

матеріалів. Діаскінтест придатний до застосування протягом 2 років після випуску за умови зберігання і транспортування при температурному режимі від 2 до 8 градусів Цельсія. Заборонено заморожувати розчин Діаскінтест. Після розкриття флакона розчин можна використовувати протягом 2 годин. Після закінчення терміну придатності препарат Діаскінтест слід утилізувати.

Список літератури

1. Зозуляк В. І. Фтизіатрія. / В. І. Зозуляк. - Івано-Франківськ. – 2000, 100 с.
2. Перельман М. И. Туберкулез. Учебник для студентов мед. институтов. / М. И. Перельман. - М.: - 1990.
3. Пилипчук Н. С. Туберкулез / Н. С. Пилипчук. М. - 1998.
4. Петренко В. І. Фтизіатрія / В. І. Петренко. - Вінниця: Нова книга, - 2006, 504 с.
5. Савула М. М. Туберкульоз / М. М. Савула, О. Я. Ладний. - Тернопіль: Укрмедкнига. – 1998, 324 с.
6. Фещенко Ю. І. Сучасні методи в діагностиці туберкульозу / Ю. І. Фещенко, В. М. Мельник. - К.: Здоров'я, - 2002.
7. Фещенко Ю. І. Організація протитуберкульозної допомоги населенню / Ю. І. Фещенко, В. М. Мельник. – К.: Здоров'я, - 2006, 654 с.
8. Циганенко А. Я. Фтизіатрія / А. Я. Циганенко, С. І. Зайцева. - Харків: Факт, - 2004, 390 с.

Реферати

АКТУАЛЬНОСТЬ ДИАГНОСТИКИ ТУБЕРКУЛЕЗА НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ

Билаш С. М., Ильченко В. И., Вородюхина А. К., Халимон Л. Н., Ерошенко Г. А.

В Украине эпидемия туберкулеза. С целью выявления инфицированных, выража туберкулиновых проб, отбора на ревакцинацию и диагностику поствакцинальной и постинфекционной аллергии применяется туберкулинодиагностика. На современном этапе пробу Манту с 2ТЕ вытесняет диаскинест или внутрикожный тест с аллергеном туберкулезным рекомбинантным.

Ключевые слова: туберкулинодиагностика, диаскинест.

Стаття надійшла 24.01.2014 р.

THE URGENCY OF TB DIAGNOSIS AT THE PRESENT STAGE

Bilash S., Ilchenko V., Voroduhina A.K., Halimon L.N., Yeroshenko G.A.

In Ukraine, the epidemic of tuberculosis. In order to detect infected, bend tuberculin tests, selection on the booster and diagnosis of post-vaccination and post-infectious allergies applies tuberculin diagnostics. At the present stage the Mantoux test with 2TE displaces Diaskintest or intracutaneous test with the allergen recombinant tuberculosis.

Key words: tuberculinodiagnostic, Diaskintest.

Рецензент Катрушов О.В.

УДК 616.89-008.47:616.831-001.31

Д. Н. Волошина

Харківський національний університет ім. В.Н.Каразіна,

ДУ "Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України", м. Харків

ИНФОРМАТИВНОСТЬ ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИХ СИМПТОМОВ У ХВОРИХ З НАСЛІДКАМИ ЧЕРЕПНО-МОЗКОВИХ ТРАВМ

За допомогою опитувальника виразності психопатологічної симптоматики Derogatis, обстежено: 39 пацієнтів з іншими (окрім деменції, амнестичного синдрому та делірію) психічними розладами, спричиненими ЧМТ (шифр діагнозу F06 за МКХ-10); 61 пацієнт з розладами особистості та поведінки внаслідок ЧМТ (шифр діагнозу F07 за МКХ-10), а також 73 практично здорові особи. Дані оброблені методами математичної статистики (дисперсійний аналіз). Для всіх ознак, що вивчались, розраховані діагностичні коефіцієнти (ДК) та міри інформативності Кульбака (МІ). Визначено інформативність, а також діагностичну (диференціально-діагностичну) значущість психопатологічних симптомів наслідків ЧМТ, що створило необхідні передумови для їхнього використання у строго формальних діагностичних процедурах (типу послідовної процедури Вальда), комп'ютерна реалізація яких є основою сучасних медичних експертних систем. Запропоновано дослідити інформативність та діагностичну значущість показників: адиктивного статусу та якості життя хворих з наслідками ЧМТ з метою розробки комплексної діагностики та диференціальної діагностики психічних та поведінкових розладів у пацієнтів цієї категорії.

Ключові слова: черепно-мозкові травми, психопатологічна симптоматика, діагностична значущість.

Робота є фрагментом НДР «Изучение вопросов психодиагностики, этиопатогенеза, клинических особенностей, течения, профилактики и лечения коморбидных психических и поведенческих расстройств» (№ держреєстрації 0113U001081).

Черепно-мозкова травма (ЧМТ) займає одне з провідних місць серед інших різновидів патологій головного мозку. Найчастіше вона уражає осіб молодого, працездатного віку [4, 8]. Механічне пошкодження головного мозку запускає складний каскад порушень церебральної фізіології та метаболізму й супроводжується численними соматичними, неврологічними, психічними та поведінковими проявами.

Спектр психічних та поведінкових розладів при ЧМТ охоплює практично всі відомі розділи психопатології: від синдромів порушеної свідомості безпосередньо після травми, до різноманітної симптоматики віддаленого періоду, які, внаслідок своєї тривалості й стійкості, набувають особливого

значення [1]. Відомими ознаками віддалених наслідків ЧМТ є швидка стомлюваність, зміни особистості, синдроми, пов'язані з органічним ураженням мозку. Зміни особистості виступають у вигляді характерних рис з нестійкістю настрою, проявами драгівливості, агресивності, афективності, ознаками загальної брадіфренії при ослабленні критичних здібностей. Зміни особистості являють собою своєрідну вторинну органічну психопатизацію з ослабленням інтелектуально-мнестичних функцій. До віддалених наслідків закритих травм черепа належать такі психічні порушення, як астеничний синдром, короткочасні розлади свідомості, епілептиформні випадки, порушення пам'яті, іпохондричні розлади. При наявності додаткового впливу психогенного або екзогенно-токсичного характеру можуть розвиватися травматичні психози, у клінічній картині яких переважають афективні та галюцинаторно-маячні синдроми [1].

Ефективність психопатологічного методу для діагностики функціонального стану мозку, прогнозування результатів та розробки нових підходів до лікування та реабілітації хворих була показана в численних дослідженнях пацієнтів з тяжкою ЧМТ та її наслідками [1, 3]. Разом із тим, діагностичні експертні системи, що ґрунтуються на комп'ютерних технологіях, і які дедалі ширше впроваджуються в світову психіатричну практику, для свого ефективного функціонування потребують строго формального підходу з чітким кількісним визначенням інформативності, а також діагностичної (диференціально-діагностичної) значущості кожного симптому, кожної клінічної обставини.

Метою роботи було визначення інформативності, а також діагностичної значущості психопатологічних симптомів, що зустрічаються у хворих з різними наслідками черепно-мозкових травм.

Матеріал та методи дослідження. На базі відділу невідкладної психіатрії та наркології ДУ "Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України" (м. Харків) та КЗОЗ "Харківська обласна клінічна психіатрична лікарня лікарня №3" було обстежено 100 пацієнтів чоловічої статі середнім віком $38,35 \pm 0,96$ років з різними психопатологічними наслідками ЧМТ, що утворювали дві групи. Група I складалась з 39 пацієнтів з іншими (окрім деменції, амнестичного синдрому та делірію) психічними розладами, спричиненими ЧМТ (шифр діагнозу за МКХ-10 - F06). Група II складалась з 61 пацієнта з розладами особистості та поведінки внаслідок ЧМТ (шифр діагнозу за МКХ-10 - F07). Контрольну групу (група III) склали 73 здорові особи також чоловічої статі і порівняного віку $36,97 \pm 1,73$ років.

Кількісну оцінку ступеню виразності наявної у обстежених осіб психопатологічних проявів здійснювали за допомогою опитувальника виразності психопатологічної симптоматики Derogatis [7-10]. Результати, одержані за допомогою опитувальника Derogatis, інтерпретувалися на трьох рівнях: загальна виразність психопатологічної симптоматики, виразність психопатологічної симптоматики за окремими шкалами, а також виразність окремих психопатологічних симптомів.

Визначення діагностичних (диференціально-діагностичних) властивостей проявів психопатології (оцінок за шкалами опитувальника Derogatis та виразності окремих психопатологічних симптомів, що їх складають) в якості маркерів відповідних наслідків черепно-мозкових травм здійснювалось шляхом зіставлення їхніх частот у відповідних парах груп порівняння з подальшими розрахунками мір діагностичної (диференціально-діагностичної) значущості - діагностичних коефіцієнтів (ДК) та мір інформативності Кульбака (MI) [2] для кожного симптому. Вибір пар груп порівняння визначався одним з чотирьох розглянутих діагностичних (диференціально-діагностичних) завдань, для розв'язання яких здійснювалось визначення маркерів, а саме: - для визначення діагностичних маркерів інших (окрім деменції, амнестичного синдрому та делірію) психічних розладів внаслідок ЧМТ використовувалась пара "хворі з розладами F06 та здорові особи"; - для визначення діагностичних маркерів розладів особистості та поведінки внаслідок ЧМТ - пара "хворі з розладами F07 та здорові особи"; - для визначення діагностичних маркерів будь-яких розладів особистості та поведінки внаслідок ЧМТ - пара "хворі з розладами F06 + F07 та здорові особи" й, нарешті; - для визначення диференціально-діагностичних маркерів інших (окрім деменції, амнестичного синдрому та делірію) психічних розладів внаслідок ЧМТ у порівнянні з розладами особистості та поведінки внаслідок ЧМТ - пара "хворі з розладами F06 та хворі з розладами F07".

При складанні діагностичних таблиць, виявлені ознаки розташовувалися в порядку зменшення їхньої інформативності. Обробка даних здійснювалась методами математичної статистики (дисперсійний аналіз) (Гублер Е.В., 1978; Лапач С.Н. и др., 2000) [2, 5] на ПЕОМ за допомогою програм "SPSS 15.0" та "Excel" (з пакету "Microsoft Office 2010").

Результати дослідження та їх та обговорення. В результаті проведеного аналізу оцінок психопатологічної симптоматики за шкалами опитувальника Derogatis, були визначені маркери психічних розладів спричинених ЧМТ для розв'язання всіх чотирьох згаданих вище діагностичних (диференціально-діагностичних) завдань (табл. 1).

Було встановлено, що маркерами наявності інших (окрім деменції, амнестичного синдрому та делірію) психічних розладів, спричинених ЧМТ (шифр діагнозу F06 за МКХ-10) за шкалами опитувальника Derogatis (в порядку зменшення інформативності) є (табл. 1): обесивність-компульсивність $>1,00$ бала (ДК=-16,87; MI=5,51); паранояльність $>1,00$ бала (ДК=-16,70; MI=5,24); депресія $>0,75$ балів (ДК=-14,34; MI=5,13); показник додаткової шкали $>1,25$ балів (ДК=-15,94; MI=4,18); ворожість $>1,25$ балів (ДК=-15,73; MI=3,93); тривожність $>0,50$ балів (ДК=-11,33; MI=3,90); $>0,50$ балів (ДК=-9,01; MI=3,43); психотизм $>0,25$

балів (ДК=-9,32; МІ=3,38); міжособистісна сенситивність >0,75 балів (ДК=-9,04; МІ=3,04); фобічна тривожність >0,25 балів (ДК=-7,19; МІ=2,09) і, нарешті, соматизація >0,75 балів (ДК=-5,90; МІ=1,52).

Таблиця 1

Оцінки психопатологічної симптоматики за шкалами опитувальника Derogatis, як діагностичні маркери психічних розладів, спричинених ЧМТ. Наведено лише достовірні маркери (p<0,05)

№	Шкала опитувальника Derogatis	Оцінка за шкалою, балів	ДК	МІ
Діагностичні маркери наявності розладів F06 (одержані у порівнянні із здоровими)				
1	О-С (обсесивність-компульсивність)	>1,00	-16,87	5,51
2	PAR (паранояльність)	>1,00	-16,70	5,24
3	DEP (депресія)	>0,75	-14,34	5,13
4	ADD (додаткова)	>1,25	-15,94	4,18
5	HOS (ворожість)	>1,25	-15,73	3,93
6	ANX (тривожність)	>0,50	-11,33	3,90
7	GSI (загальна виразн. психопатол. симптомат.)	>0,50	-9,01	3,43
8	PSY (психотизм)	>0,25	-9,32	3,38
9	INT (міжособистісна сенситивність)	>0,75	-9,04	3,04
10	PHOV (фобічна тривожність)	>0,25	-7,19	2,09
11	SOM (соматизація)	>0,75	-5,90	1,52
Діагностичні маркери наявності розладів F07 (одержані у порівнянні із здоровими)				
1	PAR (паранояльність)	>1,00	-16,09	4,38
2	ANX (тривожність)	>0,50	-11,39	3,98
3	HOS (ворожість)	>1,25	-15,69	3,88
4	О-С (обсесивність-компульсивність)	>1,00	-15,40	3,56
5	GSI (загальна виразн. психопатол. симптомат.)	>0,50	-8,82	3,21
6	ADD (додаткова)	>1,00	-14,76	2,92
7	DEP (депресія)	>0,50	-8,38	2,70
8	INT (міжособистісна сенситивність)	>0,75	-8,56	2,54
9	PSY (психотизм)	>0,25	-8,13	2,14
10	PHOV (фобічна тривожність)	>0,25	-5,83	1,13
11	SOM (соматизація)	>0,75	-5,20	1,07
Діагностичні маркери наявності розладів F06 та F07 разом (одержані у порівнянні із здоровими)				
1	PAR (паранояльність)	>1,00	-16,34	4,71
2	О-С (обсесивність-компульсивність)	>1,00	-16,04	4,30
3	DEP (депресія)	>0,75	-13,75	4,28
4	ANX (тривожність)	>0,50	-11,36	3,95
5	HOS (ворожість)	>1,25	-15,71	3,90
6	ADD (додаткова)	>1,00	-15,35	3,50
7	GSI (загальна виразн. психопатол. симптомат.)	>0,50	-8,90	3,29
8	INT (міжособистісна сенситивність)	>0,75	-8,76	2,73
9	PSY (психотизм)	>0,25	-8,63	2,61
10	PHOV (фобічна тривожність)	>0,25	-6,41	1,49
11	SOM (соматизація)	>0,75	-5,49	1,24
Диференціально-діагностичні маркери наявності розладів F06 (одержані у порівнянні із F07)				
1	INT (міжособистісна сенситивність)	>2,00	-11,49	1,23
2	О-С (обсесивність-компульсивність)	>2,00	-10,39	0,85
3	DEP (депресія)	>1,25	-4,95	0,78
4	PAR (паранояльність)	>2,00	-7,96	0,69
5	SOM (соматизація)	>1,50	-4,95	0,69
6	GSI (загал. виразн. психопатол. симптомат.)	>1,50	-5,74	0,65
7	PSY (психотизм)	>0,50	-3,52	0,58
8	ADD (додаткова)	>1,75	-5,37	0,54
9	ANX (тривожність)	>1,75	-4,95	0,52
10	PHOV (фобічна тривожність)	>0,50	-2,36	0,28

Примітки: ДК – діагностичний коефіцієнт; МІ – міра інформативності Кульбака.

Маркерами наявності розладів особистості та поведінки внаслідок ЧМТ (шифр діагнозу F07 за МКХ-10) за шкалами опитувальника Derogatis (в порядку зменшення інформативності) є (табл. 1): паранояльність >1,00 бала (ДК=-16,09; МІ=4,38); тривожність >0,50 балів (ДК=-11,39; МІ=3,98); ворожість >1,25 балів (ДК=-15,69; МІ=3,88); обсесивність-компульсивність >1,00 бала (ДК=-15,40; МІ=3,56); загальна виразність психопатологічної симптоматики >0,50 балів (ДК=-8,82; МІ=3,21); показник додаткової шкали >1,00 бала (ДК=-14,76; МІ=2,92); депресія >0,50 балів (ДК=-8,38; МІ=2,70); міжособистісна сенситивність >0,75 балів (ДК=-8,56; МІ=2,54); психотизм >0,25 балів (ДК=-8,13; МІ=2,14); фобічна тривожність >0,25 балів (ДК=-5,83; МІ=1,13) і, нарешті, соматизація >0,75 балів (ДК=-5,20; МІ=1,07).

Маркерами наявності наслідків черепно-мозкових травм (шифри діагнозів F06 та F07 за МКХ-10) за шкалами опитувальника Derogatis (в порядку зменшення інформативності) є (табл. 1): паранояльність >1,00 бала (ДК=-16,34; МІ=4,71); obsесивність-компульсивність >1,00 бала (ДК=-16,04; МІ=4,30); депресія >0,75 балів (ДК=-13,75; МІ=4,28); тривожність >0,50 балів (ДК=-11,36; МІ=3,95); ворожість >1,25 балів (ДК=-15,71; МІ=3,90); показник додаткової шкали >1,00 балів (ДК=-15,35; МІ=3,50); загальна виразність психопатологічної симптоматики >0,50 балів (ДК=-8,90; МІ=3,29); міжособистісна сенситивність >0,75 балів (ДК=-8,76; МІ=2,73); психотизм >0,25 балів (ДК=-8,63; МІ=2,61); фобічна тривожність >0,25 балів (ДК=-6,41; МІ=1,49); а також соматизація >0,75 балів (ДК=-5,49; МІ=1,24).

Маркерами диференціальної діагностики наслідків черепно-мозкових травм (шифри діагнозів F06 та F07 за МКХ-10) (в порядку зменшення інформативності) виявились (табл. 1): міжособистісна сенситивність >2,00 балів (ДК=-11,49; МІ=1,23); obsесивність-компульсивність >2,00 балів (ДК=-10,39; МІ=0,85); депресія >1,25 балів (ДК=-4,95; МІ=0,78); паранояльність >2,00 балів (ДК=-7,96; МІ=0,69); соматизація >1,50 балів (ДК=-4,95; МІ=0,69); загальна виразність психопатологічної симптоматики >1,50 балів (ДК=-5,74; МІ=0,65); психотизм >0,50 балів (ДК=-3,52; МІ=0,58); показник додаткової шкали >1,75 балів (ДК=-5,37; МІ=0,54); тривожність >1,75 балів (ДК=-4,95; МІ=0,52); а також фобічна тривожність >0,50 балів (ДК=-2,36; МІ=0,28).

Таблиця 2

Оцінки виразності окремих психопатологічних симптомів (за Derogatis), як діагностичні маркери розладів F06 та F07. Найбільш інформативні маркери (в порядку зменшення інформативності)

№	Симптом	Виразність, балів	ДК	МІ
Діагностичні маркери наявності розладів F06 (одержані у порівнянні із здоровими)				
1	Відчуття напруженості або збудженості	≥2	-17,04	5,78
2	Неспокійний і тривожний сон	≥2	-16,70	5,24
3	Повторювані неприємні настирливі думки	≥2	-16,52	4,97
4	Надмірне занепокоєння з різних приводів	≥2	-15,94	4,18
5	Те, що вам важко заснути	≥2	-15,73	3,93
6	Несподіваний і безпричинний страх	≥2	-15,51	3,67
7	Почуття страху	≥2	-15,51	3,67
8	Відчуття, що інші спостерігають за вами або говорять про вас	≥2	-15,51	3,67
9	Втрата сексуального потягу або задоволення	≥1	-11,02	3,51
10	Те, що ви легко губите думку	≥2	-15,28	3,42
11	Думки про те, що з вашим розумом діється щось недобре	≥1	-11,75	3,37
12	Імпульси ламати або троцяти що-небудь	≥2	-15,03	3,17
13	Те, що ваші почуття легко зачепити	≥2	-10,05	3,13
14	Тремтіння	≥2	-14,48	2,69
15	Почуття, що все, що б ви не робили, вимагає більших зусиль	≥2	-14,48	2,69
16	Відчуття, що з вами відбудеться щось погане	≥2	-14,48	2,69
17	Відчуття, що люди зловживуть вашою довірою, якщо їм дозволити	≥2	-12,27	2,66
18	Подавлений настрій, "туга"	≥2	-10,13	2,58
19	Проблеми з пам'яттю	≥2	-8,92	2,49
20	Відчуття, що майбутнє безнадійно	≥2	-12,02	2,45
Діагностичні маркери наявності розладів F06 (одержані у порівнянні із здоровими)				
1	Відчуття напруженості або збудженості	≥2	-17,21	6,09
2	Те, що вам важко заснути	≥2	-16,09	4,38
3	Те, що ви легко губите думку	≥2	-15,55	3,72
4	Неспокійний і тривожний сон	≥2	-15,55	3,72
5	Відчуття, що люди зловживуть вашою довірою, якщо їм дозволити	≥2	-12,95	3,33
6	Те, що ваші почуття легко зачепити	≥2	-10,02	3,11
7	Відчуття, що майже у всіх ваших неприємностях винуваті інші	≥2	-14,76	2,92
8	Надмірне занепокоєння з різних приводів	≥2	-14,76	2,92
9	Безсоння вранці	≥2	-14,58	2,77
10	Головний біль	≥2	-7,77	2,65
11	Те, що ви кричите й шпурляєтеся речами	≥2	-14,40	2,62
12	Те, що вам важко зосередитися	≥2	-12,08	2,51
13	Легко виникаюча прикрість або роздратування	≥3	-14,20	2,46
14	Подавлений настрій, "туга"	≥2	-9,94	2,42
15	Імпульси ламати або троцяти що-небудь	≥2	-14,00	2,31
16	Проблеми з пам'яттю	≥2	-8,68	2,28
17	Почуття, що більшості людей не можна довіряти	≥2	-7,66	2,03
18	Вибуху гніву, які ви не змогли стримати	≥2	-7,11	2,02
19	Імпульси заподіювати тілесні ушкодження або шкода кому-небудь	≥2	-10,99	1,74
20	Почуття, що все, що б ви не робили, вимагає більших зусиль	≥2	-13,08	1,73
Примітки: ДК – діагностичний коефіцієнт; МІ – міра інформативності Кульбака.				

Аналогічним чином було проведено оцінку діагностичної (диференціально-діагностичної) значущості окремих психопатологічних симптомів, що враховуються опитувальником Derogatis (табл. 2). Було встановлено, що маркерами наявності інших (окрім деменції, амнестичного синдрому та делірію) психічних розладів, спричинених ЧМТ (шифр діагнозу F06 за МКХ-10) є (табл. 2): відчуття напруженості або збудженості ≥ 2 балів (ДК=-17,04; МІ=5,78); неспокійний і тривожний сон ≥ 2 балів (ДК=-16,70; МІ=5,24); повторювані неприємні настирливі думки ≥ 2 балів (ДК=-16,52; МІ=4,97); надмірне занепокоєння з різних приводів ≥ 2 балів (ДК=-15,94; МІ=4,18); те, що вам важко заснути ≥ 2 балів (ДК=-15,73; МІ=3,93); несподіваний і безпричинний страх ≥ 2 балів (ДК=-15,51; МІ=3,67); очуття страху ≥ 2 балів (ДК=-15,51; МІ=3,67) та відчуття, що інші спостерігають за вами або говорять про вас ≥ 2 балів (ДК=-15,51; МІ=3,67).

Далі слідує: втрата сексуального потягу або задоволення ≥ 1 балів (ДК=-11,02; МІ=3,51); те, що ви легко губите думку ≥ 2 балів (ДК=-15,28; МІ=3,42); думки про те, що з вашим розумом діється щось недобре ≥ 1 балів (ДК=-11,75; МІ=3,37); імпульси ламати або трощити що-небудь ≥ 2 балів (ДК=-15,03; МІ=3,17); те, що ваші почуття легко зачепити ≥ 2 балів (ДК=-10,05; МІ=3,13); тремтіння ≥ 2 балів (ДК=-14,48; МІ=2,69); почуття, що все, що б ви не робили, вимагає більших зусиль ≥ 2 балів (ДК=-14,48; МІ=2,69); відчуття, що з вами відбудеться щось погане ≥ 2 балів (ДК=-14,48; МІ=2,69); відчуття, що люди зловживуть вашою довірою, якщо їм дозволити ≥ 2 балів (ДК=-12,27; МІ=2,66); подавлений настрій, "туга" ≥ 2 балів (ДК=-10,13; МІ=2,58); проблеми з пам'яттю ≥ 2 балів (ДК=-8,92; МІ=2,49); відчуття, що майбутнє безнадійно ≥ 2 балів (ДК=-12,02; МІ=2,45).

Також було встановлено, що маркерами наявності розладів особистості та поведінки внаслідок ЧМТ (шифр діагнозу F07 за МКХ-10) є (табл. 2): відчуття напруженості або збудженості ≥ 2 балів (ДК=-17,21; МІ=6,09); те, що вам важко заснути ≥ 2 балів (ДК=-16,09; МІ=4,38); те, що ви легко губите думку ≥ 2 балів (ДК=-15,55; МІ=3,72); неспокійний і тривожний сон ≥ 2 балів (ДК=-15,55; МІ=3,72); відчуття, що люди зловживуть вашою довірою, якщо їм дозволити ≥ 2 балів (ДК=-12,95; МІ=3,33); те, що ваші почуття легко зачепити ≥ 2 балів (ДК=-10,02; МІ=3,11); відчуття, що майже у всіх ваших неприємностях винуваті інші ≥ 2 балів (ДК=-14,76; МІ=2,92); надмірне занепокоєння з різних приводів ≥ 2 балів (ДК=-14,76; МІ=2,92); безсоння вранці ≥ 2 балів (ДК=-14,58; МІ=2,77); головний біль ≥ 2 балів (ДК=-7,77; МІ=2,65); те, що ви кричите й шпурляєтеся речами ≥ 2 балів (ДК=-14,40; МІ=2,62); те, що вам важко зосередитися ≥ 2 балів (ДК=-12,08; МІ=2,51); легко виникаюча прикрість або роздратування ≥ 3 балів (ДК=-14,20; МІ=2,46); подавлений настрій, "туга" ≥ 2 балів (ДК=-9,94; МІ=2,42); імпульси ламати або трощити що-небудь ≥ 2 балів (ДК=-14,00; МІ=2,31); проблеми з пам'яттю ≥ 2 балів (ДК=-8,68; МІ=2,28); почуття, що більшості людей не можна довіряти ≥ 2 балів (ДК=-7,66; МІ=2,03); вибуху гніву, які ви не змогли стримати ≥ 2 балів (ДК=-7,11; МІ=2,02); імпульси заподіювати тілесні ушкодження або шкода кому-небудь ≥ 2 балів (ДК=-10,99; МІ=1,74); почуття, що все, що б ви не робили, вимагає більших зусиль ≥ 2 балів (ДК=-13,08; МІ=1,73).

Аналогічним чином було показано, що маркерами наявності наслідків черепно-мозкових травм (шифри діагнозів F06 та F07 за МКХ-10) є (табл. 3): відчуття напруженості або збудженості ≥ 2 балів (ДК=-17,15; МІ=5,97); неспокійний і тривожний сон ≥ 2 балів (ДК=-16,04; МІ=4,30); те, що вам важко заснути ≥ 2 балів (ДК=-15,96; МІ=4,20); те, що ви легко губите думку ≥ 2 балів (ДК=-15,45; МІ=3,60); надмірне занепокоєння з різних приводів ≥ 2 балів (ДК=-15,26; МІ=3,41); те, що ваші почуття легко зачепити ≥ 2 балів (ДК=-10,03; МІ=3,12); відчуття, що люди зловживуть вашою довірою, якщо їм дозволити ≥ 2 балів (ДК=-12,70; МІ=3,06); відчуття, що майже у всіх ваших неприємностях винуваті інші ≥ 2 балів (ДК=-14,43; МІ=2,64); безсоння вранці ≥ 2 балів (ДК=-14,43; МІ=2,64); імпульси ламати або трощити що-небудь ≥ 2 балів (ДК=-14,43; МІ=2,64); те, що вам важко зосередитися ≥ 2 балів (ДК=-12,06; МІ=2,49); головний біль ≥ 2 балів (ДК=-7,61; МІ=2,48); подавлений настрій, "туга" ≥ 2 балів (ДК=-10,02; МІ=2,48); почуття страху ≥ 2 балів (ДК=-14,20; МІ=2,46); несподіваний і безпричинний страх ≥ 2 балів (ДК=-14,07; МІ=2,37); проблеми з пам'яттю ≥ 2 балів (ДК=-8,78; МІ=2,36); втрата сексуального потягу або задоволення ≥ 1 балів (ДК=-9,77; МІ=2,27); почуття, що все, що б ви не робили, вимагає більших зусиль ≥ 2 балів (ДК=-13,68; МІ=2,10); те, що ви кричите й шпурляєтеся речами ≥ 2 балів (ДК=-13,68; МІ=2,10); думки про те, що з вашим розумом діється щось недобре ≥ 1 балів (ДК=-10,30; МІ=2,05).

Нарешті, маркерами диференціальної діагностики наслідків черепно-мозкових травм (шифри діагнозів F06 та F07 за МКХ-10) виявились (табл. 3): те, що ви чуєте голоси, яких не чують інші ≥ 2 балів (ДК=-12,73; МІ=1,85); відчуття незручності, коли люди спостерігають за вами або говорять про вас ≥ 3 балів (ДК=-11,94; МІ=1,43); наявність у вас ідей або вірувань, які не розділяють інші ≥ 3 балів (ДК=-9,35; МІ=1,16); тремтіння ≥ 3 балів (ДК=-10,97; МІ=1,04); відчуття, що ви гірше інших ≥ 2 балів (ДК=-6,41; МІ=0,89); оніміння або поколювання в різних частинах тіла ≥ 3 балів (ДК=-7,59; МІ=0,88).

Далі слідує: відчуття, що інші спостерігають за вами або говорять про вас ≥ 2 балів (ДК=-5,19; МІ=0,88); думки про те, що з вашим тілом щось не в порядку ≥ 3 балів (ДК=-10,39; МІ=0,85); те, що у вас у голові чужі думки ≥ 1 балів (ДК=-5,62; МІ=0,73); відчуття, що інші проникають у ваші думки ≥ 1 балів (ДК=-5,25; МІ=0,71); ваша недбалість або неохайність ≥ 2 балів (ДК=-6,34; МІ=0,69); відчуття, що з вами

відбудеться щось погане ≥ 3 балів (ДК=-5,74; МІ=0,65); надмірне занепокоєння з різних приводів ≥ 3 балів (ДК=-5,92; МІ=0,57); головний біль ≥ 4 балів (ДК=-7,38; МІ=0,54); проблеми з пам'яттю ≥ 4 балів (ДК=-7,38; МІ=0,54); відчуття, що майбутнє безнадійно ≥ 3 балів (ДК=-4,95; МІ=0,52); думки про смерті ≥ 2 балів (ДК=-4,95; МІ=0,52); нервозність або внутрішнє тремтіння ≥ 4 балів (ДК=-8,93; МІ=0,50); нудота або розлад шлунку ≥ 3 балів (ДК=-8,93; МІ=0,50); вага в кінцівках ≥ 3 балів (ДК=-8,93; МІ=0,50).

Аналіз наведених даних свідчить про те, що діагностична цінність (виражена в ДК) та інформативність (виражена в МІ) окремих психопатологічних симптомів (за Derogatis) є цілком зіставною, а в ряді випадків, навіть, вищою, ніж діагностична цінність та інформативність оцінок за шкалами опитувальника Derogatis, що включають ці симптоми як складові й комплексно ураховують.

Так, наприклад, при діагностиці будь-яких з проаналізованих наслідків ЧМТ: діагностична значущість та інформативність симптому "відчуття напруженості або збудженості" перевищували відповідні показники шкал "паранояльність" або "обсесивність та компульсивність"; симптому "неспокійний і тривожний сон" – шкали "депресія", а симптом "важкість засинання" – шкал "тривожність" або "ворожість" (табл. 1, 3).

Таблиця 3

Двадцять найбільш інформативних маркерів (в порядку зменшення інформативності)

№	Симптом	Виразність, балів	ДК	МІ
Діагностичні маркери наявності розладів F06 та F07 разом (одержані у порівнянні із здоровими)				
1	Відчуття напруженості або збудженості	≥ 2	-17,15	5,97
2	Неспокійний і тривожний сон	≥ 2	-16,04	4,30
3	Те, що вам важко заснути	≥ 2	-15,96	4,20
4	Те, що ви легко губите думку	≥ 2	-15,45	3,60
5	Надмірне занепокоєння з різних приводів	≥ 2	-15,26	3,41
6	Те, що ваші почуття легко зачепити	≥ 2	-10,03	3,12
7	Відчуття, що люди зловживуть вашою довірою, якщо їм дозволити	≥ 2	-12,70	3,06
8	Відчуття, що майже у всіх ваших неприємностях винуваті інші	≥ 2	-14,43	2,64
9	Безсоння вранці	≥ 2	-14,43	2,64
10	Імпульси ламати або трощити що-небудь	≥ 2	-14,43	2,64
11	Те, що вам важко зосередитися	≥ 2	-12,06	2,49
12	Головний біль	≥ 2	-7,61	2,48
13	Подавлений настрій, "туга"	≥ 2	-10,02	2,48
14	Почуття страху	≥ 2	-14,20	2,46
15	Несподіваний і безпричинний страх	≥ 2	-14,07	2,37
16	Проблеми з пам'яттю	≥ 2	-8,78	2,36
17	Втрата сексуального потягу або задоволення	≥ 1	-9,77	2,27
18	Почуття, що все, що б ви не робили, вимагає більших зусиль	≥ 2	-13,68	2,10
19	Те, що ви кричите й шпурляєтеся речами	≥ 2	-13,68	2,10
20	Думки про те, що з вашим розумом діється щось недобре	≥ 1	-10,30	2,05
Диференціально-діагностичні маркери наявності розладів F06 (одержані у порівнянні із F07)				
1	Те, що ви чуєте голоси, яких не чуять інші	≥ 2	-12,73	1,85
2	Відчуття незручності, коли люди спостерігають за вами або говорять про вас	≥ 3	-11,94	1,43
3	Наявність у вас ідей або вірувань, які не розділяють інші	≥ 3	-9,35	1,16
4	Тремтіння	≥ 3	-10,97	1,04
5	Відчуття, що ви гірше інших	≥ 2	-6,41	0,89
6	Онiміння або поколювання в різних частинах тіла	≥ 3	-7,59	0,88
7	Відчуття, що інші спостерігають за вами або говорять про вас	≥ 2	-5,19	0,88
8	Думки про те, що з вашим тілом щось не в порядку	≥ 3	-10,39	0,85
9	Те, що у вас у голові чужі думки	≥ 1	-5,62	0,73
10	Відчуття, що інші проникають у ваші думки	≥ 1	-5,25	0,71
11	Ваша недбалість або неохайність	≥ 2	-6,34	0,69
12	Відчуття, що з вами відбудеться щось погане	≥ 3	-5,74	0,65
13	Надмірне занепокоєння з різних приводів	≥ 3	-5,92	0,57
14	Головний біль	≥ 4	-7,38	0,54
15	Проблеми з пам'яттю	≥ 4	-7,38	0,54
16	Відчуття, що майбутнє безнадійно	≥ 3	-4,95	0,52
17	Думки про смерті	≥ 2	-4,95	0,52
18	Нервозність або внутрішнє тремтіння	≥ 4	-8,93	0,50
19	Нудота або розлад шлунку	≥ 3	-8,93	0,50
20	Вага в кінцівках	≥ 3	-8,93	0,50
Примітки: ДК – діагностичний коефіцієнт; МІ – міра інформативності Кульбака.				

Ця тенденція є ще більш помітною при порівнянні різних наслідків ЧМТ між собою. Так, при диференціальній діагностиці розладів особистості та поведінки внаслідок ЧМТ (F07) та інших (окрім деменції, амнестичного синдрому та делірію) психічних розладів, спричинених ЧМТ (F06): діагностична значущість та інформативність симптому "наявність голосів, яких не чуять інші" перевищували відповідні

показники шкали "міжособистісна сенситивність", а ціла низка таких симптомів як: "наявність ідей або вірувань, які не розділяють інші", "тремтіння", "відчуття, що ви гірше за інших", "оніміння або поколювання в різних частинах тіла", "відчуття, що інші спостерігають за вами або говорять про вас", "думки про те, що з вашим тілом щось не в порядку" за диференціально-діагностичними властивостями, про які йдеться, перевищували найближчу наступну шкалу "обсесивність та компульсивність" (табл. 1, 3).

Для розв'язання завдань на діагностику та диференціальну діагностику психічних та поведінкових розладів внаслідок ЧМТ з використанням опитувальника Derogatis варто враховувати не тільки результати оцінки за шкалами зазначеного опитувальника, а й окремі психопатологічні симптоми, доступні для спостереження як при використанні зазначеного опитувальника, так й при стандартному клініко-психопатологічному дослідженні.

Висновки

1. Визначено інформативність та діагностичну значущість психопатологічних симптомів (за Derogatis) наслідків черепно-мозкових травм, що створило необхідні передумови для їхнього використання у строго формальних діагностичних процедурах (типу послідовної процедури Вальда), комп'ютерна реалізація яких є основою сучасних медичних експертних систем.
2. Показано, що діагностична цінність (виражена в ДК) та інформативність (виражена в МІ) окремих психопатологічних симптомів (за Derogatis) є цілком збіваючою з відповідними показниками оцінок за шкалами опитувальника Derogatis, що включають ці симптоми як складові й комплексно ураховують.
3. Для розв'язання завдань на діагностику та диференціальну діагностику психічних та поведінкових розладів внаслідок ЧМТ з використанням опитувальника Derogatis варто враховувати не тільки результати оцінки за шкалами зазначеного опитувальника, а й окремі психопатологічні симптоми, доступні для спостереження як при використанні зазначеного опитувальника, так й при стандартному клініко-психопатологічному дослідженні.

Перспективи подальших досліджень. Планується дослідити інформативність та діагностичну значущість показників: адиктивного статусу та якості життя хворих з наслідками ЧМТ з метою розробки комплексної діагностики та диференціальної діагностики психічних та поведінкових розладів у пацієнтів цієї категорії.

Список літератури

1. Гиляровский В. А. Отдаленные последствия закрытых травм головы в нервно-психической сфере // Избранные труды / В. А. Гиляровский. – М.: - 1973. – С. 257–264.
2. Гублер Е. В. Вычислительные методы анализа и распознавания патологических процессов / Е. В. Гублер. – М.: Медицина, - 1978. – 294 с.
3. Зайцев О. С. Принципы оценки психопатологических синдромов при ЧМТ / О. С. Зайцев, Л. Н. Чебышева, С. В. Ураков [и др.] // Материалы XII съезда психиатров России. – М.: - 1995. – С. 332–333.
4. Коркина М. В. Психиатрия / М. В. Коркина, Н. Д. Лакошина, А. Е. Личко [и др.]. – М.: МЕДпресс-информ. - 2008. – 576 с.
5. Лапач С. Н. Статистические методы в медико-биологических исследованиях с использованием Excel / С. Н. Лапач, А. В. Чубенко, П. Н. Бабич. – К.: Моріон, - 2000. – 320 с.
6. Тарабрина Н. В. Практикум по психологии посттравматического стресса / Н. В. Тарабрина. – СПб.: Питер, - 2001. – 272 с.
7. Чуркин А. А. Краткое руководство по использованию МКБ-10 в психиатрии и наркологии / А. А. Чуркин, А. Н. Мартышов. – М.: Триада-Х. - 2002. – 232 с.
8. Шаповалова В. А. Лекарственные средства в неврологии, психиатрии и наркологии / В. А. Шаповалова, П. В. Волошин, А. В. Стефанов [и др.]. – Х.: Факт. - 2003. – 784 с.
9. Derogatis L. R. SCL-90: an outpatient psychiatric rating scale – Preliminary report / L. R. Derogatis, R. S. Lipman, L. Covi // Psychopharmacology Bulletin. – 1973. – Vol. 9, No 1. – P. 13–27.
10. Derogatis L. R. The SCL-90 and the MMPI: a step in the validation of a new self-report scale / L. R. Derogatis, K. Rickels, A. Rock // British Journal of Psychiatry. – 1976. – Vol. 128. – P. 280–289.

Реферати

ИНФОРМАТИВНОСТЬ ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИХ СИМПТОМОВ У БОЛЬНЫХ С ПОСЛЕДСТВИЯМИ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВЫХ ТРАВМ

Волошина Д. Н.

С помощью опросника выраженности психопатологической симптоматики Derogatis, обследовано: 39 пациентов с другими (кроме деменции, амнестичного синдрома и делирия) психическими расстройствами, вызванными ЧМТ (шифр диагноза F06 за МКХ-10); 61 пациент с расстройствами личности и поведения вследствие ЧМТ (шифр диагноза F07 за МКХ-10), а также 73 практически здоровый человек. Данные обработаны методами математической статистики (дисперсионный анализ). Для всех изученных признаков рассчитаны диагностические коэффициенты (ДК) и меры информативности Кульбака (МИ). Определена информативность и диагностическая значимость психопатологических симптомов последствий ЧМТ, что создало

INFORMATIVITY OF PSYCHOPATHOLOGICAL SYMPTOMS IN PATIENTS WITH CONSEQUENCES OF CRANIOCEREBRAL TRAUMAS

Voloshyna D. M.

By means of a questionnaire of expressiveness of psychopathological symptoms Derogatis, it is surveyed: 39 patients with others (except dementia, amnestic syndrome and delirium) the mental disorders caused CCT (the code number of diagnosis F06 for ICD-10); 61 patient with personal disorders and behavioral disorders due to CCT (the code number of diagnosis F07 for ICD-10), and also 73 practically healthy person. Data are processed by methods of mathematical statistics (the dispersive analysis). For all studied signs diagnostic quotients (DQ) and measures of informativity Kullback (MI) are calculated. Informativity and diagnostic significance of psychopathological symptoms of

необходимые предпосылки для их использования в строго формальных диагностических процедурах (типа последовательной процедуры Вальда), компьютерная реализация которых является основой современных медицинских экспертных систем. Предложено исследовать информативность и диагностическую значимость показателей: аддиктивного статуса и качества жизни больных с последствиями ЧМТ с целью разработки комплексной диагностики и дифференциальной диагностики психических и поведенческих расстройств у пациентов этой категории.

Ключевые слова: черепно-мозговые травмы, психопатологическая симптоматика, диагностическая значимость.
Стаття надійшла 31.01.2014 р.

consequences of CCT was defined. It was created necessary preconditions for use of this symptoms in strictly formal diagnostic procedures (type of consecutive procedure Вальда), which computer realization is a basis of modern medical expert systems. It is offered to investigate informativity and the diagnostic significance of indicators: addictive status and quality of life of patients with consequences of CCT for the purpose of working out of complex diagnostics and differential diagnostics of mental and behavioral disorders in patients of this category.

Key words: craniocerebral traumas, psychopathological symptomatology, diagnostic significance.

Рецензент Скрипніков А.М.

УДК 616.24-002-084+616.98:578.828

А. К. Вордьюхіна, А. Г. Ярешко, М. Г. Бойко, О. В. Гарань
ВДНЗ України «Українська медична стоматологічна академія» м. Полтава

ІНФОРМОВАНІСТЬ НАСЕЛЕННЯ ПРО ТУБЕРКУЛЬОЗ ТА ВІЛ/СНІД – ОДИН ІЗ ЗАСОБІВ ПРОФІЛАКТИКИ

З метою визначення ролі інформованості населення в поширеності таких хвороб як туберкульоз та ВІЛ/СНІД, нами в Полтаві та області проведено опитування 2104 респондентів різних за віком, статтю, соціальним станом, місцем проживання, освітою, ставленням до здорового способу життя. Отримані результати свідчать, що переважна більшість респондентів не достатньо інформовані про частоту виникнення туберкульозу, шляхи передачі ВІЛ/СНІДУ та фактори попередження розвитку цих захворювань.

Ключові слова: туберкульоз, ВІЛ, СНІД, респонденти, профілактика.

Робота є фрагментом НДР «Клініко-функціональні та морфологічні особливості перебігу захворювань респіраторної системи (туберкульозу, саркоїдозу, дисемінованих процесів та ХНЗЛ) на різних етапах лікування, реабілітації та профілактики», номер держреєстрації 0110U008151.

Захворюваність на туберкульоз в усі часи була одним з найбільш чутливих індикаторів соціального благополуччя в суспільстві. Кінець минулого століття був ознаменований глобальною епідемією туберкульозу (ТБ) і епідемією раніше невідомої ВІЛ/СНІД інфекції, які патогенетично споріднені по Т-клітинному імунodefіциту, що суттєво ускладнило протиепідемічні заходи боротьби з туберкульозом і знизило ефективність його лікування. Велика організаційна робота ВООЗ і національних програм боротьби із поширеністю епідемії туберкульозу і ВІЛ/СНІДу дали зниження захворюваності, але ці інфекції залишаються поширеними та небезпечними хворобами, як в нашій країні так і за кордоном. За даними ВООЗ 2011 року інфікованість людей збудником туберкульозу у світі складає близько 2 млрд., щорічно реєструють більше 9 млн. свіжих випадків активного ТБ і 3 млн. помирають від цієї хвороби [1].

Найбільша захворюваність на туберкульоз спостерігається в країнах Африки, Південно-Східної Азії, країнах тихо-океанського регіону, де вона складає 976,0 – 200,0 на 100 тис. населення. Там же сконцентрована і найбільша кількість ВІЛ-інфікованих. Захворюваність на ТБ в Україні в останні роки характеризується тенденцією до зниження, але цей показник ще перевищує епідемічний поріг (50/100 тис.) і у 2013 р. склав 67,8 на 100 тис. населення, що залишає ситуацію загрозливою, особливо в умовах соціальної та економічної розрухи [4].

Підвищенню захворюваності на туберкульоз сприяє і епідемія ВІЛ/СНІДу, яка спостерігається в Україні. Понад 30% ВІЛ-інфікованих хворіють на туберкульоз і близько 40 % із них помирає від цієї недуги. В 2013 захворюваність на поєднану патологію ТБ/СНІД в Україні складала 10,5 на 100 тис. населення, що майже в 10 разів більше порівняно з 2000 роком. ВІЛ-інфекція є потужним чинником, який сприяє активації туберкульозу у носіїв латентної інфекції та підвищує ймовірність розвитку рецидивів туберкульозу. Саме тому ВООЗ рекомендує 100% обстеження на ВІЛ-інфекцію випадків зареєстрованого активного туберкульозу [3]. У 2012 році показник охоплення тестуванням на ВІЛ-інфекцію вперше виявлених хворих на туберкульоз за оперативними даними ДУ «Український центр контролю за соціально небезпечними хворобами МОЗ України». залишався на рівні показника 2011 року і склав 86,4 % [4].

Згідно інформації, яку надає Державна служба України з питань протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу та інших соціально небезпечних захворювань, від часу виявлення першого випадку ВІЛ-інфекції в Україні до жовтня 2013 року офіційно зареєстровано 241320 випадків ВІЛ-інфікованих, з них 40062 становлять діти до 14 років, 65449 випадків захворювання на СНІД (1287 – діти до 14 років), і 31651 випадків смерті від СНІДу (336 – діти до 14 років) [4].

Загальноновизнаним є той факт, що офіційні дані не відображають реального масштабу епідемії ВІЛ/СНІДу в Україні, зокрема про кількість ВІЛ-інфікованих, а надається лише інформацію про кількість