

УКРАЇНСЬКИЙ ЖУРНАЛ

ISSN 2413-8843

ЧОЛОВІЧЕ ЗДОРОВ'Я

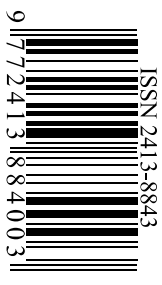
ГЕНДЕРНА ТА ПСИХОСОМАТИЧНА МЕДИЦИНА

MEN'S HEALTH, GENDER AND PSYCHOSOMATIC MEDICINE UKRAINIAN JOURNAL

№1 (22) 2026



«Вгору сходами», Том Ловелл (1909-1997)



www.ujmh.net

Бойко М.І.

ЕРЕКТИЛЬНА ДИСФУНКЦІЯ: СЬОГОДЕННЯ ТА ПЕРСПЕКТИВИ ЛІКУВАННЯ7

Нікітіна І. М., Сміян С. А., Бабар Т. В., Кузьоменська М. Л.

КЛЮЧОВІ АСПЕКТИ ВЕДЕННЯ ВАГІТНОСТІ ТА ПОЛОГІВ ПІСЛЯ КОНСЕРВАТИВНОЇ
МІОМЕКТОМІЇ: СУЧАСНІ ВИКЛИКИ ТА ПЕРСПЕКТИВИ
(ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ) 21

**Дарій В.І., Білай І.М., Стоянов О.М., Сікорська М.В., Візір І.В.,
Рибалко Т.П., Гуйтур М.М., Саржевський О.Н., Абба Д.А.**

ОСОБЛИВОСТІ ЗМІН КОНЦЕНТРАЦІЇ ПРОДУКТІВ ПЕРЕКИСНОГО ОКИСЛЕННЯ
БІЛКІВ ТА ЛІПІДІВ У ХВОРИХ НА ІНТРАЦЕРЕБРАЛЬНО УСКОЛАДНЕНИЙ ІШЕМІЧНИЙ
МОЗКОВИЙ ІНСУЛЬТ НА ТЛІ ГІПЕРТОНІЧНОЇ ЕНЦЕФАЛОПАТІЇ..... 27

Городокін А.Д.

ПОРІВНЯННЯ РІВНІВ ПРОЯВУ ТРИВОГИ ТА ДЕПРЕСІЇ У ПАЦІЄНТІВ З
ФУНКЦІОНАЛЬНИМИ ГАСТРОІНТЕСТИНАЛЬНИМИ ТА СОМАТОФОРМНИМИ
РОЗЛАДАМИ. 34

**Серіков К.В., Дарій В.І., Воротинцев С.І., Білай І.М., Гриценко С.М.,
Бойко К.А., Семенова Т.О., Григор'єв С.В., Зайцев С.Є., Доля О.С.,
Аравицький Є.О.**

ІНДИВІДУАЛЬНИЙ ПІДХІД ДО ОЦІНКИ СТАНУ ТЯЖКОСТІ ХВОРИХ ІЗ
ІНТРАЦЕРЕБРАЛЬНО УСКОЛАДНЕНИМ ІШЕМІЧНИМ ІНСУЛЬТОМ..... 42

Макуріна Г.І., Городокіна Л.О.

АНАЛІЗ ПОРУШЕНЬ СНУ ТА ПСИХОПАТОЛОГІЧНИХ ПРОЯВІВ У ПАЦІЄНТІВ
ІЗ ПСОРІАЗОМ ТА АЛЕРГОДЕРМАТОЗАМИ ІЗ УРАХУВАННЯМ КЛІНІЧНИХ
ПРУРИГІНОЗНИХ ПАТЕРНІВ 53

АВТОРАМ ЖУРНАЛЬНИХ ПУБЛІКАЦІЙ..... 64

Городокін А.Д. <https://orcid.org/0000-0001-7041-6683>

ПОРІВНЯННЯ РІВНІВ ПРОЯВУ ТРИВОГИ ТА ДЕПРЕСІЇ У ПАЦІЄНТІВ З ФУНКЦІОНАЛЬНИМИ ГАСТРОІНТЕСТИНАЛЬНИМИ ТА СОМАТОФОРМНИМИ РОЗЛАДАМИ

Запорізький державний медико-фармацевтичний університет, м. Запоріжжя, Україна

Резюме

Актуальність. Функціональні гастроінтестинальні розлади (ФГР) є однією з найбільш поширених груп клінічних станів, що традиційно розглядаються в межах соматичної медицини, проте характеризуються вираженою патопсихологічною нахилістю та високою частотою психопатологічної коморбідності.

Мета дослідження: встановити відмінності рівнів прояву тривожної та депресивної симптоматики в групах пацієнтів із функціональними гастроінтестинальними розладами та соматоформними розладами відповідного типу.

Матеріали та методи. Дослідження проведено у проспективному дизайні. Група дослідження 1 (ГД1) включала 21 пацієнта з діагнозом «Синдром подразненого кишечника». Група дослідження 2 (ГД2) включала 24 пацієнти з неспокійною психопатологією, у яких основними клінічними проявами були симптоми порушення функції ШКТ, аналогічні до проявів ФГР. Група контролю (ГК) складалася з 49 осіб-волонтерів. Основним методом дослідження є клініко-психопатологічний.

Результати. Оцінка за VAS у ГД2 була значуще вищою порівняно з ГК (середня різниця = 2,08; 95% ДІ [1,23; 2,93]; $p < 0,01$). Ще більш виражені відмінності виявлено між ГД1 та ГК (середня різниця = 4,26; 95% ДІ [3,37; 5,15]; $p < 0,01$). Крім того, показники VAS у ГД1 були значуще вищими порівняно з ГД2 (середня різниця = 2,17; 95% ДІ [1,15; 3,19]; $p < 0,01$). Показники VSI у клінічних групах були статистично значуще вищими порівняно з контрольною групою. Зокрема, у групі ГД1 середнє значення VSI перевищувало показник контролю на 29,07 бала (95% ДІ [22,51; 35,63]; $p < 0,01$), а у групі ГД2 – на 24,24 бала (95% ДІ [17,97; 30,51]; $p < 0,01$). Водночас статистично значущих відмінностей між групами ГД1 та ГД2 не встановлено ($p = 0,28$). Результати якісного аналізу рівнів прояву тривоги (за BAI > 25 балів) та депресії (за BDI > 31 бал) демонструють відсутність значущих міжгрупових відмінностей для ГД1 та ГД2, проте виявляють такі відмінності для обох цих груп порівняно з ГК.

Висновки:

1. Встановлені статистично значущі відмінності за візуальною аналоговою шкалою (VAS) між усіма досліджуваними групами. Оцінка за VAS як у ГД1, так і в ГД2 була значуще вищою порівняно з ГК. Показники VAS у ГД1 були значуще вищими порівняно з ГД2. Таким чином, рівні VAS у групах мають вигляд: ГД1 > ГД2 > ГК.
2. Показник індексу вісцеральної чутливості (VSI) диференціює обидві групи дослідження від ГК, однак не виявляє статистично значущих відмінностей між ГД1 та ГД2.
3. За результатами якісного аналізу рівнів прояву тривоги та депресії відсутні значущі міжгрупові відмінності для ГД1 та ГД2, проте виявлені статистично значущі відмінності обох цих груп порівняно з ГК.

Ключові слова: функціональні гастроінтестинальні розлади, соматоформні розлади, тривога, депресія, вісцеральна чутливість, синдром подразненого кишечника, коморбідність.

COMPARISON OF ANXIETY AND DEPRESSION LEVELS IN PATIENTS WITH FUNCTIONAL GASTROINTESTINAL AND SOMATOFORM DISORDERS

Zaporizhzhia State Medical and Pharmaceutical University, Zaporizhzhia, Ukraine

Abstract

Relevance. Functional gastrointestinal disorders (FGIDs) are among the most prevalent clinical conditions traditionally managed within somatic medicine. However, they are characterized by significant psychopathological intensity and a high frequency of psychiatric comorbidity.

Objective. To establish differences in the levels of anxiety and depressive symptoms among patients with functional gastrointestinal disorders and somatoform disorders of a corresponding type.

Materials and Methods. The study utilized a prospective design. Study Group 1 (SG1) included 21 patients diagnosed with irritable bowel syndrome (IBS). Study Group 2 (SG2) consisted of 24 patients with non-psychotic psychopathology whose primary clinical manifestations were gastrointestinal functional symptoms analogous to FGIDs. The Comparison Group (CG) comprised 49 healthy volunteers. The primary research method was clinical-psychopathological assessment.

Results. VAS scores in SG2 were significantly higher than in CG (mean difference [MD] = 2.08; 95% CI [1.23; 2.93]; $p < 0.01$). More pronounced differences were found between SG1 and CG (MD = 4.26; 95% CI [3.37; 5.15]; $p < 0.01$). Furthermore, VAS scores in SG1 were significantly higher compared to SG2 (MD = 2.17; 95% CI [1.15; 3.19]; $p < 0.01$). VSI scores in the clinical groups were statistically significantly higher than in the control group. Specifically, in SG1, the mean VSI score exceeded the control by 29.07 points (95% CI [22.51; 35.63]; $p < 0.01$), and in SG2 by 24.24 points (95% CI [17.97; 30.51]; $p < 0.01$). At the same time, no statistically significant differences were established between SG1 and SG2 ($p = 0.28$). Qualitative analysis of anxiety (BAI > 25) and depression (BDI > 31) levels demonstrated an absence of significant intergroup differences between SG1 and SG2, while revealing significant differences for both groups compared to CG.

Conclusions:

1. Statistically significant differences in Visual Analogue Scale (VAS) scores were established across all study groups. VAS scores in both SG1 and SG2 were significantly higher than in CG. SG1 scores were significantly higher than SG2, resulting in the distribution: SG1 > SG2 > CG.
2. The Visceral Sensitivity Index (VSI) effectively differentiates both clinical groups from the CG but does not reveal statistically significant differences between SG1 and SG2.
3. Qualitative analysis of anxiety and depression levels showed no significant intergroup differences between SG1 and SG2, although both groups demonstrated statistically significant differences compared to the CG.

Keywords: functional gastrointestinal disorders, somatoform disorders, anxiety, depression, visceral sensitivity, irritable bowel syndrome, comorbidity.

Актуальність. Функціональні гастроінтестинальні розлади (ФГР) належать до найбільш поширених клінічних станів, що традиційно розглядаються в межах соматичної медицини, проте характеризуються вираженою патопсихологічною насиченістю та високою частотою психопатологіч-

ної коморбідності [1]. У рутинній клінічній практиці значна частка пацієнтів звертається зі скаргами на абдомінальні прояви функціонального характеру, що за клінічним профілем відповідають критеріям ФГР, проте демонструють суттєву залежність від психоемоційного стану або мають значну

інтегрованість у спосіб життя пацієнта. Це актуалізує питання щодо психосоматичного походження скарг у широкому сенсі цього поняття [2].

Подібні випадки нерідко викликають труднощі у клініцистів, що відображається у використанні не цілком коректного, проте поширеного формулювання «невротизований пацієнт». Такий пацієнт зазвичай описується як надчутливий до мінімальних коливань самопочуття, схильний до їх катастрофізації, фіксований на малозначущих соматичних проявах, тривожний та пригнічений. Даний стереотип підсвітлює важливу клінічну проблему пошуку межі між соматичною (функціональною) патологією та тілесними проявами порушень ментального здоров'я, що особливо помітно в клініці ФГР.

Сучасні дослідження проблеми співвідношення ФГР та психопатології вказують на високі рівні коморбідності з непсихотичними психічними розладами різних категорій. Зокрема, поширеність депресії та тривожності серед пацієнтів із синдромом подразненого кишечника (СПК) значно перевищує показники контрольних груп. Так, Zhang та ін. (2018) і Lee та ін. (2015) продемонстрували суттєве підвищення частоти афективних станів у пацієнтів із СПК порівняно зі здоровими особами [3]. У дослідженні Kabra та Nadkarni (2013) поширеність депресії та патологічної тривоги серед індійської популяції пацієнтів із СПК становила 37,1% і 31,4% відповідно [2, 4]. Багатофакторний аналіз Midenfjord та ін. (2019), проведений за участю 769 пацієнтів, показав, що частота депресії та тривожності сягала 25,7% і 44,9% відповідно [5].

Метааналіз Zamani та ін. (2019) виявив, що пацієнти з СПК мають утричі вищий ризик розвитку патологічної тривоги та депресії порівняно зі здоровою контрольною групою [6]. Аналогічно, мережевий метааналіз Hu та ін. (2021) показав, що серед осіб із СПК частота клінічної депресії сягає 38%, а тривожних розладів – 40%, що підкреслює необхідність мультидисциплінарного підходу до curaції таких пацієнтів [7].

З іншого боку, високоцитовані дослідження зазначають доцільність призначення психофармакологічних агентів (переважно антидепресантів різних класів) у терапії ФГР як «нейромодуляторів», незалежно від формальної наявності психіатричного діагнозу. У клінічній практиці нейромодулятори найчастіше призначаються при тяжкій симптоматиці (наприклад, інтенсивному болю), супутніх тривожних станах або у випадках резистентності до терапії, спрямованої на периферійні механізми (дієта, спазмолітики, пробіотики, прокінетики). Оскільки таке лікування часто залишається поза межами офіційних показань (off-label), більшість рекомендацій базується на експертному консенсусі та клінічному досвіді провідних спеціалістів [8]. Подібна позиція певною мірою «нормалізує» уявлення про аномальні рівні психопатологічних симптомів у популяції пацієнтів із ФГР.

Таким чином, аналіз профілю психіатричної коморбідності на рівні симптоматики є важливим кроком у розв'язанні питання патопластичної взаємодії між сомато-функціональним та соматоформним аспектами ФГР.

Мета дослідження: встановити відмінності рівнів прояву тривожної та депресивної симптоматики в групах пацієнтів з функціональними гастроінтестинальними розладами та соматоформними розладами відповідного типу.

Матеріали та методи. Дослідження проведено у проспективному дизайні; набір контингенту та комплексне обстеження здійснювалися протягом 2025 року і тривають натеper.

Група дослідження 1 (ГД1) включала 21 пацієнта з діагнозом «Синдром подразненого кишечника» (МКХ-10: K58.1 – СПК з переважанням діареї; K58.2 – СПК з переважанням закреп; K58.3 – СПК, змішана форма), які проходили лікування з приводу ФГР у відділенні мультимодальної патології та/або амбулаторії Навчально-наукового медичного центру «Університетська клініка» ЗДМФУ. Середній вік склав $38,6 \pm 9,5$ року.

Група дослідження 2 (ГД2) включала 24 пацієнти з виключеними ФГР (за результатами обстеження та консультацій профільних спеціалістів), які проходили лікування на базі 5-го відділення пограничних станів КНП «Обласний клінічний заклад психоневрологічної допомоги та соціально значущих хвороб» ЗОР. До ГД2 залучалися пацієнти з неспсихотичною психопатологією (МКХ-10: F45 – «Соматоформні розлади»), у яких основними клінічними проявами були симптоми порушення функції ШКТ, аналогічні до проявів ФГР (СПК/функціональна диспепсія). Середній вік склав $35,4 \pm 8,6$ року.

Група порівняння (ГП) складалася з 49 осіб-волонтерів, які, згідно з результатами регулярних медичних оглядів, не страждають на розлади шлунково-кишкового тракту або психіки та поведінки. Середній вік – $29,6 \pm 8,5$ року.

Основним методом дослідження був клініко-психодіагностичний, а саме структуроване інтерв'ю з використанням наступних інструментів:

- Візуальна аналогова шкала (Visual Analogue Scale, VAS) [9], дубльована модифікованою шкалою обличчя Wong-Baker [10], для квантифікації рівня дистресу в діапазоні від 0 до 10.
- Індекс вісцеральної чутливості (Visceral Sensitivity Index, VSI) [11] в українській адаптації (VSI-UA) [12] для оцінки психологічної та поведінкової реакції на вісцеральний сенсорний досвід. Опитувальник містить 15 питань. Оцінка проводиться за шкалою Лайкерта [13] від 1 до 6 балів (з подальшою інверсією у значення від 5 до 0). Діапазон значень: 0–75 балів.
- Шкала тривоги Бека (Beck Anxiety Inventory, BAI) [14] для кількісного аналізу фізичних та психічних симптомів тривоги у пацієнтів з ФГР. Опитувальник містить 21 питання (шкала Лайкерта від 0 до 3 балів) [13]. Оцінка результатів відбувається шляхом прямого складання балів за питаннями, а діапазон можливих значень складає 0–63 бали. Інтерпретація: 0–7 – мінімальна тривога; 8–15 – легка тривога; 16–25 – помірна тривога; 26–63 – тяжка тривога.

Шкала депресії Бека (Beck Depression Inventory, BDI) [15] для кількісного аналізу фізичних та психічних симптомів тривоги у пацієнтів з ФГР. Опитувальник містить 21 питання (шкала Лайкерта від 0 до 3 балів) [13]. Оцінка результатів відбувається шляхом прямого складання балів за питаннями, а діапазон можливих значень складає 0–63 бали. Інтерпретація: 0–10 – відсутність депресії; 11–16 – легка депресія; 17–20 – гранична депресія; 21–30 – помірна депресія; 31–40 – тяжка депресія; 41–63 – дуже тяжка депресія.

Статистична обробка даних проводилася з використанням однофакторного дисперсійного аналізу (one-way ANOVA) з подальшим post-hoc порівнянням за тестом Тьюкі (Tukey HSD) для кількісних змінних та критерію χ^2 Пірсона для аналізу якісних ознак.

Результати і обговорення. Для оцінки загального рівня дистресу під час структурованого психодіагностичного інтерв'ю пацієнтам було запропоновано оцінити ступінь фізичного дискомфорту, пов'язаного з дисфункцією ШКТ за останні два тижні. Як референтний інструмент використано Візуальну аналогову шкалу (VAS), дубльовану модифікованою шкалою обличчя Wong-Baker. Отримані дані аналізувалися як кількісні змінні за допомогою однофакторного дисперсійного аналізу (one-way ANOVA) з подальшим post-hoc порівнянням за критерієм Тьюкі (Tukey HSD).

Аналіз міжгрупових відмінностей за показником VAS продемонстрував статистично значущий вплив групової належності: $F(2; 91) = 67,96, p < 0,01$.

Міжгрупова варіація (279,08) суттєво перевищувала внутрішньогрупову (186,84), що зумовило високий показник поясненої дисперсії: $\eta^2 = 0,60$.

Отримані результати свідчать про наявність вираженого зв'язку між належністю пацієнта до конкретної клінічної групи та суб'єктивним рівнем дистресу за шкалою VAS. Результати post-hoc аналізу наведені в таблиці 1.

Таблиця 1

Результати post-hoc аналізу (тест Тьюкі) для показника VAS між групами дослідження

Порівняння груп (I-J)	Середня різниця (Δ)	Стандартна похибка	p	95 % довірчий інтервал
ГД1-ГК	4,26*	0,37	<0,01	[3,37; 5,15]
ГД2-ГК	2,08*	0,35	<0,01	[1,23; 2,93]
ГД1-ГД2	2,17*	0,42	<0,01	[1,15; 3,19]

Примітки: ГД1 – пацієнти з СПК;
 ГД2 – пацієнти з соматоформними розладами;
 ГК – група контролю;
 * – різниця статистично значуща ($p < 0,01$).

Post-hoc аналіз продемонстрував статистично значущі відмінності між усіма досліджуваними групами. Зокрема, оцінка VAS у ГД2 була значуще вищою порівняно з ГК (середня різниця (Δ) = 2,08; 95% ДІ [1,23; 2,93]; $p < 0,01$). Ще більш виражені відмінності виявлено між ГД1 та ГК (Δ = 4,26; 95% ДІ [3,37; 5,15]; $p < 0,01$). Крім того, показники VAS у ГД1 були значуще вищими порівняно з ГД2 (Δ = 2,17; 95% ДІ [1,15; 3,19]; $p < 0,01$). Таким чином, інтенсивність суб'єктивного дистресу за шкалою VAS у групах має такий вигляд: ГД1 > ГД2 > ГК.

Далі було проведено аналіз рівнів Індекс-у вісцеральної чутливості (VSI) в українській адаптації. Результати проаналізовано за допомогою аналогічного статистичного інструментарію.

Однофакторний дисперсійний аналіз виявив статистично значущий вплив групової належності на показник VSI: $F(2; 91) = 75,01$; $p < 0,01$. Частка поясненої дисперсії становила $\eta^2 = 0,62$, що згідно з критеріями Коена свідчить про виражений (великий) ефект групового фактора. Результати post-hoc аналізу для показника VSI представлені в таблиці 2.

Таблиця 2

Результати попарних порівнянь показника VSI між групами (post-hoc тест Тьюкі)

Порівняння груп (I-J)	Середня різниця (Δ)	Стандартна похибка	p	95 % довірчий інтервал
ГД1-ГК	29,07*	2,75	< 0,01	[22,51; 35,63]
ГД2-ГК	24,24*	2,63	< 0,01	[17,97; 30,51]
ГД1-ГД2	4,82	3,15	0,28	[-2,69; 12,34]

Примітки: ГД1 – пацієнти з СПК;
 ГД2 – пацієнти з соматоформними розладами;
 ГК – група порівняння (контроль);
 * – різниця статистично значуща ($p < 0,01$).

Post-hoc аналіз із застосуванням тесту Тьюкі продемонстрував, що показники VSI у клінічних групах були статистично значуще вищими порівняно з групою порівняння. Зокрема, у групі ГД1 середнє значення VSI перевищувало показник контролю на 29,07 бала (95% ДІ [22,51; 35,63]; $p < 0,01$), а у групі ГД2 – на 24,24 бала (95% ДІ [17,97; 30,51]; p

< 0,01). Водночас статистично значущих відмінностей між групами ГД1 та ГД2 не встановлено ($p = 0,28$). Таким чином, показник VSI чітко диференціює обидві клінічні групи від ГК, однак не виявляє статистично значущих відмінностей між пацієнтами з ФГР та соматоформними розладами, принаймні у межах досліджених вибірок.

На наступному етапі проведено порівняння показників тривоги та депресії з використанням Шкали тривоги Бека (BAI) та Шкали депресії Бека (BDI). Аналіз результатів зазначених психодіагностичних методик було обмежено оцінкою частоти клінічно значущих випадків. Такий підхід зумовлений клінічною доцільністю інтерпретації показників через порогові значення, що відображають наявність симптоматики клінічного рівня, а також потенційною неоднорідністю

розподілу сумарних балів і наявністю екстремальних значень у вибірках.

Для BAI пороговим значенням було обрано 25 балів, що відповідає дихотомізації з виділенням «важкої тривоги» як клінічно значущої категорії. Для BDI пороговим значенням прийнято 31 бал, що відповідає виділенню «тяжкої депресії». Надалі проведено попарні порівняння частоти клінічно значущих випадків у групах за допомогою критерію χ^2 Пірсона. Отримані дані представлено в таблиці 3.

Таблиця 3

Попарні порівняння кількості випадків клінічно значущих проявів тривоги та депресії в контингентах дослідження

Шкала (клінічний поріг)	ГД1 (n=21) n (%)	ГД2 (n=24) n (%)	ГК (n=49) n (%)	p (ГД1-ГД2)	p (ГК-ГД1)	p (ГК-ГД2)
Тривога (BAI > 25)	16 (76,2 %)	18 (75,0 %)	9 (18,4 %)	0,92	<0,01	<0,01
Депресія (BDI > 31)	12 (57,1 %)	10 (41,7 %)	4 (8,2 %)	0,30	<0,01	<0,01

Примітка: р розраховано за критерієм χ^2 Пірсона.
ГД1 – пацієнти з СПК;
ГД2 – пацієнти з соматоформними розладами;
ГК – група контролю.

Результати якісного аналізу рівнів прояву тривоги (за BAI > 25 балів) та депресії (за BDI > 31 бал) демонструють відсутність статистично значущих міжгрупових відмінностей між ГД1 та ГД2, проте виявляють виражену диференціацію обох цих груп стосовно ГК.

Відсутність статистично значущих відмінностей між групою ГД1 (пацієнти з ФГР без формального психіатричного діагнозу) та ГД2 (пацієнти з верифікованими соматоформними розладами без ФГР) за показниками Індексу вісцеральної чутливості (VSI), рівнями тривоги (BAI) та депресії (BDI) не слід розглядати як «негативний» результат дослідження. Навпаки, отримані дані відображають клінічно релевантну конвергенцію психопатологічного навантаження в межах зазначених діагностичних категорій. Це свідчить про спільність когнітивно-афективних механізмів формування соматичних скарг у пацієнтів обох груп, незалежно від їхньої первинної нозологічної приналежності.

Водночас інтерпретація отриманих результатів потребує врахування клінічного

контексту формування вибірок. Пацієнти ГД2 залучалися на етапі, коли їхній психічний розлад уже був верифікований, що зумовлювало перебування у спеціалізованому стаціонарі. Проведені терапевтичні втручання вірогідно нівелювали гостроту психопатологічної симптоматики на момент оцінювання. Натомість учасники ГД1 включалися до дослідження до проведення спеціалізованої психіатричної оцінки та не отримували цілеспрямованої допомоги у сфері ментального здоров'я. Таким чином, пацієнти ГД2 могли демонструвати рівні симптоматики, відносно ближчі до нормативних, порівняно з природним («терапевтично-інтактним») перебігом розладу.

Попри послідовний характер набору ГД1, неможливо виключити вплив реферального зміщення (referral bias): існує ймовірність пріоритетного залучення до дослідження пацієнтів із ФГР, які демонструють вищу емоційну напруженість або поведінкову дезадаптацію. Такий механізм міг штучно підвищити представленість психопатологіч-

них проявів у цій групі порівняно із загальною популяцією пацієнтів з аналогічним соматичним статусом.

Окрему увагу слід приділити впливу актуальної безпекової ситуації. Хронічний стрес, зумовлений військовою агресією російської федерації, соціально-економічною нестабільністю та загрозою життю, є потужним чинником зростання рівнів тривоги та депресії в загальній популяції. За таких умов базовий афективний фон у клінічних вибірках може бути зміщений у бік гіперреактивності незалежно від нозологічної належності. Це створює ефект «дистресового плато», що зменшує контрастність між групами та ускладнює інтерпретацію відмінностей як суто ендегенних чи внутрішньоклінічних феноменів.

Проте виявлена аналогічність показників може свідчити про дименсійний характер взаємозв'язку між ФГР та соматоформною патологією. Сучасні дані підтверджують високу коморбідність ФГР із неспсихотичними психічними розладами, а клінічні рекомендації (Rome IV) визнають доцільність використання психофармакотерапії та психотерапії незалежно від формального діагнозу. У цьому контексті співставні рівні вісцеральної чутливості, тривоги та депресії відображають спільні патофізіологічні та когнітивно-афективні механізми («вісь кишечник-мозок»), що функціонують поза жорсткими нозологічними межами.

Варто зауважити, що обмежений обсяг вибірок знижує статистичну потужність аналізу, що підвищує ймовірність помилки другого роду (прийняття хибної нульової гіпотези). Отже, отримані результати слід трактувати як попередні. Проте за умови врахування зазначених обмежень, відсутність значущих відмінностей радше підтри-

мує гіпотезу про клінічний континуум функціональної та соматоформної симптоматики, залишаючи відкритим питання масштабів цього феномену.

Висновки. У ході дослідження проведено порівняльний аналіз рівнів загального дистресу, індексу вісцеральної чутливості, а також тривожної та депресивної симптоматики у пацієнтів із функціональними гастроінтестинальними розладами та соматоформними розладами відповідного типу.

1. Встановлено статистично значущі відмінності за візуальною аналоговою шкалою (VAS) між усіма досліджуваними групами. Оцінка VAS як у ГД1, так і в ГД2 була значуще вищою порівняно з ГК ($p < 0,01$). Показники суб'єктивного дистресу в ГД1 були значуще вищими порівняно з ГД2 ($p < 0,01$). Таким чином, за рівнем інтенсивності скарг групи розподілилися у порядку: ГД1 > ГД2 > ГК.
2. Показники індексу вісцеральної чутливості (VSI) у групах ГД1 та ГД2 були статистично значуще вищими порівняно з ГК ($p < 0,01$). Водночас статистично значущих відмінностей між ГД1 та ГД2 не встановлено ($p = 0,28$). Це свідчить про те, що показник VSI надійно диференціює клінічні групи від норми, проте вказує на подібність механізмів вісцеральної тривоги у пацієнтів із ФГР та соматоформними розладами.
3. За результатами якісного аналізу рівнів прояву тривоги ($BAI > 25$ балів) та депресії ($BDI > 31$ бал) встановлено відсутність значущих міжгрупових відмінностей для ГД1 та ГД2, проте виявлено статистично значущі відмінності при їх порівнянні з ГК.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ / REFERENCES

1. Goodoory VC, Ng CE, Black CJ, Ford AC. Impact of Rome IV irritable bowel syndrome on work and activities of daily living. *Aliment Pharmacol Ther.* 2022 Sep;56(5):844-856. <https://doi.org/10.1111/apt.17132>
2. Lee HS. Irritable Bowel Syndrome or Psychiatric Disorders: Which Comes First? *J Neurogastroenterol Motil.* 2022 Jul 30;28(3):335-336. <https://doi.org/10.5056/jnm22065>
3. Zhang QE, Wang F, Qin G, Zheng W, Ng CH, Ungvari GS, et al. Depressive symptoms in patients with irritable bowel syndrome: a meta-analysis of comparative studies. *Int J Biol Sci.* 2018 Sep 6;14(11):1504-1512. <https://doi.org/10.7150/ijbs.25001>
4. Kabra N, Nadkarni A. Prevalence of depression and anxiety in irritable bowel syndrome: A clinic based study from India. *Indian J Psychiatry.* 2013 Jan;55(1):77-80. <https://doi.org/10.4103/0019-5545.105520>
5. Midenfjord I, Polster A, Sjövall H, Törnblom H, Simréén M. Anxiety and depression in irritable bowel syndrome: Exploring the interaction with other symptoms and pathophysiology using multivariate analyses. *Neurogastroenterol Motil.* 2019 Aug;31(8):e13619. <https://doi.org/10.1111/nmo.13619>
6. Zamani M, Alizadeh-Tabari S, Zamani V. Systematic review with meta-analysis: the prevalence of anxiety and depression in patients with irritable bowel syndrome. *Aliment Pharmacol Ther.* 2019 Jul;50(2):132-143. <https://doi.org/10.1111/apt.15325>
7. Hu Z, Li M, Yao L, Wang Y, Wang E, Yuan J, et al. The level and prevalence of depression and anxiety among patients with different subtypes of irritable bowel syndrome: a network meta-analysis. *BMC Gastroenterol.* 2021 Jan 21;21(1):23. <https://doi.org/10.1186/s12876-020-01593-5>
8. Drossman DA, Tack J, Ford AC, Szigethy E, Törnblom H, Van Oudenhove L, et al. Neuromodulators for Functional Gastrointestinal Disorders (Disorders of Gut-Brain Interaction): A Rome Foundation Working Team Report. *Gastroenterology.* 2018 Mar;154(4):1140-1171.e1. <https://doi.org/10.1053/j.gastro.2017.11.279>
9. Aitken RC. Measurement of feelings using visual analogue scales. *Proc R Soc Med.* 1969 Oct;62(10):989-993. <https://doi.org/10.1177/003591576906201005>
10. Wong DL, Hockenberry-Eaton M, Wilson D, Winkelstein ML, Schwartz P. *Wong's Essentials of Pediatric Nursing.* 6th ed. St. Louis: Mosby, Inc.; 2001. 1248 p.
11. Labus JS, Bolus R, Chang L, Wiklund I, Naesdal J, Mayer EA, et al. The Visceral Sensitivity Index: Development and validation of a gastrointestinal symptom-specific anxiety scale. *Aliment Pharmacol Ther.* 2004 Jul;20(1):89-97. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2036.2004.02007.x>
12. Neverovskiy A, Shypulin V, Mikhnova N. Translation and validation of the Ukrainian version of the visceral sensitivity index for patients with irritable bowel syndrome. *Prz Gastroenterol.* 2023;18(3):313-319. <https://doi.org/10.5114/pg.2023.131391>
13. Likert R. A technique for the measurement of attitudes. *Arch Psychol.* 1932;140:5-55.
14. Beck AT, Epstein N, Brown G, Steer RA. An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. *J Consult Clin Psychol.* 1988 Dec;56(6):893-897. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0022-006X.56.6.893>
15. Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J. An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry.* 1961 Jun;4(6):561-571. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1961.01710120031004>

АВТОРСЬКА ДОВІДКА / INFORMATION ABOUT AUTHORS

• Городокін Антон Дмитрович

Доктор філософії (PhD), асистент кафедри психіатрії, психотерапії та медичної психології Запорізького державного медико-фармацевтичного університету
Адреса: вул. Седова, 31, м. Запоріжжя, Україна, 69061
Тел.: +380950484022
E-mail: antongorodokin@gmail.com

• Horodokin Anton Dmytrovych

PhD, Assistant at the Department of Psychiatry, Psychotherapy, and Medical Psychology, Zaporizhzhia State Medical and Pharmaceutical University
Address: 31 Siedova St, Zaporizhzhia, 69061, Ukraine
Tel.: +38 095 048 40 22
E-mail: antongorodokin@gmail.com

Отримано / Received 09.02.2026

Рецензовано / Revised 16.02.2026

Прийнято до друку / Accepted 23.02.2026

У разі виникнення питань до автора статті, звертайтеся до редакції журналу info@ujmh.net