

13. Bennet M.E. Understanding orthodontic treatment satisfaction from the patient's perspective: a qualitative approach / M.E. Bennet, J.F. C. Tulloch // *Clinical Orthod. and Research.* – 1999. – № 2. – P. 53.
14. Santoroa M. Accuracy of digital and analogue cephalometric measurements assessed with the sandwich technique / M. Santoroa, K. Jarjourab, T.J. Cangialosic // *American Journal Of Orthodontics add Dentofacial Orthopedics.* – 2006. – № 3. – P. 345-351.

Реферати

ОТЛИЧИЯ КЕФАЛОМЕТРИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ У ПРАКТИЧЕСКИ ЗДОРОВЫХ МУЖЧИН УКРАИНЫ С РАЗЛИЧНЫМИ ТИПАМИ ЛИЦА

Шинкарук-Диковицкая М. М., Коцюра О. А., Орловский В. А.

В статье описаны различия кефалометрических показателей у практически здоровых мужчин общей группы и представителей центрального региона Украины с различными типами лица. При сравнении различий кефалометрических показателей между практически здоровыми мужчинами общих групп или представителями центрального региона Украины с различными типами лица установлено, что в направлении очень узкое лицо < узкое лицо < среднее лицо < широкое лицо отмечается увеличение наибольшей и наименьшей ширины головы, ширины лица, средней ширины лица, ширины ротовой щели, длины тела нижней челюсти справа и слева. И, наоборот, в направлении широкое лицо < среднее лицо < узкое лицо < очень узкое лицо отмечается увеличение высоты лба, физиологической длины лица, длины, высоты и глубины носа, высоты верхней части лица, расстояния между назион и междурезцовою точкой, морфологической длины лица.

Ключевые слова: кефалометрия, практически здоровые мужчины, тип лица, региональные различия.

Статья надійшла 23.09.2016 р.

DIFFERENCES OF CEPHALOMETRIC PARAMETERS IN PRACTICALLY HEALTHY MEN WITH DIFFERENT TYPES OF FACES FROM UKRAINE

Shinkaruk-Dikovitska M.M., Kotsyura O.O., Orlovskiy V.O.

This article describes the differences cephalometric parameters in practically healthy male general group and representatives of the central region of Ukraine with different types of faces. When comparing the differences in cephalometric parameters between practically healthy men of common groups or representatives of central regions of Ukraine with different types of face ascertained that in direction very narrow face <narrow face <average face <broad face marked increase in the largest and smallest width of the head, the width of face, medium width of face, mouth slit width, the length of the body of the mandible on the right and left. Conversely, towards the broad face <average face <narrow face <very narrow face marked increase in the height of the forehead, physiological length of face, length, height and depth of the nose, the height of the top of the face, the distance between nasion and between the incisive point, morphological length of the face.

Key words: cephalometry, practically healthy men, the type of face, regional differences.

Рецензент Черкасов В.Г.

УДК 616.895.8-008.447-07

О. М. Юрченко

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

КЛІНІКО-ПСИХОПАТОЛОГІЧНА ТА ПСИХОДІАГНОСТИЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА ХВОРИХ НА ПАРАНОЇДНУ ШИЗОФРЕНІЮ ТА ЇЇ ДІАГНОСТИЧНЕ ЗНАЧЕННЯ

Метою роботи була оцінка діагностичної значущості клініко-психопатологічних та психодіагностичних характеристик хворих на параноїдну шизофренію (ПШ) та можливостей їхнього використання для підвищення надійності розпізнавання цього психічного розладу шляхом використанням сучасних методів комплексного урахування різномірних ознак. За допомогою опитувальника виразності психопатологічної симптоматики Derogatis (SCL-90-R) обстежено 107 чоловіків, хворих на ПШ і 70 здорових чоловіків, порівняного віку (36,45±0,91 років і 36,53±1,74 років відповідно). Встановлено, що психопатологічна симптоматика, оцінена за допомогою опитувальника Derogatis, в разі її використання у складі послідовної процедури Вальда (в модифікації Е.В.Гублера), може слугувати надійним додатковим засобом діагностики параноїдної шизофренії, що здатний забезпечити ідентифікацію цього захворювання з достовірністю не гірше $p < 0,001$. Показано, що найбільш інформативними маркерами наявності параноїдної шизофренії є: тривожність > 0,6 балів (ДК = 14,69; МІ = 2,98); депресія > 0,6 балів (ДК = 11,02; МІ = 2,75); обсесивність-компульсивність > 1,00 балу (ДК = 14,28; МІ = 2,63); а також психотизм > 0,3 балів (ДК = 10,79; МІ = 2,54).

Ключові слова: параноїдна шизофренія, комплексна діагностика, непрямі ознаки, послідовна процедура Вальда.

Робота є фрагментом НДР "Вивчити в лонгитудинальному когортному дослідженні вплив спадкових та середовищних факторів на перебіг адиктивних розладів (тютюнопаління, алкоголізму, наркоманії, ігроманії тощо) та реабілітаційний потенціал хворих наркологічного профілю" (№ держреєстрації 0113U 001294)

У всіх країнах світу параноїдна форма шизофренії (ПШ) є найчастішою формою цієї хвороби [8]. Вона займає одне з провідних місць серед інших психічних та поведінкових розладів насамперед тому, що вражає осіб молодого, працездатного віку, має високий і надалі зростаючий показник первинної інвалідності внаслідок цього захворювання [7].

Незважаючи на багаторічні інтенсивні дослідження, ПШ залишається однією з найскладніших і актуальних проблем сучасної клінічної психіатрії. Її масштаб визначається цілою низкою обставин, серед яких: значна поширеність цього розладу, тяжкість його перебігу, важкі

економічні та соціальні наслідки, руйнування родинних відносин, стигматизація пацієнтів із значним зниженням якості життя самого пацієнта та його родини [2].

Відомо, що хворі на ПШ часто намагаються дисимулювати наявні симптоми захворювання. Особливої уваги потребують випадки, коли хворі приховують соціально небезпечні маячні ідеї, суїцидальні думки й наміри. Дотепер діагностика ПШ залишається конвенційною, проводиться, головним чином, за клініко-психопатологічними проявами. Проте сучасна клінічна та експертна практика вимагають більш точної діагностики. Для підвищення якості діагностики ПШ особливу значущість набувають непрямі, "малі" ознаки захворювання, які стало супроводжувати його формування і розвиток.

Ефективність психопатологічного методу для діагностики ПШ, прогнозування результатів та розробки нових підходів до лікування та реабілітації хворих, певним чином, вже висвітлювалась у наукових роботах [3,4,6,10]. 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 значущості кожного симптому, кожної клінічної обставини.

Оскільки ПШ нерідко діагностується із значним запізненням від початку процесу, актуальним залишається питання розпізнавання шизофренічного процесу на перших етапах розвитку захворювання для своєчасного надання медичної та психологічної допомоги, якісної соціальної реабілітації та адаптації з метою мінімізації несприятливих наслідків цієї хвороби

З огляду на сказане вище, робочою гіпотезою дослідження стала думка про те, що комплексне використання сукупності клініко-психопатологічних та психодіагностичних характеристик пацієнтів дозволить суттєво підняти якість діагностики ПШ.

Метою роботи була оцінка діагностичної значущості клініко-психопатологічних та психодіагностичних характеристик хворих на ПШ та можливості їхнього використання для підвищення надійності розпізнавання цього психічного розладу шляхом використання сучасних методів комплексного ураховання різнорідних ознак.

Матеріал та методи дослідження. Робота проведена на базі відділу невідкладної психіатрії та наркології ДУ "Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України (м. Харків) та КЗОЗ "Харківська обласна клінічна психіатрична лікарня №3». В умовах стаціонару було обстежено 107 осіб чоловічої статі (середній вік $36,45 \pm 0,91$ років) хворих на шизофренію, параноїдну форму, безперервний тип перебігу. Групу порівняння склали 70 здорових добровольців порівняного віку і статі. Первинна кваліфікація стану пацієнтів здійснювалась шляхом застосування клініко - психопатологічного методу з використанням діагностичних критеріїв Міжнародної класифікації хвороб 10-го перегляду (МКХ-10) [9].

Для кількісної оцінки ступеню виразності наявних психічних та поведінкових розладів використовувався опитувальник Derogatis (SCL-90-R) [11,12], відповіді на запитання якого інтерпретуються за 9-ма основними шкалами: соматизації (SOM), обсесивності-компульсивності (O-C), міжособистісної сенситивності (INT), депресії (DEP), тривожності (ANX), ворожості (HOS), фобічної тривожності (PHOB), паранояльності (PAR), психотизму - (PSY) із розрахунком загального індексу тяжкості психопатологічних симптомів (GSI).

Визначення діагностичних властивостей проявів психопатології (оцінок за шкалами опитувальника Derogatis та виразності окремих психопатологічних симптомів, що їх складають) в якості маркерів наявності-відсутності ПШ здійснювалось шляхом зіставлення їхніх частот у відповідних групах порівняння з подальшим розрахунком мір діагностичної значущості - діагностичних коефіцієнтів (ДК) та мір інформативності Кульбака (МІ) [1].

Обробка даних здійснювалась методами математичної статистики (дисперсійний та кореляційний аналізи) [1,5] на комп'ютері за допомогою програм "SPSS 15.0" та "Excel" (з пакету "Microsoft Office 2010").

Результати дослідження та їх обговорення. На першому етапі дослідження було проаналізовано середню виразність психопатологічної симптоматики в групах порівняння за шкалами опитувальника Derogatis (табл. 1). Було встановлено, що середня виразність психопатологічної симптоматики у обстежених хворих на ПШ майже за усіма шкалами була очікувано і достовірно ($p < 0,01$) більшою ніж у здорових осіб, а саме: за шкалою фобічної тривожності (PHOB) - в 6,10 рази; за шкалою психотизму (PSY) - в 5,33 рази; за шкалою депресії (DEP) - в 2,93 рази; за шкалою тривожності (ANX) - в 2,81 рази; за шкалою обсесивності-

компульсивності (О-С) - в 2,27 рази; за шкалою міжособистісної сенситивності (INT) - в 2,14 рази; за шкалою паранояльності (PAR) - в 2,12 рази; за шкалою додаткова (ADD) - в 2,00 рази і за шкалою соматизації (SOM) - в 1,38 рази. Єдиним винятком із цього правила виявилась шкала ворожості (HOS) середні значення за якою у практично здорових осіб були трохи більшими, ніж у хворих на ПШ. Однак ця різниця не була статистично значущою.

Таблиця 1

Середня виразність психопатологічної симптоматики в групах порівняння за шкалами опитувальника Derogatis (SCL-90-R)

Ознаки (шкали опитувальника Derogatis)	Середні значення ¹⁾		p ²⁾
	Хворі (n=107)	Здорові (n=70)	
Шкала соматизації (SOM)	0,69±0,06	0,50±0,05	0,00878
Шкала obsесивності-компульсивності (О-С)	0,93±0,07	0,41±0,04	<0,00001
Шкала міжособистісної сенситивності (INT)	0,90±0,08	0,42±0,03	<0,00001
Шкала депресії (DEP)	0,85±0,07	0,29±0,02	<0,00001
Шкала тривожності (ANX)	0,73±0,08	0,26±0,02	<0,00001
Шкала ворожості (HOS)	0,48±0,06	0,52±0,05	-
Шкала фобічної тривожності (PHOB)	0,61±0,07	0,10±0,03	<0,00001
Шкала паранояльності (PAR)	0,87±0,08	0,41±0,03	<0,00001
Шкала психотизму (PSY)	0,64±0,07	0,12±0,02	<0,00001
Шкала додаткова (ADD)	0,74±0,07	0,37±0,04	<0,00001
Індекс загал. вираз. психопатологіч. симптоматики (GSI)	0,76±0,06	0,34±0,02	<0,00001

Примітки: ¹⁾ - Дані подано у форматі "Серед. арифмет. ± стандартна похибка серед. арифм." (M±m). ²⁾ - Достовірність відмінностей між групами порівняння (показано лише знач. p<0,05)

В результаті, середні значення загального індексу тяжкості психопатологічної симптоматики (GSI) у хворих на ПШ були в 2,24 рази більшими, ніж у представників контрольної групи. Одержані значні і високодостовірні відмінності в показниках виразності психопатології, безумовно, свідчили про потенційну цінність опитувальника Derogatis для діагностики ПШ. Однак такі усереднені данні практично неможливо використовувати для підтвердження діагнозу ПШ у конкретної особи. Тому наступний етап цього дослідження був присвячений визначенню діагностичних коефіцієнтів (ДК) та мір інформативності Кульбака (МІ) кожної шкали опитувальника Derogatis в діагностичному завданні, про яке йдеться.

Для цього було проведено подіапазонний аналіз розподілів осіб із різних груп порівняння за показниками кожної шкали.

В результаті такого аналізу вдалось ідентифікувати окремі прояви психопатології (що описуються шкалами опитувальника Derogatis) в якості маркерів наявності-відсутності ПШ (табл. 2). Було встановлено, що маркерами наявності ПШ за шкалами опитувальника Derogatis (в порядку зменшення інформативності) є: тривожність > 0,6 балів (ДК = 14,69; МІ = 2,98); депресія > 0,6 балів (ДК = 11,02; МІ = 2,75); obsесивність-компульсивність > 1,00 бала (ДК = 14,28; МІ = 2,63); психотизм > 0,3 балів (ДК = 10,79; МІ = 2,54); міжособистісна сенситивність > 0,7 балів (ДК = 7,26; МІ = 1,57); загальна виразність психопатологічної симптоматики > 0,5 балів (ДК = 6,83; МІ = 1,49); паранояльність > 0,7 балів (ДК = 6,61; МІ = 1,18); додаткова > 0,6 балів (ДК = 5,48; МІ = 0,99); фобічна тривожність > 0,0 балів (ДК = 4,18; МІ = 0,92); соматизація > 0,9 балів (ДК = 5,02; МІ = 0,55); ворожість ≤ 0,3 балів (ДК = 3,64; МІ = 0,51).

Відповідно, маркерами відсутності ПШ за шкалами опитувальника Derogatis (в порядку зменшення інформативності) виявились: фобічна тривожність ≤ 0,0 балів (ДК = -4,00; МІ = 0,88); депресія ≤ 0,6 балів (ДК = -3,02; МІ = 0,80); психотизм ≤ 0,3 балів (ДК = -2,94; МІ = 0,69); загальна виразність психопатологічної симптоматики ≤ 0,5 балів (ДК = -2,95; МІ = 0,65); міжособистісна сенситивність ≤ 0,7 балів (ДК = -2,85; МІ = 0,62); тривожність ≤ 0,6 балів (ДК = -2,31; МІ = 0,47); додаткова ≤ 0,6 балів (ДК = -2,38; МІ = 0,43); паранояльність ≤ 0,7 балів (ДК = -2,20; МІ = 0,39); obsесивність-компульсивність ≤ 1,0 бала (ДК = -2,04; МІ = 0,38); ворожість > 0,3 балів (ДК = -1,92; МІ = 0,27); соматизація ≤ 0,9 балів (ДК = -1,02; МІ = 0,13).

Отримані маркери наявності-відсутності ПШ вже цілком придатні для їхнього використання для строго формалізованої діагностики розладу, про який йдеться, за допомогою послідовної процедури Вальда (у модифікації Є.В. Гублера) [11, 12]. Суть цієї процедури полягає у тому, що розраховані для кожної ознаки ДК порівнюються із відповідними значеннями бажаного рівня достовірності діагностики. Так, наприклад, достовірності діагностики на рівні p<0,05 відповідає значення діагностичних коефіцієнтів $\Sigma ДК > 13$ одиниць (за модулем, оскільки ДК

можуть приймати як позитивні так і негативні значення), на рівні $p < 0,01$ – Σ ДК > 20 одиниць, а на рівні $p < 0,001$ – Σ ДК > 30 одиниць.

З огляду на сказане, стає зрозумілим, що кожна ознака може бути, або самодостатньою для впевненої діагностики (якщо вона сама має величину ДК > 13 , 20 або 30 для $p < 0,05$, $p < 0,01$ і $p < 0,001$ відповідно), або такою, що забезпечує необхідну достовірність діагностики лише у сукупності з іншими ознаками (якщо вона має величину ДК < 13 , 20 або 30 відповідно). В останньому разі ДК різних ознак додаються одна до одної поки не буде досягнуто бажаний рівень достовірності).

В світлі сказаного стає зрозумілим, що серед отриманих маркерів ПШ лише два (тривожність $> 0,6$ балів та обсесивність-компульсивність $> 1,00$ балу) можуть вважатися самодостатніми, і то за умов мінімально прийнятого рівня достовірності діагностичного висновку ($p < 0,05$). Адже значення їхніх ДК (табл. 2) лише трохи перевищують перший із трьох згаданих вище порогів достовірності (13 одиниць).

Таблиця 2

Оцінки психопатологічної симптоматики за шкалами опитувальника Derogatis, як маркери наявності-відсутності ПШ. Маркери подано в порядку зменшення інформативності (МІ)

Ознаки		Частоти ознак				p ¹⁾	Віднош. частот (A/B) ²⁾	ДК ²⁾	МІ ²⁾
Шкала ³⁾	Діапазон, бали	Абсолютні, осіб		Відносні, %					
		Хворі (n=107)	Здорові (n=70)	Хворі (A)	Здорові (B)				
Маркери наявності ПШ									
ANX	> 0,6	45	1	42,06	1,43	<0,00001	29,44	14,69	2,98
DEP	> 0,6	58	3	54,21	4,29	<0,00001	12,65	11,02	2,75
O-C	> 1,0	41	1	38,32	1,43	<0,00001	26,82	14,28	2,63
PSY	> 0,3	55	3	51,40	4,29	<0,00001	11,99	10,79	2,54
INT	> 0,7	57	7	53,27	10,00	<0,00001	5,33	7,26	1,57
GSI	> 0,5	59	8	55,14	11,43	<0,00001	4,82	6,83	1,49
PAR	> 0,7	49	7	45,79	10,00	<0,00001	4,58	6,61	1,18
ADD	> 0,6	54	10	50,47	14,29	<0,00001	3,53	5,48	0,99
PHOB	> 0,0	76	19	71,03	27,14	<0,00001	2,62	4,18	0,92
SOM	> 0,9	34	7	31,78	10,00	0,00075	3,18	5,02	0,55
HOS	≤ 0,3	53	15	49,53	21,43	0,00016	2,31	3,64	0,51
Сумарні інформативність (Σ МІ) маркерів									18,13
Маркери відсутності ПШ									
PHOB	≤ 0,0	31	51	28,97	72,86	<0,00001	0,40	-4,00	0,88
DEP	≤ 0,6	49	67	45,79	95,71	<0,00001	0,48	-3,20	0,80
PSY	≤ 0,3	52	67	48,60	95,71	<0,00001	0,51	-2,94	0,69
GSI	≤ 0,5	48	62	44,86	88,57	<0,00001	0,51	-2,95	0,65
INT	≤ 0,7	50	63	46,73	90,00	<0,00001	0,52	-2,85	0,62
ANX	≤ 0,6	62	69	57,94	98,57	<0,00001	0,59	-2,31	0,47
ADD	≤ 0,6	53	60	49,53	85,71	<0,00001	0,58	-2,38	0,43
PAR	≤ 0,7	58	63	54,21	90,00	<0,00001	0,60	-2,20	0,39
O-C	≤ 1,0	66	69	61,68	98,57	<0,00001	0,63	-2,04	0,38
HOS	> 0,3	54	55	50,47	78,57	0,00016	0,64	-1,92	0,27
SOM	≤ 0,9	73	63	68,22	90,00	0,00075	0,76	-1,20	0,13
Сумарні інформативність (Σ МІ) маркерів									5,70

¹⁾ – Достовірність відмінностей між групами порівняння розрахована точним методом Фішера (ТМФ); наведені лише значення $p < 0,05$. ²⁾ – При розрахунку ДК та МІ "нульові" значення абсолютних частот замінювались на одиничні (за Е.В.Гублером, 1978). ³⁾ – Шкали опитувальника Derogatis: SOM - шкала соматизації; O-C - шкала обсесивності-компульсивності; INT - шкала міжособистісної сенситивності; DEP - шкала депресії; ANX - шкала тривожності; HOS - шкала ворожості; PHOB - шкала фобічної тривожності; PAR - шкала параноїальності; PSY - шкала психотизму; ADD - шкала додаткова; GSI - індекс загальної виразності психопатологічної симптоматики.

Однак сукупне використання кількох отриманих маркерів може забезпечити достатньо впевнену діагностику ПШ. Так, наприклад, виявлення у особи трьох найбільш інформативних маркерів ПШ, а саме: тривожності $> 0,6$ балів; депресії $> 0,6$ балів та обсесивності-компульсивності $> 1,00$ балу з достовірністю не гірше $p < 0,001$ (одна помилка на 1000 висновків) свідчатиме про наявність цього захворювання, оскільки Σ ДК такого сполучення маркерів перевищує поріг в 30 одиниць (Σ ДК = 14,69 + 11,02 + 14,28 = 39,99).

Останній етап цієї роботи був присвячений аналізу взаємозв'язків між психопатологічною симптоматикою (оціненою за допомогою опитувальника Derogatis), а також її залежності від віку обстежених в групах порівняння (табл. 3).

Так було встановлено, що у хворих на ПШ усі психопатологічні симптоми мали сильний чи помірний позитивний кореляційний зв'язок між собою. При цьому, загальна виразність психопатологічної симптоматики, відбита в індексі GSI, найбільш міцно корелювала з показниками депресії ($r=0,94$); обсесивності-компульсивності ($r=0,92$) та тривожності ($r=0,92$) (табл. 3).

Це спостереження добре узгоджується з оцінками цих проявів психопатології, як найбільш інформативних маркерів наявності ПШ (табл. 2). Що до практично здорових осіб, то психопатологічні симптоми в цій групі обстежених мали значно слабші кореляційні зв'язки між собою, що є прямим наслідком незначної виразності самих симптомів.

Таблиця 3

Кореляція оцінок психопатологічної симптоматики за шкалами опитувальника Derogatis між собою, а також з віком обстежених в групах порівняння

Ознаки ²⁾	Коефіцієнти кореляції ознак ¹⁾											
	Вік	Шкали Derogatis										
		SOM	O-C	INT	DEP	ANX	HOS	PHOB	PAR	PSY	ADD	GSI
Хворі (n=107)												
Вік	1,00											
Шкали Derogatis	SOM	0,11	1,00									
	O-C	0,01	0,75	1,00								
	INT	0,11	0,66	0,78	1,00							
	DEP	0,10	0,78	0,88	0,79	1,00						
	ANX	0,08	0,81	0,83	0,78	0,84	1,00					
	HOS	0,08	0,61	0,65	0,77	0,65	0,70	1,00				
	PHOB	0,05	0,74	0,74	0,76	0,74	0,85	0,64	1,00			
	PAR	0,10	0,64	0,74	0,80	0,75	0,66	0,74	0,63	1,00		
	PSY	0,10	0,67	0,83	0,77	0,86	0,83	0,71	0,77	0,74	1,00	
	ADD	0,03	0,66	0,78	0,71	0,82	0,67	0,64	0,64	0,69	0,77	1,00
GSI	0,09	0,85	0,92	0,89	0,94	0,92	0,79	0,86	0,83	0,91	0,84	1,00
Здорові (n=70)												
Вік	1,00											
Шкали Derogatis	SOM	0,53	1,00									
	O-C	0,24	0,53	1,00								
	INT	0,11	0,40	0,43	1,00							
	DEP	0,16	0,46	0,60	0,42	1,00						
	ANX	0,14	0,56	0,59	0,49	0,67	1,00					
	HOS	0,27	0,31	0,23	0,51	0,33	0,28	1,00				
	PHOB	-0,16	0,27	0,34	0,46	0,61	0,64	0,12	1,00			
	PAR	0,13	0,04	0,22	0,45	0,30	0,18	0,67	-0,03	1,00		
	PSY	0,11	0,24	0,27	0,24	0,52	0,52	0,12	0,54	0,20	1,00	
	ADD	0,28	0,67	0,69	0,55	0,49	0,53	0,48	0,28	0,21	0,22	1,00
GSI	0,34	0,77	0,77	0,70	0,78	0,79	0,57	0,56	0,41	0,50	0,80	1,00

Примітки: ¹⁾ – Достовірні ($p<0,05$) коефіцієнти кореляції виділено кольоровою заливкою. Насиченість кольору вказує на силу зв'язку. ²⁾ – шкали опитувальника Derogatis: SOM - шкала соматизації; O-C - шкала обсесивності-компульсивності; INT - шкала міжособистісної сенситивності; DEP - шкала депресії; ANX - шкала тривожності; HOS - шкала ворожості; PHOB - шкала фобічної тривожності; PAR - шкала паранояльності; PSY - шкала психотизму; ADD - шкала додаткова; GSI - індекс загальної виразності психопатологічної симптоматики.

Тим не менш, в групі здорових були зафіксовані міцні кореляційні зв'язки загальної виразності психопатологічної симптоматики, відбитої в індексі GSI, з показниками додаткової шкали Derogatis, а також рівнями тривожності і депресії (табл. 3).

Вік слабо корелював з виразністю практично всіх показників психопатологічної симптоматики за Derogatis в обох групах порівняння. Єдиним винятком із цього правила був цілком зрозумілий і прямий кореляційний зв'язок віку і показниками шкали соматизації у практично здорових осіб (табл. 3).

Висновки

1. Встановлено, що психопатологічна симптоматика, оцінена за допомогою опитувальника Derogatis, в разі її використання у складі послідовної процедури Вальда (в модифікації Е.В.Гублера), може слугувати надійним додатковим засобом діагностики параноїдної шизофренії, що здатний забезпечити ідентифікацію цього захворювання з достовірністю не гірше $p<0,001$.

2. Показано, що найбільш інформативними маркерами наявності параноїдної шизофренії є: тривожність > 0,6 балів (ДК = 14,69; МІ = 2,98); депресія > 0,6 балів (ДК = 11,02; МІ = 2,75); обсессивність-компульсивність > 1,00 балу (ДК = 14,28; МІ = 2,63); а також психотизм > 0,3 балів (ДК = 10,79; МІ = 2,54).

Перспективи подальших досліджень. Подальша робота буде спрямована на виявлення інших діагностично значущих маркерів наявності-відсутності ПШ з метою піднесення надійності ідентифікації цього психічного розладу в діагностично-складних ситуаціях.

Список літератури

1. Gubler E. V. Vyichislitelnyie metodyi analiza i raspoznavaniya patologicheskikh protsessov / E. V. Gubler // - M., Meditsina, - 1978. - 294 s.
2. Yenikolopov S. N. Stigmatizatsiya i problema psicheskogo zdorov'ya / S. N. Yenikolopov // Meditsinskaya (klinicheskaya) psichologiya: traditsii i perspektivy. - 2013.
3. Ivaschenko N. E. Vnutrishnyaya kartina hvorobi i reabilitatsiya patsientiv z paranoynidnoyu shizofreniyeyu: avtoref. dis. ... kand. med. nauk: Ivaschenko N. E. - K., - 2014. - 18 s.
4. Kutko I.I. Klinicheskiiy metod diagnostiki na sovremennom etape razvitiya psichiatrii. / I. I. Kutko, O. A. Panchenko, A. N. Linev [i dr.] // «Novosti meditsinyi i farmatsii» 10 (461) – 2013.
5. Lapach S.N. Statisticheskie metodyi v mediko-biologicheskikh issledovaniyah s ispolzovaniem Excel / S. N. Lapach, A. V. Chubenko, P. N. Babich // Kiev, "Morion", - 2000 - 320 s.
6. Petryuk P. T. Definitisiya i kriterii diagnostiki shizofrenii (obzor literaturyi) / P. T. Petryuk // Psichichne zdorovya. - 2009. - No. 4. - S. 4-17.
7. Pinchuk I. Ya. Rasprostranyonnost psicheskikh rasstroystv v Ukraine / I. Ya. Pinchuk // Zhurn. AMN Ukrayini. - 2010. - T.16, No. 1. - S.168-176.
8. Slobodyanyuk L. F. Tezi lektsiyi z psichiatriyi: Shizofreniya / L. F. Slobodyanyuk // - Vinnitskiy natsionalniy medichniy universitet im. M. I. Pirogova — 2012-2013 r. r.
9. Churkin A. A. Kratkoe rukovodstvo po ispolzovaniyu MKB-10 v psichiatrii i narkologii / A. A. Churkin, A. N. Martyushov // - M.: Izdatelstvo «Triada-H», - 2002. - 232 s.
10. Yurieva L. N. Shizofreniya. Klinicheskoe rukovodstvo dlya vrachey. / L. N. Yurieva // - D.: «Novaya ideologiya», - 2010. - 244 s.
11. 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.
12. 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

КЛИНИКО-ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКАЯ И ПСИХОДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА БОЛЬНЫХ ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИЕЙ И ЕЕ ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ

Юрченко О. Н.

Целью работы была оценка диагностической значимости клинико-психопатологических и психодиагностических характеристик больных параноидной шизофренией (ПШ) и возможностей их использования для повышения надежности распознавания этого психического расстройства путем использования современных методов комплексного учета разнородных признаков. С помощью опросника выраженности психопатологической симптоматики Derogatis (SCL-90-R) обследовано 107 мужчин, больных ПШ и 70 здоровых мужчин, сопоставимого возраста (36,45 ± 0,91 лет и 36,53 ± 1,74 лет соответственно). Установлено, что психопатологическая симптоматика, оцененная с помощью опросника Derogatis, в случае ее использования в составе последовательной процедуры Вальда (в модификации Е. В. Гублера), может служить надежным дополнительным средством диагностики параноидной шизофрении, который способен обеспечить идентификацию этого заболевания с достоверностью не менее $p < 0,001$. Показано, что наиболее информативными маркерами наличия параноидной шизофрении являются: тревожность > 0,6 баллов (ДК = 14,69; МІ = 2,98); депрессия > 0,6 баллов (ДК = 11,02; МІ = 2,75); обсессивность-компульсивность > 1,00 балла (ДК = 14,28; МІ = 2,63); а также психотизм > 0,3 баллов (ДК = 10,79; МІ = 2,54).

Ключевые слова: параноидная шизофрения, комплексная диагностика, непрямые признаки, последовательная процедура Вальда.

Стаття надійшла 16.09.2016 р.

CLINICAL-PSYCHOPATHOLOGICAL AND PSYCHODIAGNOSTIC CHARACTERISTICS OF PATIENTS WITH PARANOID SCHIZOPHRENIA AND ITS DIAGNOSTIC VALUE

Yurchenko O. M.

The aim of this work was to evaluate the diagnostic value of clinical-psychopathological and psychodiagnostic characteristics of patients with paranoid schizophrenia (PS) and possibilities of their use to increase the reliability of recognition of the mental disorder using modern methods of complex account of disparate symptoms. The Symptom Checklist-90-Revised (SCL-90-R) by Derogatis was used in this work. 107 patients with PS and 70 healthy volunteers (all surveyed were male), of comparable age (36,45 ± 0,91 years and 36, 53 ± 1.74 years, respectively) were examined. It was established that psychopathological symptoms, assessed with SCL-90-R, are suitable for complex use as a part of strictly formal, consecutive Wald test procedure (updating by Gubler) and it can be a reliable additional tool for paranoid schizophrenia diagnostic, capable to identify this disease with the reliability at least $p < 0,001$. It is shown that the most informative markers of paranoid schizophrenia presence are: anxiety > 0.6 points (DC = 14.69; MI = 2.98); depression > 0.6 points (DC = 11.02; MI = 2.75); obsessive-compulsive > 1.00 points (DC = 14.28; MI = 2.63); and psychoticism > 0.3 points (DC = 10.79; MI = 2.54).

Key words: paranoid schizophrenia, complex diagnostics, indirect signs, consecutive Wald procedure.

Рецензент Скрипніков А.М.