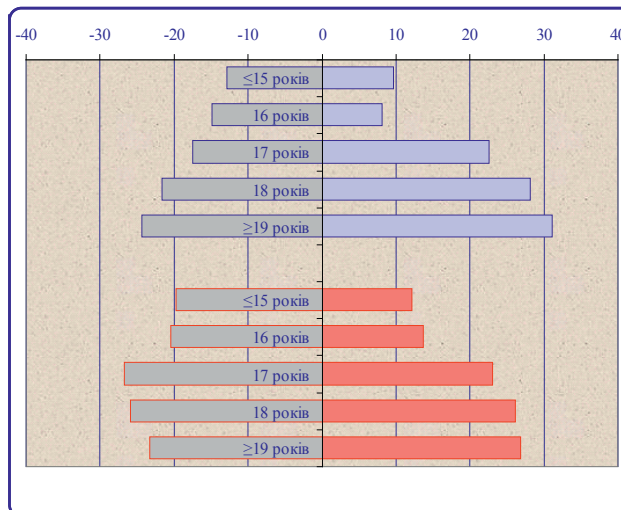
Саме тому, використовуючи когортний метод проспективного спостереження, нами виконано також вивчення розповсюдженості ВСФР з поглибленим клініко — психологічним обстеженням для верифікації психологічного та соматичного стану. З цією метою сформовано чотири когорти студентів, які впродовж трьох років навчання були задіяні у медико-психологічному моніторингу. Це

**Таблиця 2**  
Індексні показники популяційної динаміки вегетативних соматоформних розладів

Вік та стать		SCI	SBI
15 років та менше	чоловіки	0,752	0,630
	жінки	0,614	
16 років	чоловіки	0,544	0,649
	жінки	0,668	
17 років	чоловіки	1,291	1,900
	жінки	0,861	
18 років	чоловіки	1,301	1,133
	жінки	1,008	
19 та більше	чоловіки	1,275	1,154
	жінки	1,150	
всього	чоловіки	1,079	1,023
	жінки	1,018	

**Примітка:** SCI – статевий індекс соматизації СВФР; SBI – віковий індекс соматизації СВФР.

дозволило, з одного боку отримати відтворювані дані щодо частоти ВСФР (табл. 3), з іншого — забезпечити етапність моніторингу впродовж навчання.



**Рис. 3.** Структура розповсюдженості клінічних варіантів вегетативних соматоформних розладів серед студентів.

Отже, виконання дослідження у стратифікованих віко — статевих групах студентів дозволило виявити базові закономірності щодо поширеності ВСФР, взаємозв'язків між поширеністю та віком і статтю, а також отримати дані щодо структури розладів у різних-

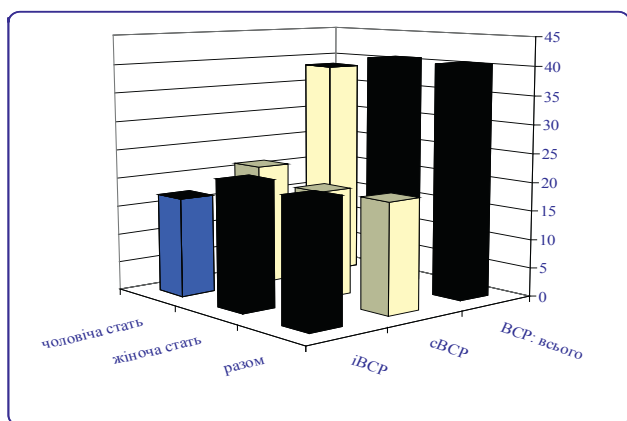
**Таблиця 3**  
Розповсюдженість вегетативних соматоформних розладів за даними проспективного спостереження

Вік, стать, кількість обстежених		Клінічні варіанти вегетативних соматоформних розладів				Всього ВСФР	
		іВСФР		сВСФР			
		абс.	(P±m) %	абс.	(P±m) %	абс.	(P±m) %
К-I*	чол. n=34	5	14,7±6,1	7	20,6±6,9	12	35,3±8,2
	жін. n=233	48	20,6±2,6	42	18,0±2,5	90	38,6±3,2
	всього n=267	53	19,9±2,4	48	18,0±2,4	101	27,5±2,3
К-II	чол. n=37	6	16,2±6,1	8	21,6±6,8	14	37,8±8,0
	жін. n=240	53	22,1±2,7	43	17,9±2,5	96	40,0±3,2
	всього n=278	59	21,2±3,2	49	17,6±2,3	108	38,8±2,9
К-III	чол. n=36	6	16,7±6,2	8	22,2±6,9	14	38,9±8,1
	жін. n=247	54	21,9±2,6	49	19,8±2,5	103	41,7±3,1
	всього n=283	60	21,2±2,4	53	18,7±2,3	113	39,9±2,9
К-IV	чол. n=44	9	20,5±6,1	9	20,5±6,1	18	40,9±7,4
	жін. n=277	64	23,1±2,5	53	19,1±2,4	117	42,2±3,0
	всього n=321	73	22,7±2,3	61	19,0±2,2	134	41,7±2,8
всього	чол. n=151	26	17,2±1,9	32	21,2±3,3	58	38,4±4,0
	жін. n=998	219	21,9±1,3 а	187	18,7±1,1 б	406	40,6±1,6
	разом n=1149	245	21,3±1,2	219	19,1±1,2	464	40,4±1,4

**Примітка:** \*К:I — К:IV — популяційні групи (когорти) трирічного спостереження; К:I — 2004–2007 р., К: II — 2005–2008 р., К: III — 2006–2009 р., К: IV — 2007–2010 р.; а — відмінність між статевими групами достовірна на рівні  $p \leq 0,05$ ; б — відмінність між частотою клінічних варіантів ВСФР достовірна на рівні  $p \leq 0,05$ .

вікових та статевих групах з визначенням узагальнених індексів соматизації.

Завдяки такому методологічному підходу, нами вперше отримано кількісні та графічні моделі (у вигляді статистичних залежностей — поліномів), що дозволяє для інших віково-статевих груп студентів визначати орієнтовні рівні поширеності ВСФР на першому етапі впровадження медико — психологічного моніторингу. Однак, розробка та обґрунтування системи моніторингу передбачала вивчення впливу інших факторів ризику формування та розвитку ВСФР (рис.4).



**Рис.4.** Частота клінічних варіантів вегетативних соматоформних розладів залежно від статі (за даними проспективного спостереження).

**Висновки.**

1. Виявлено, що загальна розповсюдженість ВСФР в середньому становить (433,0±6,0) %, коливаючись залежно від віку та статі у межах від (226,0±43,0) % до (556,0±74,0) %.

2. Поєднання ВСФР з різними клінічними варіантами соматичних захворювань виявлено у (57,1±10,8) % осіб чоловічої статі та у (61,9±3,7) % — жіночої.

3. Виявлено базові закономірності та обґрунтовано кількісні моделі для прогнозування поширеності ВСФР та отримано дані щодо структури розладів у різних вікових та статевих групах з визначенням індексів соматизації.

4. Доведено, що розповсюдженість ВСФР та фактична структура їх ізольованих та поєднаних клінічних варіантів визначається віком та статтю, тоді як вплив інших факторів потребує проведення проспективного аналізу поширеності ВСФР у взаємозв'язку з аналізом факторів ризику.

5. Серед осіб чоловічої статі у досліджуваних вікових групах має місце зростання поширеності ВСФР, найбільш виразне у віковому інтервалі 16–18 років: у віці до 17 років

в структурі розладів переважають іВСФР, то в старших вікових групах осіб чоловічої статі — поєднані клінічні варіанти ВСФР з хронічними соматичними захворюваннями. На відміну від осіб чоловічої статі, у жінок, на тлі достовірно більшої розповсюдженості ВСФР має місце формування поєднаних клінічних варіантів ВСФР з хронічними соматичними захворюваннями (ефект «віддаленої соматизації»).

**Перспективи подальших досліджень** пов'язані з вивченням впливу факторів ризику та розробкою скрінінгових алгоритмів прогнозування високого ризику ВСФР на етапах медико-психологічного моніторингу студентів.

**СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ**

1. Вегетативные расстройства: клиника, диагностика, лечение/под.ред. А.М. Вейна.-Москва: Мед. информационное агентство, 2000.-С.54–55.
2. Личко А.Е. Личностный опросник Бехтеревского института/А.Е. Личко//Методы психологической диагностики и коррекции в клинике. — Л.: Медицина, 1983. — С. 102–115.
3. Личко А.Е. Медико — психологическое обследование соматических больных/А.Е. Личко, Н.Я. Иванов//Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. -1980.-Т.80, № 8.-С.1195 — 1198.
4. Лищук В.А. Информатизация клинической медицины/Клиническая информатика и телемедицина. — 2004. — № 1. — С.7–13.
5. Менделевич В.Д. Клиническая и медицинская психология.-М.: Медпресс, 1999.-592 с
6. Методика для психологической диагностики типов отношения к болезни: Метод. рекомендации/ред. Вассерман Л.И., Иовлев Б.В., Карпова Э.Б. — Ленинград, 1987. — 27 с.
7. Михайлов Б.В., Сердюк А.И., Федосеев В.А. Психотерапия в общесоматической медицине.-Харьков. — ХМАПО, 2002. — 98 с.
8. Михайлов Б.В., Табачников С.И., Витенко И.С., Чугунов В.В. Психотерапия: Учебник для врачей — интернов высших медицинских учебных заведений III-IV уровней аккредитации.-Харьков: Око, 2002.-768 с.
9. Соціальна медицина та організація охорони здоров'я/Заг. ред. Москаленко В.М., Вороненко Ю.В./Підручник.-Тернопіль, 2002. — С.50–75.
10. Ушаков Г.К. Пограничные нервно-психические расстройства. — М.: Медицина, 1987. — 304 с.
11. Country profiles on mental health in Europa/WHO. Regional Office for Europa. — Copenhagen: WHO. Regional Office for Europa. 2006. — 118 p.
12. Health for all in the twenty-first century/WHO.-Geneva:WHO, 1998.-231 p.
13. Poque J.Y. Overcoming the limitation of currents meta-analysis of randomized controlled trials//Lancet. — 1998. — Vol.351, N7240. — P.971–975.
14. Shklyar S. Population model of preventative programs: chronic gastrointestinal diseases among teenagers/S. Shklyar, S. Panchuk//School of fundamental medicine Journal, 2000.- № 1. — С.76–79..
15. Technical definition and commentary for use at the International Conference on Populations and Development/WHO. Regional Office for Europa, Copenhagen: WHO. Regional Office for Europa. 1994.-117 p.

**УДК** 616.89-06:616.1/.7[-07-085.851+615.814.1

**ПОШИРЕНІСТЬ ТА СТРУКТУРА ВЕГЕТАТИВНИХ СОМАТОФОРМНИХ РОЗЛАДІВ  
(ЗА РЕЗУЛЬТАТАМИ МОНІТОРИНГУ СТУДЕНТІВ)**

**Панченко М. С.**

**Резюме.** За результатами п'ятирічного моніторингу узагальнено закономірності поширеності та структури вегетативних соматоформних розладів. Визначені частота і характер «ізолюваних» та нозологічно окреслених вегетативних соматоформних розладів залежно від віку та статі студентів.

**Ключові слова:** вегетативні соматоформні розлади, поширеність, структура, медико — психологічний моніторинг.

**УДК** 616.89-06:616.1/.7[-07-085.851+615.814.1

**РАСПРОСТРАНЁННОСТЬ И СТРУКТУРА ВЕГЕТАТИВНЫХ СОМАТОФОРМНЫХ РАС-  
СТРОЙСТВ (ПО РЕЗУЛЬТАТАМ МОНИТОРИНГА СТУДЕНТОВ)**

**Панченко Н. С.**

**Резюме.** По результатам пятилетнего мониторинга обобщены закономерности распространённости и структуры вегетативных соматоформных расстройств. Изучена частота и характер «изолированных» и нозологически очерченных вегетативных соматоформных расстройств в стратифицированных по — возрастным группам студентов.

**Ключевые слова:** вегетативные соматоформные расстройства, распространённость, структура, медико — психологический мониторинг.

**UDC** 616.89-06:616.1/.7[-07-085.851+615.814.1

**PREVALENCE and STRUCTURE of VEGETATIVE SOMATOFORM DISORDER (on  
RESULTS STUDENT'S MONITORING)**

**Panchenko M. S.**

**Summary.** On results of the five-year monitoring conformities of prevalence and structures of vegetative somatoform disorders are generalized. Frequency and character of «isolated» and nosological arranged vegetative somatoform disorders are certain depending on age and sex of students.

**Key words:** vegetative somatoform disorders, prevalence, structure, medico-psychological monitoring.

**Стаття надійшла 10.08.2010 р.**