

Ю. М. Федченко, К. И. Довгая

*Научный руководитель: к.м.н., доцент С. В. Толканец*

*Учреждение образования*

*«Гомельский государственный медицинский университет»*

*г. Гомель, Республика Беларусь*

## **ОПТИМИЗАЦИЯ ДИАГНОСТИКИ СОМАТОФОРМНЫХ РАССТРОЙСТВ**

### ***Введение***

Важной областью психиатрии является патология, которая представлена физическими симптомами, сходными с соматовисцеральными болезнями, но имеет психопатологическую природу. Данные по эпидемиологии находятся в широком диапазоне от нескольких до 50% у обращающихся за медицинской помощью в территориальную поликлинику (Смулевич А. Б., 1992; Гиндикин В. Я., 2000). Несмотря на критерии соматоформных расстройств (СФР) [1], в реальной практике имеются трудности распознавания, как интернистами, квалифицирующими их как «функциональные» нарушения, так и психиатрами, склоняющихся к отнесению их к соматизированным проявлениям тревожных, депрессивных и иных психопатологических нозологий. Ошибочная диагностика обуславливает непрофильное лечение, обрекает пациентов на частые обращения к врачам, а присущая пациентам настойчивость приводит к избыточным обследованиям, вплоть до инвазивных вмешательств. Главным признаком СФР является возникновение физических симптомов в теле, в виде алгий, патологических телесных ощущений [2] главным образом в виде сенестоалгий, конверсионных симптомов. Критерий отсутствия соматической болезни заменен на наличие не соматических физических симптомов, но это не проясняет клинического содержания. Имеющиеся операциональные критерии имеют общий характер. Обилие жалоб подразумевает профиль личности и поведения (настойчивость, упорство, настырность), обобщаются характеристикой «трудных больных». Критерий демонстративности нацеливает на истероидные характеристики. Между тем, имеются основания истолковать боли и неприятные ощущения как тягостные, изнуряющие и несущие угрозу благополучию пациента, то есть в традициях отечественной психиатрии как сенестоалгии. В апелляции к врачу для иллюстрации своих ощущений и переживаний пациенты прибегают к метафорам, гиперболизации жалоб, жестикуляции. За поведенческими характеристиками и манерой подачи жалоб проступают прикованность, аффектация, охваченность, за чем усматривается сверхценный радикал.

### ***Цель***

Анализ случаев из материалов консультативных осмотров в отделении пограничных состояний психиатрического стационара.

### ***Материал и методы исследования***

В ходе работы использовались клиничко-психопатологический и клиничко-анамнестический методы. Проводилось сличение операциональных критериев с клинической феноменологией.

### ***Результаты исследования и их обсуждение***

С этих психопатологических позиций предпринят анализ психического состояния и клиническое осмысление статуса 34 пациентов: 16 мужчин, 18 женщин. У 5 пациентов выявлены сведения за соматонию в анамнезе, у 4 соматопатию. Проанализированы 17 случаев с диагнозом соматизированное расстройство (F45.0), 2 – недифференцирован-

ного соматизированного расстройства (F45.1), в 8 – диагноз соответствовал критериям ипохондрического расстройства (F45.2), у 7 пациентов – устойчивое соматоформное болевое расстройство (F45.4). Акцентуации характера определялись у 15 человек (астенический психотип у 1 пациента, тревожно-ананкастный – у 3-х, импульсивно-возбудимый у 7, шизотимный у 1, конформный у 1, гипертимный у 2 человек). У 5 пациентов отмечалась коморбидность с неразвернутыми депрессивными симптомами, у 2-х предполагалась трансформация в шизотипическое расстройство, в 3-х сопряженность с тревогой в формате генерализованной тревоги или генерализованных опасений. Патологические телесные ощущения представлены главным образом алгопатией в виде сенестоалгий, в трех случаях сопряженных с симптомами соматодеперсонализации, в двух – с конверсионными симптомами, в двух случаях с симпаталгическим компонентом.

Клинический случай 1. Пациент с соматизированным расстройством: К-в Ю. П. 43 года, слесарь. Данных за наследственную отягощенность нет. Рос в полной семье, благополучной обстановке. Психофизическое развитие без особенностей. Анамнестические без особенностей. По натуре – работающий, «амбициозный», исполнительный. В жизни адаптирован, дорожит работой, покоем и достатком в семье. Заболел спонтанно 1 год т. н., с развития болей в теле, «так что перекашивало», не мог спать, лечился в неврологии (патологии не выявлено). Был ошеломлен болями, сличал с симптомами энцефалита, тревожился. На высоте боли «горела спина...». Лечился анксиолитиками. Ухудшение спонтанное двумя месяцами ранее, когда с ночи «стал задыхаться», генерализовались ощущения «горения», жжения, «сковало все тело» (по типу *akinesia algera*), боли доводили до слез, стали невыносимыми, занимал вынужденные позы. Обследован в инфекционном отделении, после исключения мозговой патологии направлен в психиатрический стационар. Активные жалобы на «головную боль», отличной от банальной цефалгии – голова «как ватная», сводит, немеют шея, скулы». Мнестически сохраненный. Настроение снижено в форме матовой гипотии с аффектацией при изложении болей, поглощен ими. С утра «вработывается» с принудительной гимнастикой (тело тяжелое, вялое). Содержание алгопатий определяется феноменами тяжести гл.о. в затылке, с ощущением ватности. В иерархии жалоб превалируют «ватность (как чугунок) в голове и боль».

Клинический случай 2. Ипохондрическое расстройство. Ф. Ю. 40 лет, сборщик пластмассовых изделий. Анамнез без особенностей. С юности занимается тяжелой атлетикой. Преморбид импульсивно-возбудимый, некриминальный вариант, с оппозиционным поведением в пубертате, алкоголизацией, приводами в милицию. Первые спонтанные приступы пароксизмальной тревоги в 2006 г. Был напуган случившимся, бросил вредные привычки, ушел в болезнь. Несколько раз лечился в отделении пограничных состояний. После проведенного курсового лечения антидепрессантами приступы стали редкими спорадическими. Настоящее ухудшение внезапное, когда выступила тяжесть в голове. Неоднократно обращался к интернистам. Опасается криза, сличает симптомы с тяжелыми заболеваниями. Щадит себя в поведении. Жалобы на «сжатие головы», плохой сон, отсутствие сил. Отмечает неприятные ощущения в голове по типу тумана («как неясность в голове, сознание как закрывается, несвежесть в мозге, не чувствует свободы в мозге»). Из иных алгопатий – «крутит ноги» (в области икроножных мышц). Возбужден, с чертами экспансивности. Внимание приковано к теме «давления», телесного функционирования. Поглощен идеями и способами излечения. Мнестически сохраненный. Внутренняя картина болезни состоит из представлений о «сосудах и нервах». Главной жалобой считает «артериальное давление», часто измеряет артериальное давление.

Клинический случай 3. Иллюстрация ипохондрического расстройства. В.А., 52 года. Оперирована: мастэктомия в связи с онкологией молочной железы. Соматически в удовлетворительном состоянии. При выписке настаивает перед лечащим врачом «нет, у меня что-то другое».

Клинический случай 4. Упорное соматоформное болевое расстройство. К.Т., 50 лет., не работает. Преморбид мягкая, покладистая. Проявляла себя деятельной, энергичной, имела кличку «босс». Продолжительно работала фотографом. Заболела 10 лет назад. Лечилась у гинеколога в связи циститом, вагинитом. Затем первичные ощущения зуда трансформировались в жжение. Термические аллопатии генерализовались захватывая урогенитальную область («жжение в лобковой, ягодичной области»). Консультирована у уролога, невролога, проктолога – без признаков органической патологии. Анальгетики не снимают боли. Впервые боли ослабли с назначением сульпирида. Поступила для обследования после многочисленных и нерезультативных обследований. Из-за болезненного изнурения вынуждена оставить работу, 3 года не работает. Анальгетики, спазмолитики не снимают боли. Впервые боли сняты приемом сульпирида (1 мес.). Жалобы на неотступные боли по типу жжения, находят волнами, доводят до отчаяния. Признает сужение интересов, поглощенность болью, ищет информацию и приемы облегчения (массаж). С болями ассоциируются патологические ощущения по типу соматодеперсонализации: «слабость в ногах», «не такие», «ноги как спутаны». Неотступный и резонирующий характер телесных ощущений согласуется с обсессивным механизмом аллопатий.

### **Выводы**

Операциональные критерии СФР могут быть дополнены клинической интерпретацией. Анализируя симптомы соматизированного расстройства представляется обоснованным обобщить их клинической формулой – охваченность болями. Ипохондрическое соматоформное расстройство может быть представлено как одержимость концептом. Упорное соматоформное болевое расстройство характеризуется возвратностью, неотступностью, неотвязностью, с обсессивными признаками аллопатий.

Практически вся группа рубрики F45 (меньше F45.3) характеризуется стойким характером расстройств, непрерывным или персистирующим течением, определяет качество жизни, «жизнь в болезни» и соответствует картине ипохондрии. Различия между соматизированным и ипохондрическим расстройствами условны и не стойки.

У значительной части пациентов с СФР выявлены признаки сомато-перцептивной конституции и стертой конституциональной аномалии в виде акцентуации характера.

Патологические телесные сенсации представлены главным образом сенестоалгиями, либо в сочетании с конверсионными, деперсонализационными, симпатическими симптомами.

СФР могут быть кооперированы (коморбидны) с аффективной, тревожной, шизотипической патологией.

### **СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ**

1. Классификация психических расстройств МКБ-10. Исследовательские диагностические критерии. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://webmed.irkutsk.ru/doc/pdf/icd10ps.pdf>. – Дата доступа: 03.02.2024.
2. Собенников, В. С. Соматизированные и соматоформные расстройства / В.С. Собенников. – Иркутск, 2014. – 304 с.