

Сэдок. – М.: Медицина, 1994. – Т. 1. – 672 с.

3. The fall downs of the WHO/Euro multicentre study on parasuicide. A. Schmidtke, D. De Leo, U. Bille – Brache et al. // Eur. Psychiatry. – 1998. – Vol. 13, suppl. 4. – P. 142 – 143.
4. Разводовский, Ю. Е. Алкоголь и суициды: популяционный уровень взаимосвязи / Ю. Е. Разводовский // Журн. Неврологии и психиатрии. – 2004. – Вып. 2. – С. 49

АЛГОРИТМ ДЛЯ УСТАНОВЛЕНИЯ ДИАГНОЗА СВД

Зиматкина О.С., Ляликов С.А.

УО «Гродненский государственный медицинский университет»
г. Гродно, Беларусь

Проблема соматоформных расстройств (СР) и, в частности, соматоформной вегетативной дисфункции (СВД) является одной из важнейших в современной медицине. С одной стороны, это проблема общемедицинская, поскольку в ней сочетаются интернистский, психиатрический и психологический аспекты. С другой стороны, как в психиатрии, так и в соматической медицине они вызывают значительные трудности в изучении. СР выделяются среди других заболеваний в отношении их особой значимости для личности больного и затрат на медицинское обслуживание [1]. Согласно имеющимся в литературе данным, в настоящее время СР широко распространены среди взрослого населения, в том числе и среди считающих себя практически здоровыми: в популяции вегетативные нарушения различной степени выраженности, начиная с пубертатного возраста, встречаются в 25-80% наблюдений [2, 3, 4].

В медицинской практике в отношении детей на сегодняшний день существует 2 основных подхода при постановке диагноза СВД-педиатрический (интернистический) и психиатрический. Педиатры опираются в основном на объективные клинические проявления расстройства, обусловленные нарушением баланса симпатического и парасимпатического звеньев вегетативной регуляции. Как правило, кодируется этот диагноз рубрикой G 90.8 согласно используемой в настоящее время МКБ 10 (СВД G). Психиатры и психотерапевты, в со своей стороны, во главу угла ставят субъективное отношение пациента к своему соматическому состоянию. Это, в первую очередь, наличие самых разнообразных жалоб со стороны органов и систем при отсутствии признаков их органического нарушения, а также серьезная озабоченность ребенка состоянием своего соматического здоровья. Психиатры и психотерапевты используют в основном рубрику F 45.3 согласно МКБ 10 [5] (СВД F). Таким образом, в настоящее время отсутствует согласованность между врачами различных специальностей,

в первую очередь, в диагностике СВД и, как следствие, в тактике применяемого лечения.

С целью повышения эффективности диагностики СВД у детей и для упрощения проведения дифференциальной диагностики вариантов СВД (СВД-Г и СВД-Ф) нами был разработан простой и удобный диагностический алгоритм. В основу его легли показатели, наиболее ассоциированные с данным диагнозом: пол, состояние вегетативного тонуса и вегетативной реактивности (по результатам КИГ), оценка по шкалам «Самоописание» и «Отношение к своему здоровью», психологический тип (по опроснику ОРІ [6]), а также результат тестирования по опроснику Вейна.

Диагностическое решение принимается в зависимости от суммы баллов, которыми оценивается каждый из приведенных выше показателей. Если обследуемый мужского пола – ему присуждается 0 баллов, женского – 1 балл. Эйтония оценивается 0 баллов, симпатикотония, как и паросимпатикотония – 1 баллом. Нормотония дает 0 баллов, гиперсимпатикотония, как и асимпатикотония – 1 балл. Оценка по каждой из шкал («Самоописание», «Отношение к своему здоровью») менее 60 приносит 0 баллов, 60 и более – 1 балл. За принадлежность к 4-му психологическому типу 1 балл вычитается, ко 2-му и 5-му – 1 балл прибавляется, принадлежность к 1-му и 3-му психологическим типам дает 0 баллов. Если результат тестирования по опроснику Вейна менее 14 – из суммы вычитается 3 балла, от 14 до 24 – прибавляется 3 балла, 25 и более – прибавляется 6 баллов. Возможный вариант оценочной анкеты приведен в таблице 1.

Таблица. 1. – Алгоритм для установления диагноза СВД и дифференциальной диагностики его вариантов (СВД-Г и СВД-Ф)

Условие	Баллы
Пол (мужской – 0, женский – +1)	
Вегетативный тонус (эйтония – 0, другой вариант – +1)	
Вегетативная реактивность (нормальная – 0, другой вариант – +1)	
Самоописание (<60 баллов – 0, ≥60 баллов – +1)	
Отношение к своему здоровью (<60 баллов – 0, ≥60 баллов – +1)	
Психологический тип (4-й – -1, 1-й и 3-й – 0, 2-й и 5-й +1)	
Результат тестирования по опроснику Вейна (<14 баллов – -3, ≥14 баллов и <25 баллов – +3, ≥25 баллов – +6)	
Сумма баллов	

Пороговые значения для шкал «Самоописание» и «Отношение к своему здоровью», а также для результатов тестирования по опроснику Вейна были установлены с помощью ROC-кривых.

Площадь под ROC-кривой для шкалы «Самоописание», составила $0,716 \pm 0,018$ (границы 95% доверительного интервала 0,681 и 0,751), $p < 0,0001$. Точка разделения с оптимальной специфичностью 5% – 60 (то есть, только у 5% обследуемых, набравших по шкале «Самоописание» 60 и более баллов, отсутствует СВД).

Площадь под ROC-кривой для шкалы «Отношение к своему здоровью», была равна $0,681 \pm 0,018$ (границы 95% доверительного интервала 0,646 и 0,717), $p < 0,0001$. Точка разделения со специфичностью (5%) также равнялась 60.

Площадь под ROC-кривой для результатов тестирования по опроснику Вейна при постановке диагноза СВД была равна $0,968 \pm 0,006$ (границы 95% доверительного интервала 0,956 и 0,980), $p < 0,0001$. Точка разделения равнялась 14, чувствительность 94%, специфичность 94%.

Площадь под ROC-кривой для результатов тестирования по опроснику Вейна при определении точки разделения для дифференциального диагноза СВД-G и СВД-F, была равна $0,897 \pm 0,016$ (границы 95% доверительного интервала 0,865 и 0,928), $p < 0,0001$. Точка разделения равнялась 25, чувствительность 89%, специфичность 83%.

Для исследования возможности использования предлагаемого алгоритма в клинической практике балльная оценка была произведена у 818 детей, находившихся под нашим наблюдением. У 326 детей, которым при клиническом осмотре диагноз СВД был исключен, оценки распределились от -5 до 2, причем, только у 1,8% обследованных они превысили 0 баллов. Величина оценок у 130 детей с диагностированным СВД-G была от 1 до 8 баллов. Следует отметить, что во всех случаях она превышала 0 и только в 14,5% случаев была больше 5 баллов. Граничные значения оценок у 362 детей с установленным диагнозом СВД-F составили 5 и 11 баллов, причем оценку 5 баллов получили только 1,4% обследованных.

Установленный характер распределения балльных оценок у обследованных детей позволил нам предложить следующий способ трактовки результатов, если:

- сумма ≤ 0 – диагноз СВД отвергается,
- сумма > 0 и ≤ 5 – выставляется диагноз СВД-G,
- сумма > 5 – выставляется диагноз СВД-F.

Для определения качества разработанного алгоритма были использованы методы доказательной медицины. Рассчитывалась эффективность алгоритма при диагностике СВД (таблица 2) и для проведения дифференциальной диагностики между СВД-G и СВД-F (таблица 3).

Таблица. 2. – Результат оценки качества алгоритма при диагностике СВД (СВД-G + СВД-F)

Результаты расчета	Д-з СВД установлен	Д-з СВД отсутствует
сумма > 0	492	6
сумма ≤ 0	0	320
Диагностическая чувствительность (ДЧ)= 100,0%		
Диагностическая специфичность (ДС)= 98,2%		
Диагностическая эффективность (ДЭ)= 99,1%		
Прогностическая ценность положительного результата (ПЦПР)= 98,8%		
Прогностическая ценность отрицательного результата (ПЦОР)= 100,0%		

Таблица. 3. – Результат оценки качества алгоритма при проведении дифференциальной диагностики между детьми с СВД-G и СВД-F

Результаты расчета	Установлен д-з СВД-F	Установлен д-з СВД-G
сумма >5	357	19
сумма ≤5 и >0	5	111
Диагностическая чувствительность (ДЧ)= 98,6%		
Диагностическая специфичность (ДС)= 85,4%		
Диагностическая эффективность (ДЭ)= 92,0%		
Прогностическая ценность положительного результата (ПЦПР)= 94,9%		
Прогностическая ценность отрицательного результата (ПЦОР)= 95,7%		

Таким образом, использование предлагаемого алгоритма в клинической практике позволит со 100% надежностью исключить у обследуемых диагноз СВД, при этом гипердиагностика составит только 1,2%. Вероятность того, что у ребенка, набравшего более 5 баллов, диагноз СВД-F равна 94,9%, а ошибки диагностики СВД-G будут встречаться только в 4,3% случаев.

ЛИТЕРАТУРА

1. Клиническая психиатрия. Детский возраст: учеб.пособие / Е.И. Скугаревская [и др.]; под ред. Проф. Е.И. Скугаревской. – Мн.: Выш. Шк., 2006. – 463 с.
2. Карпюк В.А. Опыт психотерапии соматоформной вегетативной дисфункции в психосоматическом стационарном отделении. Психотерапия и клиническая психология, 2007, № 2 (21). С. 28-29.
3. Александровский Ю.А. Пограничные психические расстройства. -М., 2000. – 496с.
4. Гиндикин В.Я. Справочник: Соматогенные и соматоформные расстройства (клиника, дифференциальная диагностика, лечение). – М.: Издательство «Триада – X», 2000. – 256с.
5. Родцевич О.Г. Инструкция по диагностике и лечению психосоматических расстройств у детей и подростков. Минск 2003
6. Обухов С.Г. Диагностика и терапия невротических расстройств: методические рекомендации Минздрава Беларуси. – Гродно, 1999. – 36 с.