



УКРАЇНА

(19) UA (11) 55414 (13) U
(51) МПК (2009)
A61B 10/00МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІОПИС
ДО ПАТЕНТУ
НА КОРИСНУ МОДЕЛЬвидається під
відповідальність
власника
патенту

(54) СПОСІБ ДИФЕРЕНЦІЙНОЇ ДІАГНОСТИКИ СОМАТОФОРМНИХ РОЗЛАДІВ

1

2

(21) u201007674

(22) 18.06.2010

(24) 10.12.2010

(46) 10.12.2010, Бюл. № 23, 2010 р.

(72) МИХАЙЛОВ БОРИС ВОЛОДИМИРОВИЧ,
ПАНЧЕНКО МИКОЛА СЕРГІЙОВИЧ, ШКЛЯР СЕР-
ГІЙ ПЕТРОВИЧ(73) ХАРКІВСЬКА МЕДИЧНА АКАДЕМІЯ ПІСЛЯ-
ДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ(57) Спосіб диференційної діагностики соматофо-
рмних розладів, що включає застосування опиту-
вальників з наступним якісно-логічним узагальнен-
ням показників психофізіологічного стану пацієнта,
який **відрізняється** тим, що виконують психометри-
чне визначення типу адаптивного реагування,

після цього у визначеній послідовності виконують кількісну оцінку цих вимірів з використанням узагальненого диференційно-діагностичного критерію ($ДК_{СФР}$), який розраховують за формулою $ДК_{СФР} = (D_1 + D_2 + D_3 + \dots + D_n) / Q_{\alpha-\beta}$, де D_n - діагностичний коефіцієнт по кожному із типів адаптивного реагування конкретного пацієнта, $Q_{\alpha-\beta}$ - показник рівня безпомилковості диференційної діагностики; і, коли $ДК_{СФР} \leq -1,0$, констатують наявність недиференційованого соматоформного розладу, при значенні $ДК_{СФР} \geq +1,0$ - соматизованого соматоформного розладу, а у межах значень $ДК_{СФР}$ від $-1,0$ до $+1,0$ констатують діагностично невизначену ситуацію.

Корисна модель відноситься до медицини, зокрема до медичної психології, народної, нетрадиційної медицини, санології, клінічної інформатики та інших клінічних дисциплін. Спосіб може використовуватися у системі клінічного моніторингу на етапах психологічного консультування, визначення напрямків психопрофілактики та психокорекції, а також для обґрунтування психогігієнічних заходів на індивідуальному, сімейному та груповому рівнях.

Вегетативні соматоформні розлади - це функціонально-синдромологічні особливості пацієнта, які не можна пояснити з позицій патогенетичних проявів верифікованої у пацієнта соматичної патології та які не можна віднести до наслідків наявної у пацієнта іншої психічної симптоматики. Саме тому існує потреба у ранній диференційній діагностиці вегетативних соматоформних розладів, наперед у осіб молодого віку. У системі диференційної діагностики вегетативних соматоформних розладів застосовуються нейрофізіологічні клінічні методи (Михайлов Б.В., Сердюк А.И., Федосеев В.А. Психотерапия в общесоматической медицине. - Харьков. - ХМАПО, 2002. - 98с.) та клінічні показники, що дозволяє комплексно оцінювати наявну діагностичну інформацію. Саме тому, найбільш доступними та традиційно застосовуваними методами залишається метод психологічного дос-

лідження із застосуванням психометричного інструментарію, який дозволяє врахувати значну кількість порушень та шляхом логічного виключення диференціювати прояви вегетативних соматоформних розладів (Менделевич В.Д. Клиническая и медицинская психология. - М.: Медпресс, 1999. - 592с.).

Для вивчення оцінки індивідуального адаптивного реагування пацієнта з вегетативними соматоформними розладами застосовується особистісний опитувальник Санкт-Петербурзького психоневрологічного інституту імені В.М. Бехтерева - ЛОБІ (Личко А.Е. Личностный опросник Бехтеревского института / А.Е. Личко // Методы психологической диагностики и коррекции в клинике. - Л.: Медицина, 1983. - с.102-115; Личко А.Е. Медико-психологическое обследование соматических больных / А.Е. Личко, Н.Я. Иванов // Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. - 1980. - Т.80, №8. - с.1195-1198), що дозволяє діагностувати 12 типів відношення до хвороби, які Л.І. Вассерман із співавторами (Методика для психологической диагностики типов отношения к болезни: Метод, рекомендации / Сост. Вассерман Л.И., Иовлев Б.В., Карпова Э.Б. - Л., 1987. - 27с.) об'єднують в 3 блоки за ступенем та характером соціальної дезадаптації. При цьому виділяють три типи відношення до свого здоров'я: 1) адаптація хворих

(19) UA (11) 55414 (13) U

істотно не порушується (гармонійний, ергопатичний та анозогнозичний тип реагування); 2) дезадаптивне реагування з інтрапсихічною спрямованістю (тривожний, іпохондричний, неврастенічний, obsесивно-фобічний та апатичний типи реагування); 3) дезадаптивне реагування з інтерпсихічною спрямованістю (сенситивний, егоцентричний, ейфоричний та паранойяльний типи реагування). За вказаною методикою вивчають рівень виразності кожного з наведених адаптивних типів реагування.

Основними засобами диференційної діагностики вегетативних соматоформних розладів є спеціальні опитувальники, які здатні виявляти типи реагування пацієнта та ступінь його астенизації, спричинений наявністю соматичного захворювання та реакцією хворих на соматичні захворювання (Ушаков Г.К. Пограничные нервно-психические расстройства. - М.: Медицина, 1987. - 304с.). Однак ці засоби дослідження надають лише можливість одержувати попередню якісну оцінку щодо індивідуального типу реагування пацієнта, а не її діагностувати, оскільки не враховуються всі можливі типи.

Спосіб діагностики соматоформних розладів (Пезешкиан Н. Психосоматика и позитивная психотерапия. - М.: Медицина, 1996. - 464с.), який включає застосування опитувальників з наступним якісно-логічним узагальнення показників тривожності, психосоціальної значимості та клінічної оцінки важкості перебігу соматичного захворювання за умов відсутності патологічних та вогнищевих уражень мозку. Цей спосіб включає врахування вказаних показників та передбачає проведення якісної оцінки психометричних показників.

Отже, способи, які використовуються для диференційної діагностики вегетативних соматоформних розладів розроблені з урахуванням психологічних, електрофізіологічних та клініко-психологічних показників.

Відомий спосіб (Пат. 67625 А, Україна, МКІ 7 А61В10/00. Спосіб діагностики невротичних розладів у хворих на вегетативну дистонію / Григорова І.А., Циганенко А.Я., Шкляр С.П. (UA). - Заявка №200311110471; Заявлено 20.11.2003р.; Опубліковано 15.06.2004, Бюл. №6), який дозволяє кількісно оцінювати наявні у пацієнта прояви, вимірювати їх виразність та отримувати узагальнену кількісну диференційно-діагностичну їх оцінку. Однак, цей спосіб, також, не враховує тип реагування пацієнта і його адаптаційні резерви.

Недоліками вказаного способу є відсутність кількісної оцінки можливих типів адаптивного реагування та необхідність проведення стандартного загальноклінічного обстеження, що обумовлює значну тривалість та ресурсозатратність способу-прототипу.

Вищезгаданий спосіб є найбільш близьким по технічній суті і результату, що може бути досягнути, тому його обрано за прототип.

В основу корисної моделі покладено задачу удосконалення способу диференційної діагностики вегетативних соматоформних розладів, в якому за рахунок використання найбільш інформативних критеріїв, досягається можливість у скрінінг-

режимі визначитись стосовно діагностичної та психокорекційної тактики.

Поставлена задача вирішується тим, що у відомому способі діагностики вегетативних соматоформних розладів, який включає застосування опитувальників з наступним якісно-логічним узагальненням показників психофізіологічного стану пацієнта, згідно з корисною моделлю, виконують психометричне визначення типу адаптивного реагування, після чого у визначеній послідовності виконують кількісну оцінку цих вимірів з використанням узагальненого диференційно-діагностичного критерія ($ДК_{СФР}$), який розраховують за формулою $ДК_{СФР} = (D_1 + D_2 + D_3 + \dots + D_n) / Q_{\alpha-\beta}$, де D_n - діагностичний коефіцієнт по кожному із типів адаптивного реагування конкретного пацієнта, $Q_{\alpha-\beta}$ - показник рівня безпомилковості диференційної діагностики; і коли $ДК_{СФР} \leq -1,0$ констатують наявність недиференційованого соматоформного розладу, при значенні $ДК_{СФР} \geq +1,0$ - соматизованого соматоформного розладу, а у межах значень $ДК_{СФР}$ від $-1,0$ до $+1,0$ констатують діагностично невизначену ситуацію.

Діагностику соматизованих вегетативних соматоформних розладів досягають тим, що комплексно враховують виразність відомих типів адаптивного реагування пацієнта, що дозволяє у скрінінг-режимі визначитись стосовно діагностичної та психокорекційної тактики за рахунок використання найбільш інформативних критеріїв.

Спосіб виконують наступним чином: безпосередньо у натуральних умовах, наприклад при плановому обстеженні пацієнта, із застосуванням опитувальника ЛОБІ вимірюють індивідуальні рівні (співставляючи з референтними показниками, які наведені у дужках) виразності типів відношення до здоров'я: obsесивності (<4 або ≥ 4 балів), егоцентричності (<3 або ≥ 3 б.), сенситивності (<3 або ≥ 3 б.), тривожності (<4 або ≥ 4 б.) (можлива діагностика за даними обстеження крові), анозогнозичності (<5 або ≥ 5 б.), гармонійності (<7 або ≥ 7 б.), ергопатичності (<6 або ≥ 6 б.), неврастенічності (<3 або ≥ 3 б.), паранойяльності (<3 або ≥ 3 б.); після чого у визначеній послідовності виконують кількісну оцінку цих вимірів з використанням узагальненого диференційно-діагностичного критерію ($ДК_{СФР}$), який розраховують за формулою $ДК_{СФР} = (D_1 + D_2 + D_3 + \dots + D_n) / Q_{\alpha-\beta}$, де D_n - діагностичний рівень по кожному із типів адаптивного реагування конкретного пацієнта (відповідність отриманого значення діагностичним коефіцієнтам), $Q_{\alpha-\beta}$ - показник рівня безпомилковості диференційної діагностики; і коли $ДК_{СФР} \leq -1,0$ констатують наявність недиференційованого соматоформного розладу, при значенні $ДК_{СФР} \geq +1,0$ - соматизованого соматоформного розладу, а у межах значень $ДК_{СФР}$ від $-1,0$ до $+1,0$ констатують діагностично невизначену ситуацію.

Приклад, який ілюструє спосіб

Олексій К., 1993р.н., студент медичного коледжу. Заключний клінічний діагноз дисморфофобія, вегето-судинна дистонія за змішаним типом. На амбулаторному прийомі пацієнта, із застосуванням опитувальника ЛОБІ визначено, що рівень виразності окремих типів адаптивного реагування становить (в дужках подані діагностичні коефіцієнти

ти -ДК): обсеивності - 5 балів (ДК=+4,7), егоцентричності - 2 б. (ДК=+3,7), сенситивності - 2 б. (ДК=+5,1), тривожності - 3 б. (ДК=+1,8), анозогнозичності - 1 б. (ДК=+1,0), гармонійності - 6 б. (ДК=-0,9), ергопатичності - 6 б. (ДК=-0,8), неврастенічності - 3 б. (ДК=-1,7), паранояльності - 3 бали (ДК=+0,7). Для забезпечення точності на рівні $\pm 5,0\%$ диференційної діагностики вегетативного соматоформного розладу добираємо відповідне значення $Q_{\alpha-\beta}$, якому, як відомо із теорії послідовного аналізу, відповідає рівень діагностичного порогу 13,0, та виконуємо розрахунок узагальненого

диференційно-діагностичного критерія (ДК_{СФР}) до досягнення діагностичного порогу:
 $ДК_{СФР} = (D_1 + D_2 + D_3 + \dots + D_n) / Q_{\alpha-\beta}$
 $\beta = (+4,7 + 3,7 + 5,1) / 13 = +1,03$. Оскільки досягнуто діагностичного порогу, процедура діагностики призупинена та можна зробити висновок.

Висновок: у Олексія К., 1993р.н., студента медичного коледжу з дисморфобією та вегетосудинна дистонією за змішаним типом має місце вегетативний соматоформний розлад з соматизацією.