

мозга (на 3-и сутки) и острая сердечно-сосудистая недостаточность (на 17-е сутки).

Отсроченная аденомэктомия произведена 32 больным в возрасте от 62 до 85 лет в среднем через 7 суток после троакарной эпицистостомии. Троакарная эпицистостомия исключает образование грубых рубцов надлобковой области, что облегчает оперативное вмешательство с глухим швом мочевого пузыря.

Из числа пациентов, перенесших отсроченную аденомэктомию, погиб 1 больной от тромбоэмболии легочной артерии на 10-е сутки после операции. У остальных больных послеоперационный период протекал без осложнений.

Выполнение экстренной, срочной и отсроченной одномоментной чрезпузырной надлобковой аденомэктомии дает возможность сократить число катетеризаций мочевого пузыря и предупредить развитие септических осложнений. Показаниями к экстренной аденомэктомии являются следующие осложнения аденомы предстательной железы: а) тампонада мочевого пузыря кровяными сгустками; б) профузная уретероррагия, ложный ход уретры после инструментального вмешательства и катетеризации; в) острая задержка мочи, когда невозможно провести катетеризацию (стриктура уретры, камень задней уретры и т. д.) при удовлетворительном состоянии больных.

Срочная аденомэктомия показана у больных с острой задержкой мочи при их удовлетворительном состоянии; предварительно необходимо провести минимальный комплекс исследований, позволяющих определить функциональное состояние почек, печени, органов дыхания, сердечно-сосудистой системы.

Отсроченная аденомэктомия производится у больных с острой задержкой мочи, у которых аденома предстательной железы осложнилась: а) инфицированием мочевыводящих путей из-за многократной катетеризации мочевого пузыря; б) рецидивирующей острой и хронической задержкой мочи с почечной недостаточностью (при II—III стадиях).

Во всех остальных случаях следует осуществлять в плановом порядке одномоментную надлобковую чрезпузырную аденомэктомию с глухим швом мочевого пузыря.

#### ЛИТЕРАТУРА

Тиктинский О. Л., Алетин Р. Р., Новиков И. Ф. Урология, 1973, 4.

Поступила 19 апреля 1977 г.

УДК 616.85—071.1

## КЛИНИЧЕСКИЙ ОПРОСНИК ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ И ОЦЕНКИ НЕВРОТИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЙ

*К. К. Яхин, Д. М. Менделевич*

*Кафедра психиатрии (зав.— проф. В. С. Чудновский) Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института им. С. В. Курашова*

**Реферат.** В соответствии с клиническими симптомами невротических состояний создан опросник для их выявления и оценки. На основании данных опроса 100 здоровых людей и 50 больных неврозами вычислены диагностические коэффициенты для каждого признака по градациям ответов. Опросник имеет шкалы, позволяющие дать характеристику основных синдромов выявляемых нарушений. Проверка показала достаточную адекватность и надежность разработанного опросника.

Научно-технический прогресс создает новые, более сложные условия труда, требующие от человека повышенного внимания и напряжения. Особенно это касается трудовых процессов с четко ограниченным объемом времени и большим количеством операций, на конвейерных системах. При ряде производственных операций рабочие подвергаются воздействию внешних раздражителей — шума, недостаточного освещения или абсолютной темноты, вибрации. Такие условия труда могут стать причиной невротизации, ухудшения состояния здоровья и снижения трудоспособности [6 и др.].

Для изучения отклонений в нервно-психической сфере людей, работающих в сложных условиях труда, необходимы соответствующие методики. Наиболее точную информацию, безусловно, обеспечивает клинический метод, но при массовом обследовании его использование затруднительно. Наряду с клиническим все большее распространение получают психологические методы исследования, включающие и разнообразные опросники. Последние направлены на изучение деформаций отдельных свойств личности или личности в целом. Однако существующие методики позволяют получить лишь количественную оценку этих нарушений и не дают возможности судить об их качественной структуре.

Перед нами стояла задача создать качественно новый опросник для оценки уровня невротизации испытуемого. При составлении опросника мы опирались на клиниче-

ские описания [1, 4, 5, 7, 8]. Для выявления признаков вегетативных нарушений был использован опросник  $VeLa$  [9].

Первоначальный вариант состоял из 92 вопросов. Для оценки выраженности каждого из 92 признаков невротических проявлений использовалась система из пяти градаций: признак встречается почти постоянно — 1, часто — 2, иногда — 3, редко — 4, никогда — 5. Такая система оценок позволяет подходить к определению своего состояния испытуемым более дифференцированно, чем система «да», «нет». Опросник был предварительно опробован на 100 здоровых лицах и 50 больных неврозами, находившихся на лечении в Казанском городском психоневрологическом диспансере и в отделении неврозов Республиканской психиатрической больницы МЗ ТАССР. Диагноз, поставленный этим больным врачами отделений, был подтвержден нами по клиническим данным. Больных, у которых диагнозы, поставленные двумя врачами, не совпадали, мы не включали в группу обследуемых.

Обработку данных проводили в несколько этапов. На первом этапе вычисляли средние величины оценок по градациям в группе здоровых и больных как по отдельным шкалам, так и в целом по опроснику. Для контрольной проверки группу здоровых разделили на две произвольно отобранные подгруппы из 47 и 53 человек, в которых высчитывали средние величины по отдельным признакам и по шкалам. Различия оценок по шкалам между исследуемыми подгруппами оказались незначительными и статистически недостоверными, что говорит о надежности полученных результатов.

Средние арифметические величины, хотя они и показывают разную информативность задаваемых вопросов и могут служить для иллюстрации оценок в группе здоровых и больных, все же не дают возможности учитывать «вес» признака, его диагностическую ценность для дифференциации этих групп. Более адекватной и приближенной к клиническому анализу является оценка признака по частоте его распределения в группе больных и здоровых. Поэтому нами был применен метод последовательной статистической процедуры, который ранее для аналогичных целей использовался рядом авторов [3].

Применяя этот метод, мы подсчитали частотное распределение признаков в группе больных и здоровых. На основе полученных данных были вычислены диагностические коэффициенты ( $DK$ ) для каждого признака в зависимости от градации ответов по следующей формуле:

$$DK = \log \frac{P^a}{P^b},$$

где  $P^a$  — частотное распределение (в %) признаков в группе здоровых;

$P^b$  — частотное распределение (в %) признаков в группе больных. Выбор признаков осуществляется с помощью информационной меры расхождения Кульбака:

$$I_x = \sum_{j=1}^s (P^a - P^b) \log \frac{P^a}{P^b},$$

где  $s$  — число градаций ответов,  $j$  — номер градации ответов,  $x$  — номер признака, по которому идет сравнение.

Информационная мера Кульбака соответствует средней алгебраической сумме  $DK$  по всем градациям для так называемого «среднего пациента» [3] и показывает относительную ценность данного признака в опроснике. Если мера Кульбака значимо отличается от нуля, она обладает информативностью и может служить мерой расхождения признаков.

Применяя эту формулу, мы отобрали наиболее информативные вопросы, которые расположили в порядке убывания «веса» (диагностической значимости). Первые 24 признака, для которых  $I$  была больше 1,25, обнаружили достаточную информативность при выявлении астенического состояния.

Применение этих 24 вопросов дало возможность не только констатировать наличие или отсутствие невротических признаков, но и определить степень их выраженности. Расширив опросник до 68 признаков, у которых  $I$  была больше 0,25, мы разделили все вопросы на шесть шкал для выявления тревоги, невротической депрессии, астении, истерического типа реагирования, обсессивно-фобических и вегетативных нарушений. Такое разделение позволило оценить качественное своеобразие невротической симптоматики, выявить ведущие синдромы и степень их выраженности.

По каждой выделенной шкале вычисляли алгебраическую сумму диагностических коэффициентов, которая оказалась различной в группе больных и здоровых (см. табл.).

Так как индивидуальные значения  $DK$  отличаются от средних величин для группы в целом, необходимо было выяснить порог различения, с помощью которого можно было бы определить принадлежность испытуемого к группе  $A$  или группе  $B$ . Если считать признаки относительно независимыми, то порог можно вычислить по допустимой вероятности ошибки. Для того, чтобы отнести обследуемое лицо к группе  $A$ , необходимо, чтобы алгебраическая сумма его  $DK^a_{пор.}$  была больше  $\log \frac{1 - P^a}{P^b}$ ,

## Результаты суммирования диагностических коэффициентов для «среднего пациента»

Шкалы	Значение сумм ДК	
	группа А (здоровые)	группа В (больные)
Тревога . . . . .	+5,36	-5,88
Невротическая депрессия . . . . .	+5,12	-6,84
Астения . . . . .	+6,15	-7,34
Истерический тип реагирования . . . . .	+6,69	-5,06
Обсессивно-фобические нарушения . . . . .	+4,06	-5,53
Вегетативные нарушения . . . . .	+10,31	-13,74

а для того, чтобы считать обследуемого принадлежащим к группе В, сумма  $DK^b$  пор. должна быть меньше  $\log \frac{P^a}{1 - P^b}$ , где  $P^a$  — степень вероятности того, что здоровый признан больным;  $P^b$  — степень вероятности того, что больной признан здоровым [2, 3].

Мы взяли  $P^a$  и  $P^b$  равными 0,05 (достоверность результатов — 95%). Порог для А составил +1,28, для В — 1,28. Сумма диагностических коэффициентов у обследуемых лиц, попадающих в промежутки между +1,28 и -1,28, указывает на неопределенность полученных результатов, что может свидетельствовать о недостаточности информации или же о том, что имеющиеся психические нарушения не достигли степени болезненного состояния.

По нашим данным из 100 здоровых и 50 больных лишь у 9 сумма диагностических коэффициентов оказалась в промежутке между +1,28 и -1,28. Остальные лица по сумме ДК четко распределились в соответствии с их групповой принадлежностью.

Проверка показала достаточную адекватность опросника целям его разработки. Выделение наиболее информативных вопросов с помощью меры Кульбака и оценка «веса» признаков по их частотному распределению в группе больных и здоровых значительно повысили надежность опросника. Он может быть применен в двух вариантах. При необходимости экспресс-диагностики в условиях массового обследования могут быть использованы первые 24 вопроса, позволяющие обнаружить невротические состояния и определить степень их выраженности. Для более углубленного исследования опросник применяется целиком. Оценка состояния испытуемого по выделенным шкалам дает возможность не только выявить ведущие синдромы невротического состояния, но и дать их качественный анализ.

### ЛИТЕРАТУРА

1. Бамдас Б. С. Астенические состояния. М., Медгиз, 1961.— 2. Генкин А. А. В сб.: Проблемы вычислительной диагностики. Л., «Наука», 1969.— 3. Гублер Е. В. Там же.— 4. Давиденков С. Н. Неврозы. М., Медгиз, 1963.— 5. Краснушкин Е. К. Избранные труды. М., 1960.— 6. Разумов С. А. В кн.: Эмоциональный стресс в условиях нормы и патологии человека. Л., «Медицина», 1976.— 7. Свядощ А. М. Неврозы и их лечение. М., «Медицина», 1971.— 8. Кемпинский А. Психопатология неврозов. Варшава, 1975.— 9. Fahrenberg I. Ein itmanalyzierter Fragebogen funktionellkörperlicher Berschwerden (VeLa). Diagnostica, 1965, 11.

Поступила 17 января 1978 г.

УДК 616.714/716—073.75

## НОВЫЙ АСПЕКТ РЕНТГЕНОКРАНИОЛОГИИ

И. Х. Галимов, М. Х. Файзуллин

*Кафедра рентгенологии (зав.— заслуж. деят. науки РСФСР и ТАССР проф. М. Х. Файзуллин) Казанского ГИДУВа им. В. И. Ленина, кафедра психиатрии (зав.— проф. В. С. Чудновский) Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института им. С. В. Курашова*

**Реферат.** Рассматриваются возможности антропологического принципа интерпретации показателей рентгенограмм черепа. Антропологический подход к изучению рентгенограмм 431 больного шизофренией, 99 их родителей и психически здо-