



УКРАЇНА

(19) UA (11) 67150 (13) U
(51) МПК
G01N 33/48 (2006.01)
A61B 5/16 (2006.01)

ДЕРЖАВНА СЛУЖБА
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ
УКРАЇНИ

ОПИС
ДО ПАТЕНТУ
НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

видається під
відповідальність
власника
патенту

(54) СПОСІБ ПРОГНОЗУВАННЯ ПСЕВДОАБСТИНЕНТНОГО СИНДРОМУ В РЕМІСІЙНОМУ ПЕРІОДІ У ПАЦІЄНТІВ НА ОПІОЇДНУ ЗАЛЕЖНІСТЬ

1

2

(21) u201105936

(22) 12.05.2011

(24) 10.02.2012

(46) 10.02.2012, Бюл. № 3, 2012 р.

(72) СОСІН ІВАН КУЗЬМИЧ, ОВЧАРЕНКО МИКОЛА ОЛЕКСІЙОВИЧ, ПІНСЬКИЙ ЛЕОНІД ЛЕОНІДОВИЧ, ГОНЧАРОВА ОЛЕНА ЮРІЇВНА, СКВИРА ІВАН МИХАЙЛОВИЧ, ЧУЄВ ЮРІЙ ФЕДОРОВИЧ, БУРМАКА НАДІЯ ПЕТРІВНА

(73) ХАРКІВСЬКА МЕДИЧНА АКАДЕМІЯ ПІСЛЯ-ДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ

(57) Спосіб прогнозування псевдоабстинентного синдрому в ремісійному періоді у пацієнтів на опіоїдну залежність, що включає діагностичний клініко-психопатологічний скринінг, який **відрізняється** тим, що додатково за даними УЗД виявляють стан печінки, здійснюють квантифікаційну оцінку факторів ризику рецидиву, порівнюють одержані математичні показники (прогностичні коефіцієнти) за

допомогою системи двох дискримінантних рівнянь (відповідно, №1 і №2):

$$F_1 = 4,32 * a + 1,19 * b + 1,13 * c - 0,56 * d - 1,84 * e - 18,13;$$

$$F_2 = 2,54 * a + 0,43 * b + 1,53 * c - 0,02 * d - 1,26 * e - 5,95,$$

де: F_1 - сумарна кількість балів дискримінантного рівняння № 1; F_2 - сумарна кількість балів дискримінантного рівняння № 2; цифрові показники у формулах - константи дискримінантного рівняння і дискримінантні коефіцієнти; a - сумарний показник афективного компонента (бали); b - астения (бали); c - гепатомегалія (бали); d - спленомегалія (бали); e - субіктеричність слизових оболонок (бали); * - знак множення та, якщо абсолютне значення $F_1 > F_2$, прогнозують розвиток псевдоабстинентного синдрому у наступні 3 місяці і призначають протирецидивну терапію.

Корисна модель належить до медицини, а саме до наркології, і може бути застосована для прогнозування рецидивонебезпечної клінічної ситуації у формі псевдоабстинентного синдрому.

В даний час в наркології науково-дослідницький акцент сфокусований на програмі клініко-психопатологічної, патопсихологічної, патофізіологічної ідентифікації та диференціації рецидивонебезпечних клінічних ситуацій (РНКС) ремісійного періоду (т.з. "терапевтичних мішеней"), з метою розробки адекватних засобів і методів превентивного протирецидивного їх усунення.

Серед безлічі виявлених в наркології РНКС найбільш актуальним і найменш вивченим є феномен псевдоабстинентного синдрому (ПАС), який реєструється у ремісійному періоді практично при всіх формах патологічної залежності, в т.ч. і при опіоїдній, і який у більшості випадків закінчується відновленням наркотизації пацієнта. Появу псевдоабстиненції розглядають як декомпенсацію ремісійного гомеостазу, нетривалого, легко порушеного привідними навантаженнями і який спонтанно вичерпується. Феномен

"псевдоабстиненції" є важливим дослідницьким напрямом в клінічній наркології, який формує структурно-динамічний аспект і стратегію лікування патологічної аддикції. (Пятницкая И.Н. Общая и частная наркология: Руководство для врачей. - М.: ОАО «Издательство «Медицина», 2008. - 640 с; Благоев Л.Н. Психопатологическая структура феномена "псевдоабстиненции" в клинике аддиктивного заболевания (на клиническом примере опиоидной зависимости) // Наркология. - 2010. - №3. - С. 27-31).

Клінічна картина ПАС включає в себе актуалізацію патологічного потягу до наркотику, специфічні депресивні або субдепресивні розлади різної структури з великою наявністю сенестопохондричних, алгічних розладів, а також вегетативних порушень, викликаних дисфункцією вегетативної нервової системи, що поєднує збудження симпатичного відділу з загальним виснаженням ЦНС. Розлади сну і настрою - найбільш стійкі симптоми в ремісії. Дисфорія і безсоння, як прояв псевдоабстиненції, служать частими

(13) U

(11) 67150

(19) UA

безпосередніми (фасадними) причинами рецидиву у хворих цієї групи.

Псевдоабстинентний синдром (ПАС) при всіх формах хімічної залежності протікає, як правило, гостро; при цьому потяг до наркотику часто носить генералізований характер. Хворі відмічають відчуття, що нагадують алгічні розлади в період гострої абстиненції, а соматовегетативні порушення у них нерідко досягають значного ступеня виразності. ПАС, що виникає починаючи з 7-8-го дня з моменту останнього вживання наркотику, вимагає невідкладного купіруючого впливу, як проти рецидивного заходу.

Якщо діагностика ПАС досить добре описана, йому присвячені спеціальні монографічні видання і розроблені клініко-психопатологічні способи діагностики (Плоткин Ф.Б. Псевдоабстинентный синдром в клинике аддикций: патогенетические механизмы и терапевтическая тактика // Наркология. - 2010. - №1. - С. 93-98), то способи прогнозування ПАС, що базуються на основі доказової медицини, практично відсутні.

Відомий спосіб прогнозування ПАС, суть якого в тому, що в предикційному патогенезі псевдоабстинентного синдрому у хворих на опіїдну залежність (ОЗ) певне значення можуть мати т.з. "тематичні сновидіння ремісійного періоду", що є провісниками ПАС, а потім і ланцюгового рецидиву наркотизації. Тематичні сновидіння можуть трансформуватися безпосередньо в рецидив наркотизації, минаючи етап псевдоабстинентного синдрому. У всякому разі і сновидіння наркотичного змісту, і ПАС вказують на наближення рецидиву (Пятницкая И.Н. Общая и частная наркология: Руководство для врачей. – М.: ОАО «Издательство «Медицина», 2008. – 640 с; Гайдабрус А.В. Феномен тематических сновидений в наркологии // Материалы VI-ї Української конференції з міжнародною участю «Довженківські читання: теорія і практика наркології». - Харків, 2005.-С 58-64).

До недоліків способу належить невизначеність і відсутність довготривалості прогнозу, оскільки псевдоабстинентний синдром може реалізуватися на наступний ранок після тематичних сновидень з наркотичною фавбулою або через місяць після серіальних сновидень, а може взагалі не сформуватися.

Відомий спосіб прогнозування ПАС в ремісійному періоді за критерієм напередодні перенесеного пацієнтом т.з. "індукованого" ("сухого") наркотичного сп'яніння, яке лежить в генезі декомпенсації ремісійного періоду зі спонтанними станами ажитації, що гостро розвиваються, психомоторного малопродуктивного збудження або, навпаки, стан психічного напруження в поєднанні зі специфічними соматоневрологічними дисфункціями, вегетативною симптоматикою, характерними для "псевдоабстинентного синдрому" (Пятницкая И.Н. Общая и частная наркология: Руководство для врачей. – М.: ОАО «Издательство «Медицина», 2008. – 640 с.

Цей спосіб також проблематичний щодо точного прогнозу ПАС.

Найбільш близьким та вибраним за прототип є спосіб клініко-діагностичної ідентифікації ПАС на основі трьох терапевтично значущих клінічних варіантів (по критерію переважності) афективного фону: тосчно-апатичний, тривожний, дисфороподібний, які реєструються на тлі обсе-сивного і постійного патологічного потягу. При диференційованому підході кожен варіант вимагає своєї протирецидивної терапевтичної схеми (Стрелец Н.В. / Псевдоабстинентный синдром при различных формах зависимости: клиника и лечение / Н.В. Стрелец, СИ. Уткин, Е.Ю. Григорьева // Вопросы наркологии - 2000. - № 1. - С. 30-39; Иванец Н.Н., Стрелец Н.В., Уткин СИ., Григорьева Е.Ю. Опыт применения атипичного нейролептика эглонила при лечении героиновой наркомании // Психиатрия и психофармакотерапия. Журнал для психиатров и врачей общей практики. -2001. - Том 3, № 3 - С. 91 - 93).

До недоліків даного способу належить та обставина, що ПАС ідентифікується "за фактом, коли він вже з'явився", а рецидив наркотизації, як правило, настає через 12-14 годин як прямий наслідок ПАС. Тобто проведення своєчасної превентивної запобіжної терапії практично не можливо (Плоткин Ф. Б. / Псевдоабстинентный синдром в клинике аддикций: патогенетические механизмы и терапевтическая тактика / Ф. Б. Плоткин // Наркология. - 2010. - №1. - С.93-98; Минко А.И. / Наркология / Минко А.И., Линский И.В. // М: Изд-во ЭКСМО, 2004. - 2-издание, испр. и доп. - 736 с).

Отже, до недоліків всіх відомих способів належить низька валідність і запізнений прогноз ПАС.

В основу корисної моделі поставлено задачу удосконалення способу прогнозування псевдоабстинентного синдрому в ремісійному періоді у хворих на опіїдну залежність, в якому за рахунок додаткової оцінки факторів ризику рецидиву, досягається підвищення якості та своєчасності прогнозування.

Поставлена задача вирішується в способі інтегрованого прогнозування псевдоабстинентного синдрому в ремісійному періоді у пацієнтів на опіїдну залежність, що включає діагностичний клініко-психопатологічний скринінг, згідно з корисною моделлю, додатково за даними УЗД виявляють стан печінки, здійснюють квантифікаційну оцінку факторів ризику рецидиву, порівнюють одержані математичні показники (прогностичні коефіцієнти) за допомогою системи двох дискримінантних рівнянь (відповідно, №1 і №2):

$$F_1 = 4,32 * a + 1,19 * b + 1,13 * c - 0,56 * d - 1,84 * e - 18,13,$$

$$F_2 = 2,54 * a + 0,43 * b + 1,53 * c - 0,02 * d - 1,26 * e - 5,95,$$

де: F_1 - сумарна кількість балів дискримінантного рівняння №1; F_2 -сумарна кількість балів дискримінантного рівняння №2; цифрові показники у формулах - константи дискримінантного рівняння і дискримінантні

коефіцієнти; a - сумарний показник афективного компонента (бали); b - астения (бали); c - гепатомегалія (бали); d - спленомегалія (бали); e - субіктеричність слизових оболонок (бали); * - знак множення та, якщо абсолютне значення $F_1 > F_2$,

прогнозують розвиток псевдоабстинентного синдрому у наступні 3 місяці і призначають протирецидивну терапію. Нашою творчою задачею стало створення наукової гіпотези про необхідність і можливість розробки простого, доступного для відтворення в амбулаторних умовах, ефективного комплексної способу прогнозування псевдоабстинентного синдрому з метою превентивного невідкладного його лікування у хворих на опіїдну залежність, що і визначило направлення даного дослідження. Важливість своєчасного прогнозування ПАС полягає і в тому, що наявні в терапевтичному арсеналі сучасні підходи до швидкої детоксикації при опіїдному абстинентному синдромі застосовуються також для лікування опіїдної псевдоабстиненції.

Спосіб, що заявляється, здійснюють шляхом використання наступних етапів.

а). Визначення діагностично значущих клініко-психопатологічних, патопсихологічних, патофізіологічних ознак, у групі хворих на опіїдну залежність, в клінічній картині яких раніше вже реєструвався псевдоабстинентний синдром (ПАС) і в групі порівняння - без ПАС; б). Створення на цій основі дискримінантного алгоритму прогнозування псевдоабстинентного синдрому у хворих на опіїдну залежність і оцінка його прогностичних можливостей.

Під нашим спостереженням перебувало 211 хворих ОЗ (201 чоловіки і 10 жінок) у віці від 18 до 49 років. У 33 пацієнтів в період ремісії раніше мав місце псевдоабстинентний синдром, у 178 - ознак ПАС в ремісійному періоді не відзначалося. Критеріями включення в дослідження було встановлення у хворого діагнозу - опіїдна залежність згідно з критеріями МКХ-10 (F 11.30).

Крім загальноприйнятого клініко-лабораторного обстеження у хворих на ОЗ проводився скринінг псевдоабстинентного синдрому для пошуку способу прогнозування як підстави для проведення його вторинної профілактики. У групах пацієнтів з ОЗ також проводилося визначення психологічних показників тесту Чередніченко-Альтшулера, адаптованого для обстеження наркозалежних хворих і комплексне клініко-патогенетичне обстеження з визначенням інтенсивності вираженості клінічних ознак за шкалою (0 - відсутність ознаки, 1 - незначна вираженість, 2 - помірна вираженість, 3 - значна вираженість ознаки).

Медико-статистичну обробку отриманих результатів, зокрема тесту Mann-Whitney, проводили за допомогою пакета статистичних програм "STATISTICA 8.0", Microsoft Excel 2003 в операційній системі Windows 7.

При порівнянні результатів психологічного обстеження хворих на ОЗ без подальшого розвитку ПАС (1 група) і при його наявності (2 група) було встановлено, що в період ремісії практично всі складові афективного компонента в 2 групі були вірогідно вище, ніж при відсутності ПАС. Зокрема, вираженість субдепресії становила $2,0 \pm 0,18$ бала (2 група) і $1,0 \pm 0,06$ бала (1 група) відповідно ($p < 0,046$), тривоги $2,0 \pm 0,15$ бала і $1,1 \pm 0,06$ бала ($p < 0,001$), емоційної лабільності $1,7 \pm 0,14$ і $1,2 \pm 0,06$

бала ($p < 0,008$) і дисфорії $1,6 \pm 0,2$ і $1,0 \pm 0,07$ бала відповідно ($p < 0,008$). При аналізі загального показника афективного компонента встановлено, що цей показник у 2 групі (при розвитку ПАС) перевищував рівень 1 групи в 1,7 раза ($7,3 \pm 0,09$ бала і $4,3 \pm 0,1$ бала відповідно; $p < 0,001$).

При порівнянні ознак вегетативного компонента тесту Чередніченко-Альтшулера достовірних відмінностей між показниками 1 і 2 групи встановлено не було ($2,1 \pm 0,1$ бала; $2,1 \pm 0,21$ бала відповідно; $p > 0,756$). Крім того, при аналізі його складових - тематичні наркотичні сновидіння зустрічалися в обох групах приблизно з рівною частотою ($1,0 \pm 0,07$ бали; $0,8 \pm 0,13$ бала відповідно; $p > 0,116$). Міжгрупових відмінностей не встановлено також по параметрах: мімічні реакції ($0,7 \pm 0,06$ бала; $0,7 \pm 0,011$ бала відповідно; $p > 0,561$), зміна апетиту ($0,4 \pm 0,09$ бала; $0,6 \pm 0,08$ бала відповідно; $p > 0,224$).

Ідеаторний компонент в стадії ремісії у хворих 2 групи достовірно не відрізнявся від цього показника 1-ї групи ($3,5 \pm 0,24$ бала; $4,1 \pm 0,19$ бала; $p > 0,064$). Поведінковий компонент також не мав достовірних міжгрупових відмінностей і становив відповідно в 1 групі - $2,2 \pm 0,07$ бала в 2-й - $2,2 \pm 0,16$ бала ($p > 0,795$).

При визначенні загального рівня показника тесту Чередніченко-Альтшулера нами встановлено, що в період ремісії у пацієнтів 2-ї групи має місце вірогідне зростання цього показника до $15,1 \pm 0,27$ балів порівняно з рівнем 1 групи хворих - $12,7 \pm 0,18$ балів ($p < 0,001$). Звичайно, тематичні сновиди відіграють певну роль у даному співвідношенні.

При аналізі клінічних ознак хронічної патології печінки в групах зіставлення нами встановлено, що розвиток ПАС супроводжується достовірним збільшенням частоти та тяжкості таких симптомів: слабкості ($1,6 \pm 0,19$ бала; $p < 0,001$), важкості в правому підребер'ї ($0,9 \pm 0,19$ бала; $P < 0,001$), нудоти ($0,9 \pm 0,21$ бала; $P < 0,001$), гепатомегалії ($2,0 \pm 0,14$ бала; $P < 0,001$), спленомегалії ($1,5 \pm 0,18$ бала; $P < 0,001$), телеангіектазії ($1,0 \pm 0,21$ бала; $P < 0,007$), субіктеричності слизових оболонок ($1,3 \pm 0,21$ бала; $p < 0,002$), позитивного симптому Ортнера - болючистість при механічному постукуванні по нижньому краю правої реберної дуги ($0,7 \pm 0,08$ бала; $p < 0,001$).

Після непараметричної оцінки достовірності відмінностей клініко-психопатологічних, патопсихологічних і патофізіологічних ознак нами було проведено дискримінантний міжгруповий аналіз для визначення показників, які найбільшою мірою відрізняють групи з різним прогнозом щодо розвитку ПАС. За результатами цього аналізу встановлено, що найвищий рівень дискримінантного коефіцієнта F має сумарний афективний компонент ($F = 34,3$; $P < 0,001$), сумарний показник тесту Чередніченко-Альтшулера ($F = 24,2$; $P < 0,001$), астенія ($F = 21,6$; $P < 0,001$), спленомегалія ($F = 19,1$; $P < 0,001$), гепатомегалія ($F = 17,3$; $P < 0,001$), тривога ($F = 16,2$; $p < 0,001$), субіктеричність слизових оболонок ($F = 15,7$; $P < 0,001$), позитивний симптом Ортнера ($F = 15,5$; $P < 0,001$).

Після оцінки дискримінантних властивостей ознак для прогнозування розвитку ПАС у хворих на ОЗ нами запропонована система дискримінантних рівнянь, яка створена в пакеті статистичних програм "Statistica 8.0" з використанням клініко-психопатологічних симптомів, які мають найбільший міжгруповий дискримінантний коефіцієнт F. Для обчислення коефіцієнтів у двох дискримінантних рівняннях у нашому способі використовувався ітераційний метод, коли програма послідовно підбирає числові значення коефіцієнтів, і кінцевим результатом цього відбору є найбільші дискримінантні властивості запропонованої системи рівнянь.

Для визначення прогнозу перебігу ОЗ щодо розвитку ПАС у пацієнтів з ОЗ обчислюється значення кожного з дискримінантних рівнянь (відповідно, №1 і №2):

$$F_1 = 4,32 * a + 1,19 * b + 1,13 * c - 0,56 * d - 1,84 * e - 18,13,$$

(рівняння №1);

$$F_2 = 2,54 * a + 0,43 * b + 1,53 * c - 0,02 * d - 1,26 * e - 5,95$$

(рівняння №2),

де:

F_1 - сумарна кількість балів дискримінантного рівняння № 1;

F_2 - сумарна кількість балів дискримінантного рівняння № 2;

4,32; 1,19; 1,13; 0,56; 1,84; 18,13 (в рівнянні №1) та 2,54; 0,43; 1,53; 0,02; 1,26; 5,95 (в рівнянні №2) - цифрові константи, визначені методами статистики.

a - сумарний показник афективного компонента (бали);

b - астения (бали);

c - гепатомегалія (бали);

d - спленомегалія (бали);

e - субіктеричність слизових оболонок (бали);

* - знак множення.

При перевищенні значення F_1 над F_2 встановлюється висока ймовірність розвитку ПАС у хворого на ОЗ у наступні 3 місяці ремісійного періоду.

Для цього в запропоновані рівняння вносяться результати однократного клінічного та психологічного обстеження одного хворого в період ремісії, виражене в балах, причому в перше і друге рівняння вносяться однакові значення.

Вираженість (в балах) афективного компонента в цілому (a) обчислюється за допомогою тесту Чередниченко-Альтшулера в модифікації (Д.М. Корошніченко, І.В. Пінський, 2009).

Найбільш прогностично значущі інші параметри (астения, гепатомегалія, спленомегалія, субіктеричність) квантифікуються наступним чином.

Астения (b) була оцінена за шкалою: 0 балів - відсутність астенії, 1 - незначна астения, 2 - помірна астения, 3 - виражена астения.

Гепатомегалія (c) була оцінена за шкалою: 0 балів - відсутність гепатомегалії; 1 бал - збільшення розмірів печінки на 1 см; 2 бали - збільшення розмірів печінки на 2 см; 3 бали -

збільшення розмірів печінки на 3 см і більше (по результатах проведеного УЗД-обстеження).

Спленомегалія (d) була оцінена за шкалою: 0 балів - відсутність спленомегалії; 1 бал - збільшення поздовжнього розміру селезінки на 1 см; 2 бали - на 2 см; 3 бали - збільшення на 3 см і більше.

Субіктеричність (e) - була оцінена за шкалою: 0 балів - відсутність субіктеричності слизових оболонок; 1 бал - субіктеричність слизових оболонок язика; 2 бали - субіктеричність слизових оболонок язика і задньої стінки глотки; 3 бали - субіктеричність слизових оболонок задньої стінки глотки, язика і очей.

Коефіцієнти (a, b, c, d, e) у цих двох рівняннях обчислено статистичним пакетом таким чином, що при наявності великих значень ознак (балів клінічних і психологічних симптомів) результат першого рівняння буде більше другого, а при малих значеннях цих ознак - результат другого рівняння буде більше першого. У разі рівності результатів - підсумки прогнозування визнаються невизначеними.

Використання запропонованого методу прогнозування можна проілюструвати наступними клінічними прикладами.

Приклад 1. Хворий С перебував на стаціонарному лікуванні в обласному наркологічному диспансері з діагнозом: Розлади психіки та поведінки внаслідок вживання опіоїдів, стан абстиненції, неускладнений (F11.30), супутній діагноз: Хронічний вірусний гепатит С в стадії реактивації, високого ступеня активності (B 18.2).

Після проведення стаціонарного лікування в період ремісії для прогнозування розвитку ПАС у хворого була оцінена вираженість клініко-психопатологічних, патопсихологічних симптомів, включених в дискримінантний алгоритм. Встановлено, що сумарний показник афективного компонента у цього хворого становив - 8 балів, астения - 3 бали, гепатомегалія - 3 бали; спленомегалія - 2 бали, субіктеричність слизових оболонок - 2 бали.

Після цього результати обстеження хворого були внесені в запропоновані дискримінантні рівняння (відповідно, №1 і №2):

$$F_1 (\text{балів}) = 4,32 * 8 \text{ балів} + 1,19 * 3 \text{ бали} + 1,13 * 3 \text{ бали} - 0,56 * 2 \text{ бали} - 1,84 * 2 \text{ бали} - 18,13 = 18,59 \text{ бала};$$

$$F_2 (\text{балів}) = 2,54 * 8 \text{ балів} + 0,43 * 3 \text{ бали} + 1,53 * 3 \text{ бали} - 0,02 * 2 \text{ бали} - 1,26 * 2 \text{ бали} - 5,95 = 5,93 \text{ бала}.$$

За результатами обчислення цих рівнянь за допомогою калькулятора встановлено, що значення F_1 у цього хворого більше, ніж F_2 (18,59 балів > 5,93 бала), що дозволяло прогнозувати у цього пацієнта розвиток псевдоабстинентного синдрому.

Через 1 місяць диспансерного спостереження у хворого С. дебютували симптоми ПАС на тлі реактивації хронічного гепатиту С, і з рецидивом вживання опіоїдних наркотиків цей пацієнт був госпіталізований в наркологічний диспансер.

Приклад № 2, який демонструє сприятливий варіант ремісії при ОЗ (без розвитку ПАС). Хворий Д., проходив стаціонарне лікування в обласному наркологічному диспансері з діагнозом: Розлади психіки та поведінки внаслідок вживання опіоїдів, стан абстиненції, неускладнений (F 11.30),

супутній діагноз: Хронічний вірусний гепатит С в стадії реактивації, високого ступеня активності (В18.2).

Після проведення курсу лікування для прогнозування розвитку ПАС в період ремісії у цього пацієнта була оцінена виразність клініко-психопатологічних і патофизиологічних симптомів: сумарний показник афективного компонента у цього хворого становив 4 бали, астения - 1 бал, гепатомегалія - 1 бал; спленомегалія - 1 бал, субіктеричність слизових оболонок - 1 бал.

Після цього результати обстеження хворого Д. були внесені в запропоновані дискримінантні рівняння (відповідно, №1 і №2):

F_1 (балів) = $4,32 \cdot 4$ бали + $1,19 \cdot 1$ бал + $1,13 \cdot 1$ бал - $0,56 \cdot 1$ бал - $1,84 \cdot 1$ бал - $18,13 = -0,93$ бала;

F_2 (балів) = $2,54 \cdot 4$ бали - $0,43 \cdot 1$ бал - $1,53 \cdot 1$ бал - $0,02 \cdot 1$ бал - $1,26 \cdot 1$ бал - $5,95 = 0,97$ бала.

За результатами обчислення цих рівнянь за допомогою калькулятора встановлено, що значення F_2 у цього хворого більше, ніж F_1 ($0,97$ бала > $-0,93$ бала), що дозволяло прогнозувати у цього пацієнта відсутність псевдоабстинентного синдрому в найближчі 3 місяці диспансерного спостереження.

Протягом періоду диспансерного спостереження (більше 1 року) у хворого Д. не було

верифіковано наявність ПАС і рецидивів вживання опіоїдних наркотиків.

Для оцінки прогностичних властивостей запропонованого методу нами, з метою екзаменаційної перевірки, були обчислені показники двох дискримінантних рівнянь у 85 хворих на ОЗ в період ремісії, які спостерігалися в обласному наркологічному диспансері.

Протягом 3 місяців ПАС розвився у 18 (21,2 %) з 85 пацієнтів ОЗ. За допомогою запропонованого дискримінантного методу правильно було прогнозовано 13 (72,2 %) випадків ПАС. Вірним було визначення відсутності ПАС у 42 з 67 (62,7 %) хворих на ОЗ.

Після статистичної обробки отриманої інформації нами встановлено такі результати: чутливість запропонованого методу = $13/13+5=0,722$ (72,2 %); специфічність = $42/42+25=0,627$ (62,7 %); прогностична цінність позитивних результатів = $13/13+25=0,342$ (34,2 %); прогностична цінність негативних результатів = $5/5+42=0,106$ (10,6 %); відношення достовірності для позитивних результатів = $0,722/1-0,627 = 1,94$; відношення достовірності для негативних результатів = $1-0,722/0,627 = 0,443$; точність методу = $13+42/13+42+5+25=0,647$ (64,7 %).