

При комплексном исследовании новорожденных следует обращать особое внимание на их неврологический статус, поскольку натальная травма шейного отдела спинного мозга и позвоночных артерий вызывает функциональную непроходимость пищеварительного тракта в форме пилороспазма, недостаточности кардии, спастической дискинезии тонкой кишки, динамической непроходимости кишечника. Спастическая форма дискинезии тонкой кишки может способствовать возникновению инвагинации.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Баиров Г. А. // Неотложная хирургия детей. — М., Медицина, 1984. — 2. Дещкина М. Ф. // Внутречерепная родовая травма новорожденных. — Автореф. докт. дисс. — М., 1969. — 3. Долецкий С. Я., Пугачев А. Г. // Непроходимость пищеварительного тракта у новорожденных и грудных детей. — М., Медицина, 1980. — 4. Зедгендзе Г. А., Осипова Т. А. // Неотложная рентгенодиагностика у детей. — Л., Медицина, 1980. — 5. Тагер И. Л. // Рентгенодиагностика заболеваний органов пищеварения у детей. — М., Медицина, 1974. — 6. Фомиш Г. Б. // Клиническая рентгенодиагностика врожденных стенозов привратника и двенадцатиперстной кишки детей грудного возраста. — Автореф. канд. дисс. — М., 1962.

Поступила 19.02.85.

УДК 616.89 — 008.441.13 — 084.4

## КЛИНИЧЕСКИЙ ОПРОСНИК ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ РАННИХ ПРИЗНАКОВ АЛКОГОЛИЗМА

К. К. Яхин, В. Д. Менделевич

*Кафедра психиатрии (зав. — проф. Д. М. Менделевич) Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института имени С. В. Курашова*

Поиск способов объективизации диагностического процесса является одной из ведущих проблем современной психиатрии и наркологии. Основной упор в диагностике психических заболеваний делается на выявление симптомов, специфичных для той или иной нозологической формы, причем оценка наблюдаемых психопатологических феноменов дается по данным клинко-описательного метода исследования. Последнее обстоятельство может приводить к субъективизации диагностики, так как одни и те же симптомы могут по-разному трактоваться исследователями.

Большое социальное значение имеет дифференциальная диагностика алкоголизма как болезни с неумеренным употреблением спиртных напитков в форме бытового пьянства, являющегося предвестником алкоголизма. Значимость поставленной проблемы заключается в том, что правильная дифференциация этих состояний открывает перспективы в отношении разработки профилактических мероприятий. Истинная (первичная) профилактика алкоголизма проводится у лиц, которые еще не перешли границы, отделяющей пьянство как распушенность от пьянства как болезни. Достоверные различия этих качественно различных друг от друга состояний лежат в основе деления профилактики на два этапа. На первом осуществляется первичная профилактика алкоголизма, о которой уже упоминалось, способствующая снижению уровня заболеваемости алкоголизмом; на втором — вторичная, приводящая к не менее значимым результатам — предупреждению дальнейшего усугубления алкоголизма и развитию стойких ремиссий у больных, леченных от алкоголизма.

Больные, страдающие хроническим алкоголизмом, а зачастую и их родственники не видят принципиальной разницы между алкоголизмом и бытовым пьянством, что затрудняет диагностику заболевания, отодвигает сроки начала лечения и ухудшает прогноз.

В последние годы в связи с улучшением антиалкогольной пропаганды многие больные алкоголизмом познакомились с основными признаками данного недуга, что привело к возрастанию числа лиц, диссимулирующих болезнь, то есть скрывающих или пытающихся скрыть от медицинского персонала основные ее симптомы. Вследствие этого затруднилось выявление врачом в непосредственной беседе с больным признаков заболевания: больные часто уклоняются от ответов на прямые вопросы врача, пытающегося уточнить алкогольный анамнез (например, на такие: «Опохмеляетесь ли Вы?», «Бывают ли у Вас запои?», «Нет ли у Вас тяги к спиртному?» и т. д.). Объективные методы диагностики, включающие

сведения о человеке со слов родственников, сослуживцев, соседей, также не всегда достоверны, поскольку при характеристике обследуемого окружающие часто сравнивают его с другими лицами, употребляющими спиртные напитки.

Трудности диагностики алкоголизма, кроме этих субъективных факторов, усугубляются наличием и объективного — алкогольного изменения личности. Длительное злоупотребление спиртными напитками приводит к снижению критической оценки больными своего болезненного состояния, отрицанию симптомов алкоголизма, что обусловлено как механизмами «психологической защиты», так и интоксикационным поражением головного мозга.

Трудности в диагностике и задачи первичной и вторичной профилактики алкоголизма поставили психиатров и наркологов перед необходимостью изыскания дополнительных методов распознавания алкоголизма, в частности психологических. Для массовых исследований чаще применяются методы опроса, позволяющие за относительно небольшое время получить данные о значительном числе обследуемых. Однако в области наркологии существующие методы недостаточно надежны и валидны, к тому же они очень громоздки. Так, например, известны несколько модификаций Миннесотского многопрофильного личностного опросника (MMPI), которые включают дополнительные шкалы алкоголизма и алкогольной дифференциации. Использование этих методов в условиях массового обследования затрудняется трудоемкостью (каждый обследуемый в среднем затрачивает до 2,0—2,5 ч на ответы) и недостаточной надежностью шкал опросника, которые дают до 35—40% диагностических расхождений.

Среди отечественных разработок наибольшее применение нашла модификация патохарактерологического диагностического опросника [2], который включает шкалу «отношение к спиртным напиткам» и содержит 14 вопросов. Однако изолированное применение шкалы не представляется возможным, так как вопросы могут вызвать лишь психологическую склонность к алкоголизации и предназначены только для подросткового возраста.

Нами была предпринята попытка создания оригинального опросника с применением математических методов оценки каждого симптома (ответа на вопрос) в постановке диагноза «бытовое пьянство» или «хронической алкоголизм». В качестве базы для разработки оригинального метода опроса нами использовались клинические признаки ранних проявлений алкоголизма. Учитывались также данные самооценки больных алкоголизмом — признаки, по которым пациенты считали себя больными алкоголизмом, и те, которые, по их мнению, никакого отношения к заболеванию не имели.

Первоначальный вариант состоял из 75 вопросов, разделенных условно на две группы, отражавших признаки физической и психической зависимости, нервно-психические и вегетативные проявления алкоголизма, а также демонстрировавших нарушения микросоциальной ориентации лиц, страдающих алкоголизмом и бытовым пьянством. При утвердительном ответе обследуемого считалось, что данный признак у него присутствует, при отрицательном — отсутствует. Вопросы предъявлялись в двух формах — в прямой и косвенной. Сформулированные прямо, «незавуалированно», использовались не столько для выявления признаков алкоголизма, сколько для оценки степени диссимуляции имеющихся симптомов болезни. Подобные вопросы дублировались косвенными, на которые при обработке результатов обращалось больше внимания, то есть они имели большую диагностическую ценность. Косвенные вопросы часто формулировались так, чтобы обследуемый экстраполировал, проецировал собственные симптомы болезни на окружающих.

Работа над опросником проходила в несколько этапов. На первом этапе были обследованы 150 здоровых лиц (рабочие предприятия, водители автотранспорта) и 150 больных хроническим алкоголизмом, леченных в стационарных отделениях Казанской городской психоневрологической больницы им. В. М. Бехтерева и Республиканского наркологического диспансера МЗ ТАССР. Диагноз больным ставился врачами отделений и подтверждался нами клинически. В случае несовпадения диагнозов двух врачей больные для разработки не брались.

После получения утвердительных и отрицательных ответов подсчитывалось их число в обеих группах. Однако разделение вопросов, характерных для группы больных и здоровых по их относительному преобладанию, не позволяет учитывать диагностическую ценность признака. Более адекватным и приближенным к клиническому анализу является оценка признака по частоте его распределения в группе больных и здоровых. Применяя этот метод, мы определили частотное распределение признаков в группе здоровых и больных и на основе полученных

данных рассчитали диагностические коэффициенты (ДК) для каждого признака.

$$\text{ДК} = 10 \lg \frac{P_a}{P_b}, \text{ где}$$

$P_a$  — частотное распределение признаков в группе здоровых,  $P_b$  — в группе больных.

Наиболее информативные признаки выбирали с помощью информационной меры расхождения Кульбака [1].

$$I_x = \sum_{j=1}^S (P_a - P_b) \lg \frac{P_a}{P_b}, \text{ где}$$

$S$  — число градаций ответов ( $S = 2$ );  $j$  — номер градации ответов;  $x$  — номер признака, по которому идет сравнение.

Если мера Кульбака значительно отличается от нуля, то она обладает информативностью и может служить мерой расхождения признаков. Поскольку индивидуальные значения диагностических коэффициентов отличаются от средних величин для групп в целом, необходимо было выяснить порог различия, с помощью которого можно было бы определить принадлежность обследуемого к группе А (здоровые) или В (больные). Если считать признаки относительно независимыми, то порог можно вычислить по допустимой вероятности ошибки. Обследуемое лицо будет относиться к группе А, если алгебраическая сумма его ДК<sub>а</sub> пор.

превысит  $10 \lg \frac{1 - P_a}{P_b}$ , к группе В — при сумме ДК<sub>в</sub> пор., меньшей  $10 \lg \frac{P_a}{1 - P_b}$ ,

где  $P_a$  — допустимая вероятность диагностики здорового больным;  $P_b$  — допустимая вероятность диагностики больного здоровым. Мы взяли  $P_a$  и  $P_b$ , равными 0,05 (достоверность результатов — 95%). Порог для А составил +12,8, для В —12,8. Сумма диагностических коэффициентов у обследуемых лиц, попадающих в промежуток между +12,8 и —12,8, указывает на неопределенность полученных результатов и может свидетельствовать о недостаточности информации или же о том, что имеющиеся психические нарушения не достигли степени болезненного состояния.

На втором этапе для проверки надежности параметров, получаемых с помощью опросника, было проведено обследование 130 здоровых мужчин, 110 больных алкоголизмом и 40 пациентов с неврозами. Среди больных алкоголизмом диагноз заболевания подтвердился у 98 человек (сумма ДК ниже —12,8); 10 пациентов по данным опросника были признаны страдающими бытовыми формами пьянства (сумма ДК от —12,8 до +12,8); и лишь 2 больных были отнесены к здоровым (сумма ДК выше +12,8). Среди здоровых у 8 лиц данные диагностических коэффициентов оказались в пределах от +12,8 до —12,8, у остальных обследованных был подтвержден уровень здоровья. Ни один больной неврозом по результатам обследования не попал в группы пациентов, страдающих алкоголизмом или бытовыми формами пьянства.

Данные, полученные при апробации разработанного клинического опросника для выявления ранних признаков алкоголизма, свидетельствуют о достаточной надежности работы с опросником, его соответствии целям.

В результате апробации первоначального варианта опросника, состоявшего из 75 вопросов, были выделены 35 вопросов, значимость которых с применением меры расхождения Кульбака оказалась достаточной для диагностики ранних признаков алкоголизма. Для повышения валидности опросника в условиях Татарской АССР все вопросы были сформулированы как на русском, так и на татарском языках. В окончательном варианте клинического опросника они распределены в случайном порядке, хаотично, вне зависимости от их валидности.

#### О П Р О С Н И К

1. Принято ли у Вас хранить дома запасы спиртных напитков?
2. Легко ли Вас переспорить?
3. Откажетесь ли Вы от затеи выпить, если у Вас не хватит немного денег?
4. Верно ли, что нужно много доказательств для убеждения людей в какой-нибудь истине?
5. Приходилось ли Вам одалживать деньги на выпивку?
6. Верно ли, что большинство людей честны лишь из-за страха попасться на обмане?
7. Считаете ли Вы, что Ваша семейная жизнь такая же хорошая, как и у большинства Ваших знакомых?
8. Бывает ли, что Вас иногда подмывает затеять с кем-нибудь драку?
9. Бывали ли у Вас периоды, когда Вы что-то делали, а потом не знали, что именно Вы делали?
10. Верно ли, что скандал из-за лишней рюмки часто разрушает семью?
11. Вам все равно, что о Вас думают другие?

12. Считаете ли Вы, что «длинные» тосты мешают хорошему проведению застолья?
13. Верно ли, что жены сами часто виноваты в том, что их мужья много пьют?
14. Часто ли Ваши родственники были настроены против Ваших знакомых?
15. Считаете ли Вы проявлением неуважения к компании, если человек отказывается от выпивки, ссылаясь на состояние своего здоровья?
16. Верно ли, что единственная интересная страница в газетах — это раздел юмора?
17. Глупо ли осуждать человека, обманувшего того, кто сам позволяет себя обманывать?
18. Оправдываете ли Вы начальство за выговор человеку, пришедшему на работу с похмелья после поминок?
19. Думаете ли Вы в разгар застолья о том, чтобы «припасти» спиртное на утро?
20. Приходилось ли Вам сожалеть (испытывать чувство неловкости) о своем поведении в нетрезвом виде, о котором Вы сами не помните?
21. Прежде чем что-нибудь сделать необходимо ли Вам остановиться и подумать, даже если речь идет о мелочах?
22. Может ли умеренно пьющий человек случайно попасть в медвытрезвитель?
23. Ослабевает ли у Вас желание выпить после сытного обеда?
24. Считаете ли Вы, что будущее настолько неопределенно, что бессмысленно строить какие-либо серьезные планы?
25. Играете ли Вы в домино, шашки во дворе после работы?
26. Меняют ли Ваше настроение мысли о предстоящей выпивке?
27. Опомеллаетесь ли Вы?
28. Бывает ли, чтобы Вы не помнили на утро то, что делали в нетрезвом виде накануне?
29. Ограничиваете ли Вы гостей в выпивке у себя дома?
30. Часто ли на следующий день после выпивки Вы плохо себя чувствуете?
31. Легко ли изменить мнение, если до этого оно казалось Вам окончательным?
32. Приходилось ли Вам изредка сожалеть о том, что не хватает выпивки?
33. Замечаете ли Вы, что стали более медлительны и вялы, нет прежней энергичности?
34. Чувствуете ли Вы себя усталым и «разбитым» («неотдохнувшим») после сна?
35. Замечаете ли Вы, что прежняя работа дается Вам труднее и требует больших усилий?

Таблица диагностических коэффициентов

ДА	НЕТ	ДА	НЕТ	ДА	НЕТ			
1)	+2,6	-1,1	13)	+1,5	-2,0	25)	-16,0	+2,3
2)	-2,6	+0,4	14)	-4,5	+1,8	26)	-3,8	+3,0
3)	-1,3	+1,3	15)	-12,6	+0,8	27)	-17,0	+3,8
4)	-2,0	+1,5	16)	-12,0	+1,5	28)	-5,3	+2,8
5)	-9,5	+35,0	17)	-6,0	+3,8	29)	-2,0	+3,4
6)	-3,0	+0,8	18)	-3,0	+2,6	30)	-2,3	+3,8
7)	+2,6	-4,5	19)	-8,1	+1,5	31)	-4,5	+1,3
8)	+3,8	-1,1	20)	-5,3	+8,8	32)	-5,3	+2,0
9)	-5,5	+1,5	21)	-3,4	+4,8	33)	-11,0	+4,3
10)	-1,8	+5,1	22)	-3,0	+5,1	34)	-7,0	+2,3
11)	-12,6	+0,8	23)	-3,4	+3,8	35)	-6,0	+1,3
12)	-4,2	+1,5	24)	-9,0	+1,8			

Сферами применения разработанного клинического опросника являются врачебные экспертные комиссии по оценке здоровья лиц, поступающих на работу и учебу, готовящихся стать водителями автотранспорта, военнослужащих, призывающихся в ряды Советской Армии, находящихся под следствием и проходящих судебно-психиатрическую экспертизу. Выявление признаков бытового пьянства и алкоголизма по данным опросника должно привести к более тщательному изучению состояния здоровья этих лиц, определению их годности к работе в тех или иных отраслях производства. Уточнение диагноза хронического алкоголизма с помощью разработанного опросника у лиц, совершивших преступление в нетрезвом виде, объективизирует применение ст. 62 УК РСФСР, предопределяющую принудительное лечение от алкоголизма в местах лишения свободы. Если при приеме на работу обследование с помощью клинического опросника дает результаты, свидетельствующие о наличии признаков алкоголизма или бытового пьянства, то в одном случае администрация предприятия может поставить перед таким человеком условие обязательного лечения от алкоголизма; в другом — включить его в группу риска для проведения первичной целенаправленной профилактики алкоголизма. Оценка степени алкоголизации по данным опросника водителей автотранспорта дает возможность адекватного определения их пригодности к вождению, ибо в настоящее время эта пригодность устанавливается лишь по их регистрации в наркологическом диспансере. Последнее обстоятельство приводит к тому, что к вождению автотранспорта может быть допущена группа лиц, не состоящих на учете в диспансере, но подверженных бытовому пьянству или страдающих алкоголизмом. Особенно важно проводить обследование с помощью

клинического опросника водителей, лишенных водительских прав за нарушение дорожного движения в нетрезвом состоянии.

Клинический опросник для выявления ранних признаков алкоголизма направлен на раскрытие возможной диссимуляции симптомов болезни лицами, страдающими хроническим алкоголизмом, определение достоверных начальных симптомов алкоголизма и дифференциально-диагностических критериев для отграничения их от признаков бытового пьянства.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Гублер Е. В. // Вычислительные методы анализа и распознавания патологических процессов.— М., 1978.— 2. Личко А. Е. // В кн.: Методы психологической диагностики и коррекции в клинике.— Л., 1983.

Поступила 20.06.85.

УДК 616.981.46—053.2

### КЛИНИКО-ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ РАЗЛИЧИЯ ОСТРЫХ РЕСПИРАТОРНЫХ ВИРУСНЫХ ИНФЕКЦИЙ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА, ЧАСТО И РЕДКО ИМИ БОЛЕЮЩИХ

А. Д. Царегородцев, Н. И. Кузнецова, Л. М. Малышева, Т. И. Низамова

*Кафедра детских инфекций (зав.— проф. А. Д. Царегородцев) Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института имени С. В. Курашова, инфекционная клиническая больница № 1 имени проф. А. Ф. Агафонова (главрач — З. С. Тавлинова), г. Казань*

До настоящего времени окончательно не установлены причины повторных острых респираторных вирусных инфекций (ОРВИ) у детей раннего возраста. Целью настоящей работы было изучение особенностей клинического течения ОРВИ и иммунного статуса детей раннего возраста, часто и редко болеющих этими инфекциями.

Под наблюдением находилось 132 больных ОРВИ в возрасте от 1 года до 3 лет. От 1 года до 2 лет было 87 (65,9%), от 2 до 3 — 45 (34,1%). Все больные в зависимости от частоты ОРВИ, зарегистрированных у них в течение последнего года, были разделены на 2 сопоставимые по возрасту группы: в 1-ю (37 чел.) вошли дети, болеющие ОРВИ от 7 до 10 раз в год, во 2-ю (95) — до 6 раз в год.

По мнению ряда авторов [2, 4], от 6 раз в год ОРВИ переносят почти все дети и только при обострениях инфекции до 7 и более раз в год их можно считать часто болеющими.

Другие факторы, отягчающие течение ОРВИ (аллергический диатез, анемия, ранний перевод на искусственное вскармливание и др.), были зарегистрированы в обеих группах примерно с одинаковой частотой (у 27 из 37 в 1-й группе и у 70 из 95 — во 2-й).

В качестве показателей иммунологического статуса больных ОРВИ оценивали активность системы нейтрофильного фагоцитоза в спонтанной и стимулированной вакциной реакциях восстановления нитросинего тетразолия (НСТ-тест) [7] в модификации [1] с вычислением показателя фагоцитарного резерва (ПФР), то есть разности стимулированной и спонтанной НСТ-редукции; определяли уровень опсопинов крови по альтернативному каскаду  $C_3$  компонента комплемента методом радиальной иммунодиффузии [5]. Функциональную активность Т-клеток крови оценивали в реакции бласттрансформации лимфоцитов (БТЛ), индуцируемой ФГА [8]. О состоянии гуморального звена иммунитета судили по концентрации сывороточных иммуноглобулинов G, A и M с помощью метода радиальной иммунодиффузии [5]. Уровень циркулирующих иммунных комплексов (ЦИК) находили методом, разработанным в Казанском НИИЭМ [3].

Исследования у больных проводили в острой фазе ОРВИ (при поступлении в стационар) и в периоде выздоровления (через 5—10 дней). С контрольной целью было обследовано 17 здоровых детей в возрасте от 1 года до 3 лет.

Результаты клинических наблюдений позволили выявить ряд особенностей клинического течения ОРВИ у часто и редко болеющих детей (табл. 1).

Как видно по данным табл. 1, ОРВИ у часто болеющих детей характеризовались меньшей выраженностью и продолжительностью лихорадки, интоксикации,