

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 $ДК^b_{пор.}$ 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 itmanalytischer Fragebogen funktionellkörperlicher Beschwerden (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 рентгенокраниограмм 431 больного шизофренией, 99 их родителей и психически здо-

ровых людей (1371 чел.) позволил выявить различия в распределении крайних и аномальных вариантов строения черепа. Групповой статистический анализ обнаруживает накопление большинства аномальных особенностей строения черепа в группе больных шизофренией и их родителей, многократно (более чем в 5—10 раз) превышающее частоту аномалий в контроле. Аномальные и крайние варианты строения черепа пробандов совпадали с такими же свойствами черепа их родителей. Отмечается перспективность антропологических и генетических аспектов рентгенокраниологии для разработки конституционально-биологических проблем в психиатрии и особенно в клинической генетике.

В повседневной практике главной, определяющей целью рентгенографии черепа многие специалисты считают выявление изменений, возникающих уже в процессе жизни обследуемого. Однако такой однозначный подход к толкованию снимков черепа суживает возможности этого метода.

Возникнув в недрах неврологии и нейрохирургии, нейрорентгенология как сложившийся диагностический метод была перенесена в другие клинические дисциплины, в частности в психиатрию, практически без учета ее специфики. Рентгенокраниология в психиатрии, особенно при изучении наследственных заболеваний, должна быть построена на стремлении интерпретировать выявляемую рентгенологическую картину с позиций вероятной эндогенной обусловленности болезни.

Кости черепа в ходе индивидуального развития закладываются позже головного мозга, и это во многом определяет характер их взаимоотношений — формирующий головной мозг в онтогенезе стимулирует закладку и развитие мозгового отдела черепа [1]. Следовательно, различные отклонения в строении и структуре черепа косвенно

Распределение крайних и редких признаков строения черепа по данным рентгенокраниографии у больных шизофренией и в контрольной группе

Рентгенологические признаки	Контроль $n = 617$	Больные шизофренией, $n = 431$	P
	частота в % $M \pm m$	частота в % $M \pm m$	
Гидроцефальная конфигурация	$3,9 \pm 0,8$	$7,6 \pm 1,3$	$< 0,02$
Ромбовидная конфигурация	$1,4 \pm 0,4$	$15,5 \pm 1,7$	$< 0,001$
Щитовидная конфигурация	$1,3 \pm 0,4$	$5,8 \pm 1,1$	$< 0,002$
Индекс высоты лицевого скелета более 105 . .	$6,9 \pm 1,0$	$18,1 \pm 1,8$	$< 0,01$
Утолщение костей свода	$10,2 \pm 1,2$	$36,3 \pm 2,3$	$< 0,002$
Истончение костей свода	$6,4 \pm 1,0$	$27,8 \pm 2,2$	$< 0,001$
Метопизм (полный)	$1,4 \pm 0,4$	$13,9 \pm 1,7$	$< 0,001$
Сагиттальный шов без перехвата между теменными костями	$1,4 \pm 0,4$	$31,1 \pm 2,2$	$< 0,001$
Рудиментарная лобная пазуха	$12,6 \pm 1,3$	$24,1 \pm 2,0$	$< 0,02$
Гиперпневматизация лобных пазух	$5,0 \pm 0,9$	$14,4 \pm 1,4$	$< 0,01$
Гиперпневматизация сосцевидных отростков . .	$17,2 \pm 1,5$	$35,3 \pm 2,3$	$< 0,02$
Малый вариант турецкого седла	$8,9 \pm 1,1$	$38,9 \pm 2,3$	$< 0,002$
Максимальный вариант турецкого седла	$1,8 \pm 0,5$	$5,6 \pm 1,1$	$< 0,01$
Массивная спинка седла	$8,3 \pm 1,1$	$25,7 \pm 2,1$	$< 0,01$
Плоское турецкое седло	$1,9 \pm 0,5$	$9,7 \pm 1,4$	$< 0,002$
Базальный угол менее 105°	$2,6 \pm 0,7$	$14,1 \pm 1,4$	$< 0,001$
Уплощенные углы нижней челюсти более 130° .	$7,8 \pm 1,1$	$23,4 \pm 2,0$	$< 0,002$
Гипертрофия углов нижней челюсти	$1,3 \pm 0,4$	$11,1 \pm 1,2$	$< 0,001$
Аномалии прикуса	$3,7 \pm 0,8$	$8,9 \pm 1,4$	$< 0,02$
Высокое расположение зубовидного отростка аксиса	$2,8 \pm 0,7$	$18,3 \pm 1,8$	$< 0,001$
Гипоплазия атланта	$3,7 \pm 0,8$	$9,7 \pm 1,4$	$< 0,01$
Отверстие в задней дужке атланта	$2,6 \pm 1,8$	$16,7 \pm 1,8$	$< 0,001$
Обызвествление межклиновидных связок седла .	$6,3 \pm 0,9$	$11,6 \pm 1,5$	$< 0,002$
Обызвествление серповидного отростка	$8,1 \pm 1,1$	$19,7 \pm 1,9$	$< 0,01$

могут характеризовать функциональные свойства и индивидуальные особенности головного мозга. Поэтому вполне возможно, что редкие и аномальные показатели, выявляемые на рентгенограммах черепа при наследственно обусловленных заболеваниях, не являются результатом самого болезненного процесса, а указывают на биологические особенности формирования костей черепа и, косвенно, на индивидуальные свойства центров головного мозга, имеющих отношение к развитию и трофике костной системы.

Обширный материал для рентгенолога дает клиника психических болезней, при которых возможно как отсутствие выраженных биологических изменений в организме, так и (примерно в равных отношениях) наличие многообразных наследственных, врожденных аномалий развития и патологических процессов в центральной нервной системе и черепе.

Руководствуясь изложенным, мы провели систематизированный антропологический анализ рентгенологических особенностей черепа больных шизофренией и их родителей в сравнении с данными психически здоровых людей.

Материалом исследования послужили рентгенограммы черепа 431 больного шизофренией (157 мужчин и 274 женщин в возрасте от 15 до 34 лет) и 99 их родителей (64 матерей и 35 отцов в возрасте от 40 до 60 лет). Рентгенологическое исследование черепа у родителей проводили только по клиническим показаниям.

Контрольные группы составили психически здоровые люди, подвергнутые рентгенокраниографии по поводу травматических повреждений головы: 617 чел. в возрасте от 15 до 34 лет (мужчин — 303, женщин — 314) и 754 чел. в возрасте от 40 до 60 лет (мужчин — 334, женщин — 420).

Стоявшие перед нами задачи кратко формулировались следующим образом: изучить особенности распределения в группе больных шизофренией тех признаков черепа, которые редко встречаются у психически здоровых; выявить корреляцию распределения этих рентгенологических показателей с болезнью и с особенностями строения черепа родителей больных.

Для решения этих задач было необходимо составить определенную программу изучения черепа, доступную и одинаково воспринимаемую рентгенологами и психиатрами. Наиболее удобным и целесообразным оказался принцип выделения крайних вариантов строения — максимальных и минимальных. Эти показатели по кривой нормального распределения в однородной группе занимают краевые, пограничные зоны и в общей популяции обнаруживаются редко.

Статистический анализ материала мы проводили по специально составленной программе и в разработанной последовательности. Все операции выполняли на ЭВМ. Оценку различия накопления каждого признака в сравниваемых группах проводили по Пирсону. Статистически достоверным, существенным считалось различие частот со значением $P < 0,02$ — $P < 0,001$.

Наши исследования выявили значительное накопление крайних и аномальных вариантов строения черепа у больных шизофренией (см. табл.).

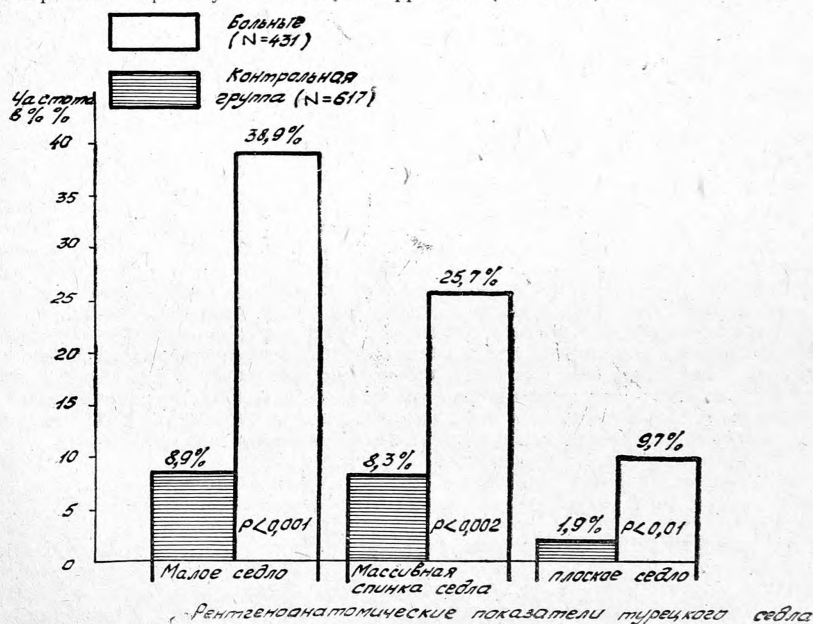


Рис. 1. Диаграмма сравнительного распределения некоторых признаков строения турецкого седла среди больных шизофренией и психически здоровых.

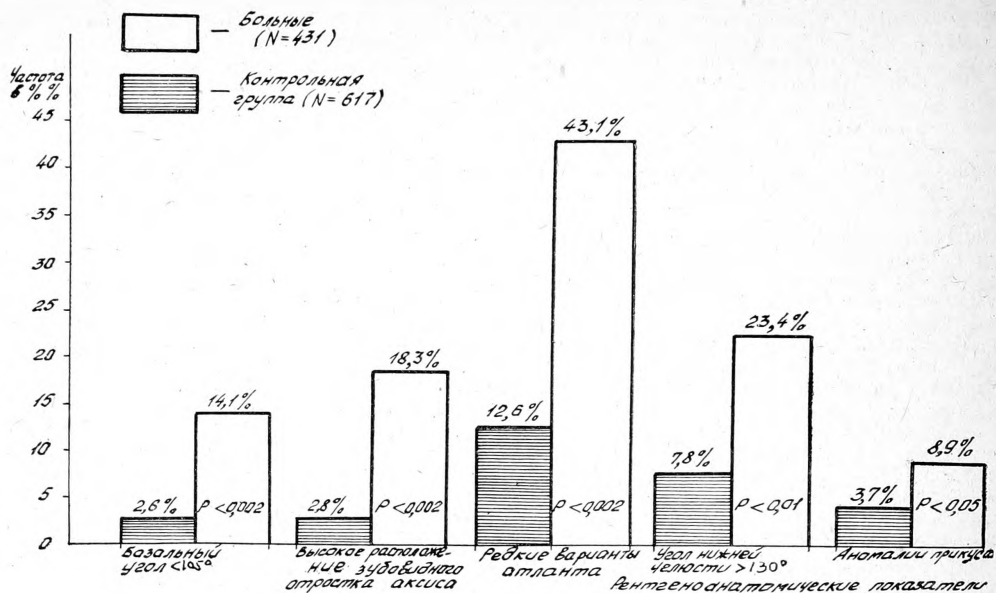


Рис. 2. Диаграмма сравнительного распределения отдельных рентгенологических показателей строения краниовертебральной области и нижней челюсти среди больных шизофренией и психически здоровых.

Данные рентгенографии черепа больных шизофренией характеризовались накоплением крайних и редких вариантов строения отдельных анатомических образований, многократно (более чем в 3—10 раз) превышающим их частоту у психически здоровых. Различия накопления отдельных показателей черепа иллюстрируются рис. 1 и 2. В числе наиболее часто обнаруживаемых при шизофрении признаков были: ромбовидная фронтальная конфигурация черепа, сагиттальный шов без перехвата и наличие гребня вдоль стреловидного шва, утолщения лобной кости, равномерное истончение костей свода, метопизм, гипертрофированные углы нижней челюсти, базальный угол менее 105° (по Ландцерту). Статистическая достоверность разницы в частоте их выявления оказалась весьма существенной (см. табл.).

Наличие какой-либо аномалии или редкого варианта строения черепа или атланта может еще не иметь определенного клинического значения. Однако обнаружение нескольких крайних вариантов или аномалий у одного и того же лица позволяет вывести более конкретное суждение о сомато-биологическом статусе больного, то есть выводы становятся более вероятными. Совокупность четырех и более крайних и редких признаков у одного и того же больного выявлялась в $61,9 \pm 2,3\%$, тогда как в контрольной группе она не обнаруживалась ни разу.

У родителей больных шизофренией также отмечено значительное накопление (в 2—6 раз чаще, чем в соответствующей контрольной группе) крайних и аномальных вариантов строения черепа. У матерей пробандов наиболее часто встречаются ромбовидная фронтальная конфигурация черепа, признаки метопизма, утолщения лобной кости, недоразвитие (слабая пневматизация) лобных пазух, уплощенные углы нижней челюсти (более 130°), высокое расположение зубовидного отростка аксиса, базальный угол менее 105°, гипоплазия атланта. Отцы пробандов отличаются значительным накоплением признаков равномерного истончения костей свода черепа, высотного индекса лицевого скелета более 105 (соотношение морфологической высоты лица и ушного диаметра черепа) и редкого варианта атланта — отверстия в задней его дужке.

Следовательно, данные наших клинко-рентгенологических и сравнительно-статистических исследований черепа свидетельствуют о значительной частоте крайних форм его строения у больных шизофренией и их родителей.

Наиболее существенным результатом наших изысканий можно считать четко выявляемую корреляцию этих аномальных признаков, обнаруживаемых у больных шизофренией, со структурными особенностями черепа их родителей. Сравнительный анализ рентгенологических данных показал повторяемость (совпадение) значительной части крайних и редких вариантов строения отдельных образований черепа у пробанда и у одного из родителей в $93 \pm 3\%$ и у пробанда и обоих родителей — в $60 \pm 9\%$. Установлены наиболее часто совпадающие, то есть повторяющиеся у пробандов и родителей, показатели, в их числе: утолщение костей черепа, гипо- и гиперпневматизация лобных и сфеноидальной пазух, признаки метопизма, малые и аномальные варианты турецкого седла, усиление рисунка каналов диплоэтических вен, уплощенные углы нижней челюсти (более 130°), высокое расположение зубовидного отростка аксиса,

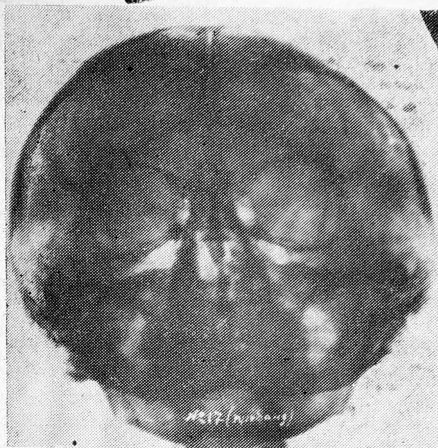


Рис. 3. Фотокопия рентгенограммы черепа в подбородочно-носовой проекции больной Б., 24 лет (диагноз — злокачественная шизофрения, состояние дефекта). На снимке определяется метопический шов, кости свода истончены.

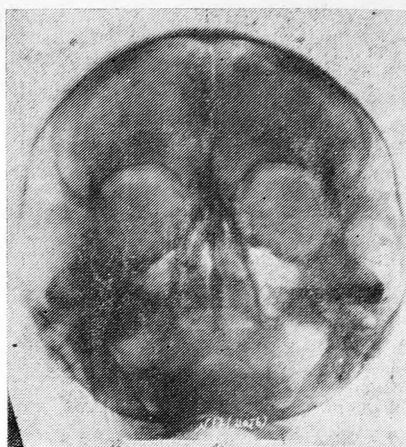


Рис. 4. Фотокопия с подбородочно-носовой рентгенограммы черепа матери больной Б. (рис. 3) в возрасте 45 лет (имеет шизоидные особенности характера). На снимке: так же, как и у дочери, определяется незаращенный метопический шов, правая верхнечелюстная пазуха в два раза меньше в размерах, чем левая.



Рис. 5. Контактная копия фрагмента боковой рентгенограммы черепа больной М., 20 лет (диагноз — злокачественная шизофрения, параноидная форма). На снимке определяется окостенение межклиновидных связок турецкого седла и отверстие в задней дужке атланта.



Рис. 6. Контактная копия фрагмента боковой рентгенограммы черепа матери больной М. (рис. 5) в возрасте 50 лет (имеет шизоидные особенности личности). На снимке выявляется обызвествление межклиновидных связок турецкого седла и неполное отверстие в задней дужке атланта.

отверстия в задней дужке атланта. Установленные нами факты доказывают существование определенной связи между наследственно обусловленными нарушениями психической деятельности и особенностями формирования черепа. Для иллюстрации приводим фотокопии с рентгенограмм черепа пробандов и их родителей (рис. 3—6).

Посвященные этой теме немногочисленные публикации содержат несистематизированные обобщения «неожиданных» находок на рентгенограммах черепа психически больных. Авторы часто обнаруживали признаки, которые в общемедицинской практике трактуются как явления эндокринной патологии или же как следствие аномального развития черепа [2].

С точки зрения биологической сущности изученные нами крайние и редкие варианты строения черепа и краниовертебральной области следует рассматривать как результат нарушенного развития и формирования скелета. Фактический материал данного исследования в соответствии с литературными установками допускает утверждение, что эндокринные и дизонтогенетические факторы, обуславливающие эти варианты строения, тесно связаны между собой. Все это дает основание расценивать наличие у одного больного нескольких крайних и редких аномальных свойств черепа как косвенное указание на неправильную закладку нервной системы на ранних этапах онтогенеза и аномальное последующее ее развитие (дизонтогенез).

Крайние и редкие варианты строения черепа не являются специфичными для шизофрении. Они встречаются и у психически здоровых людей, но многократно и статистически достоверно реже и в меньших сочетаниях, чем у больных шизофренией. Наш фактический материал позволяет высказаться в пользу того, что толкование

рентгенологических показателей черепа с позиций антропологии обогащает возможности рентгенологического метода.

Наличие нескольких аномалий у одного лица может в какой-то мере служить показателем определенного преморбидного биологического фона болезни. Их учет в общем комплексе других клинических методов исследования будет нацеливать, как мы считаем, на выявление отдельных биологических свойств организма больного. Для такого суждения имеется достаточное количество предпосылок в литературе.

Таким образом, сравнительный конституционально-биологический анализ рентгенологических данных черепа, способствуя выявлению важных диагностических элементов на обычном рентгеновском снимке, представляет собой новый аспект рентгенодиагностики. Он расширяет перспективы рентгенологического метода для практики и научных разработок преморбидного и наследственного конституционально-биологического фона заболеваний, в патогенезе которых эндогенные факторы имеют существенное значение.

ЛИТЕРАТУРА

1. Кочеткова В. И. Палеоневрология. М., Издание МГУ, 1973.—
2. Kraft E., Finby N., Schilling A. Am. J. Roentgenol., 1963, 89, 6.—
3. Kraft E., Finby N. Clin. Radiol., 1967, 18, 272.

Поступила 17 января 1978 г.

В ПОМОЩЬ ПРАКТИЧЕСКОМУ ВРАЧУ

УДК 615.357.453:616—08—039.35

ИНТЕНСИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ГЛЮКОКОРТИКОИДАМИ

В. И. Плоткин

(Горький)

Стероидные гормоны — могучие лекарственные средства, подобных которым медицина никогда не имела. Е. М. Тареев [10], касаясь вопросов лечения больных системной красной волчанкой, писал: «Уже первый опыт гормональной терапии системной красной волчанки, даже при применении невысоких доз и коротких курсов, свидетельствовал (как и при лечении ревматоидного артрита) о разительной, не достижимой ранее никаким иным лечением симптоматической ее эффективности».

Небывалые результаты лечения многих заболеваний обусловлены тем, что глюкокортикоиды (а не другие гормоны) выполняют в организме защитные функции. «Если половые гормоны необходимы для сохранения вида, то гормоны коры надпочечников предназначены для сохранения индивидуума» [21]. Нельзя, разумеется, делать вывод о том, что назначение гормонов полезно во всех случаях; в естественное течение защитных реакций не следует вмешиваться без нужды. Ключом к рациональному применению гидрокортизона и его производных может стать лишь полное раскрытие их биологического значения.

В организме человека, как известно, существуют два варианта секреции кортизола: 1) секреция в обычных условиях жизни, проходящая в основном во второй половине ночи, утром и днем. За это время в кровь выделяется около 20 мг кортизола (гидрокортизона); 2) усиленная секреция (до 200 мг кортизола) во время стресса, возникающая в любое время суток. Высокое содержание кортизола в тканях необходимо для того, чтобы пережить критическую ситуацию, для мобилизации защитных сил организма [3, 7, 11, 14, 23, 24].

Имея в виду относительную недостаточность физиологической секреции, глюкокортикоиды назначают рано утром или утром и днем в количестве, эквивалентном 15—20 мг кортизола. Предполагая недостаточную секрецию или недостаточное усвоение гормона во время стресса, в этот период вводят до 200—250 мг гидрокортизона или эквивалентное количество других глюкокортикоидов. Эти варианты введения гормонов используются при заместительной терапии.

Применяя гормоны, клиницисты установили, что во многих случаях