

величин. Через 3 года изучаемый показатель превысил исходный показатель на 55 %. Эндогенные патогены, накапливающиеся в организме женщин при ношении ВМС более 2-х лет, являются инициаторами воспаления, активируя синтез макрофагами первичных медиаторов воспаления.

Выводы

1. Ношение ВМК более 2-х лет приводит к развитию гемолитической ситуации, о чем свидетельствует увеличение уровня МДА в 2,8 раза и ЦИК на 55 %.

2. В связи с возрастанием содержания уровня МДА и ЦИК у женщин репродуктивного возраста с латентной формой дефицита железа через 1,5–2 года ношения ВМК Т-Си-380 для проведения лечебных мероприятий необходимо удаление внутриматочной спирали.

ЛИТЕРАТУРА

1. Джаббарова, Ю. К. Железодефицитная анемия в акушерстве и гинекологии: метод. рекомендации / Ю. К. Джаббарова, Г. Б. Маликова. — Ташкент, 2011. — 27 с.
2. Маматкулова, Д. Ф. К вопросу о частоте железодефицитной анемии среди женщин фертильного возраста / Д. Ф. Маматкулова // Вестник врача. — Самарканд, 2009. — № 5. — С. 52–54.
3. Саидкариев, Б. К. Преимущества применения ВМС – как надежного метода контрацепции / Б. К. Саидкариев // Вестник врача ВОП. — 2009. — Часть II, № 3. — С. 334–335.
4. Файзырахманова М. М. Иммунная система женщин репродуктивного возраста, принимающих различные контрацептивы / М. М. Файзырахманова // Педиатрия (Узб.). — Ташкент, 2003. — Спец. вып. — С. 169–171.
5. Backman T., Rauramo I. [et al.] // Obstet. Gynecol. — 2005. — Vol. 106, № 4. — P. 813–817.

УДК 616.895.8-072

ОБ ОСОБЕННОСТЯХ ПРИМЕНЕНИЯ В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ ПСИХОМЕТРИЧЕСКОГО ПОДХОДА У ПАЦИЕНТОВ С ШИЗОФРЕНИЕЙ

Хмара Н. В.

**Учреждение образования
«Гомельский государственный медицинский университет»
г. Гомель, Республика Беларусь**

Одной из центральных задач современной психиатрии продолжает оставаться диагностика и лечение шизофрении. Шизофрения — это хроническое психическое расстройство, имеющее полиморфный характер и несущее значительное страдание пациентам. В корне этого страдания лежат выраженные нарушения в личностной и социальной сфере и потому диагностика и лечение шизофрении тесно переплетаются с правовыми и социальными аспектами и часто затрагивают этические вопросы, потому доказательства в установление диагноза и эффективности лечения должны вызывать доверие не только специалистов в области психиатрии, но и других специалистов широкой общественности. Несмотря на все старания, достоверность диагноза, а значит и лечение, часто оспаривается пациентами и их родственниками. Отсутствие доверия является дополнительным фактором, который затрудняет процесс ведения и социализации человека, страдающего шизофренией. Нельзя также упускать из виду, что лечение шизофрении является дорогостоящим и небезразличным для здоровья пациента процессом.

Долгое время в отечественной психиатрии верификация диагноза шизофрении, установление формы болезни и характера ее течения опиралась на наличие и выраженность характерных симптомо- и синдромокомплексов. Эти факторы врач должен был оценивать с достаточной долей субъективности, на основании своего опыта и уровня подготовки. Этот факт в комплексе со страхом большинства людей перед психическими нарушениями и понятным нежеланием подвергаться дорогостоящему и небезопасному лечению приводил к многочисленным сомнениям в диагнозе как самих пациен-

тов, так и их родственников или юридически ответственных лиц.

В последние два десятилетия наблюдается постепенное изменение парадигмы шизофрении. В психиатрии в целом были введены формализованные перечни диагностических критериев. Впервые это произошло с появлением DSM 3-го и последующих пересмотров, а затем Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ) в Международной классификации болезней 10-го пересмотра (МКБ-10). Эти изменения сделали постановку диагноза шизофрении более простым понятным процессом. И, несмотря на эти изменения, степень доверия со стороны пациентов и их родственников остается на невысоком уровне.

Все это ведет нас к тому, что в повседневной практике психиатрия остро нуждается в дополнительном диагностическом аппарате, который исключал бы или заметно снижал уровень субъективности при оценке степени выраженности психопатологических симптомов.

В других медицинских дисциплинах этот аппарат составляют лабораторные методы и методы медицинской визуализации. Запись ЭКГ объективно подтверждает наличие заболевания сердца, рентгеновский снимок позволяет достоверно обнаружить структурные изменения костей и так далее. Достоверность подобных методов не встречается в настоящее время сомнений в общественном мнении, поэтому подавляющее большинство пациентов доверяют поставленному диагнозу и соглашаются в объективной необходимости назначаемого врачом лечения.

Одним из сложностей психиатрии как науки является то, что при подавляющем большинстве психических заболеваний отсутствуют какие-либо характерные изменения при стандартных клинических лабораторно-инструментальных исследованиях. В этих условиях одним из дополнительных способов объективизации степени выраженности симптомов является применение психометрических шкал. Однако, несмотря на долгую историю существования этих инструментов, в настоящее время шкалы хорошо известны для исследователей-психиатров, в то время как среди клиницистов не получили широкого распространения.

Идея количественного измерения психических феноменов появилась довольно давно, и постепенно выделилась как отдельный раздел. У истоков зарождения психометрии стояли ученые из разных разделов науки. Гюстав Теодор Фехнер (1801–1887) впервые осуществил приложение математики к психологии. Франц Корнелис Дондерс (1818–1889) изобрел методикку исследования времени сложных психических процессов. Большой вклад в психометрию внес австрийский физиолог Зигмунд Экснер (1846–1926). Ему принадлежит термин «время реакции». Немецкий физиолог Людвиг Ланге (1825–1885) произвел различение сенсорной и моторной реакций. Развитие идеи и создание первых психометрических шкал связано с именами Джеймса Кэттелла (1860–1944) и Чарльза Спирмена (1863–1945). Большой вклад в развитие психометрии внесли также такие ученые, как Карл Пирсон, Генри Кайзер, Джордж Раш, Джонсон О'Коннор, Фредерик Лорд, Ледьярд Тюкер, Артур Дженсен и другие [1].

В последние десятилетия эволюция психометрии заключалась не столько в создании новых шкал, сколько в совершенствовании подходов к использованию старых, хорошо зарекомендовавших себя инструментов. В шизофрении такие инструменты используют для оценки динамики клинических проявлений, качественной и количественной оценки выраженности симптомов при проведении клинических испытаний. Наибольшей популярностью пользуются следующие шкалы: шкала краткой психиатрической оценки (BPRS — Brief Psychiatric Rating Scale) J. Overall, D. Gorham (1962); шкалы для оценки негативных (SANS) и позитивных (SAPS) симптомов (Andreasen N., 1982); шкала позитивных и негативных синдромов (PANSS-Positive and Negative Syndrome Scale) S. Kay, L. Opler, A. Fiszbein (1987). Все шкалы построены на основе факторного анализа многоосевой оценки психически больных, они позволяют быстро

оценить выраженность основной симптоматики шизофрении.

В настоящее время использование шкал в психиатрии так же информативно, как и использование лабораторных методов оценки. Так, оценка изменения общего балла по шкале PANSS, обычно используемая в исследованиях антипсихотических средств в качестве основного критерия эффективности этих препаратов при шизофрении, является точно таким же объективным показателем, как, например, и динамика уровня сахара крови или динамика артериального давления при исследовании соответствующих способов лечения [2].

Использование психометрического подхода позволило выразить психопатологические феномены в виде чисел, доступных для методов статистического анализа и проводить исследования в рамках доказательной медицины. Врачу-практику теперь можно опираться в выборе лечения не только на свой опыт, но и на статистически выверенные доказательства эффективности как фармакотерапии, так и других методов лечения при шизофрении.

В то же время подход, связанный с использованием формализованных методов оценки в клинической и исследовательской практике, нередко подвергается критике — использование шкал слишком безлично и не учитывает целый ряд психопатологических феноменов, а так же социопсихологические особенности пациентов. В защиту можно сказать, что психометрические шкалы не несут диагностическую нагрузку. Шкалы позволяют быстро определять степень выраженности симптомов и дают количественную оценку клинических проявлений. Это полезно как в вопросах курации и подборе лечения, так и при разъяснении пациентам, родственникам или юридически ответственным лицам особенностей лечения, ухода, медицинской и социальной реабилитации.

Обобщая вышесказанное, можно сказать, что в психиатрии, так же как и в других отраслях медицины, существуют «лабораторные» методы исследования. Психометрический подход может использоваться в ведении пациента с шизофренией. Внедрение в психиатрическую практику психометрических методик в комплексе с традиционным клиническим подходом позволит повысить качество оказываемой медицинской помощи.

Таким образом, увеличение осведомленности о психометрических инструментах и особенностях их применения в психиатрии и шизофрении, в частности среди медицинских работников и широкой общественности, может позволить обществу в целом больше доверять психиатрии и снизить стигматизацию.

ЛИТЕРАТУРА

1. <http://www.psychol-ok.ru/lib/intpsy/intpsy2008/intpsy101008.html> интернет ресурс доступ 21.09.2014.
2. Мартынихин, И. А. Клинический подход и доказательная медицина Часть 2. Поиск синтеза. / И.А Мартынихин // Психиатрия и психофармакология им П.Б. Ганнушкина. — 2013. — № 1 (15). — С. 61–66.

УДК 616.447-089.843

ОБОСНОВАНИЕ ВЫБОРА ИСТОЧНИКА ДОНОРСКОЙ ПАРАТИРЕОИДНОЙ ТКАНИ

*Хрыщанович В. Я., Ходосовская Е. В., Колесникова Т. С.,
Ибрагимова Ж. А., Писаренко А. М., Козловская А. Н., Госсейн Ю. Р.*

Учреждение образования

«Белорусский государственный медицинский университет»

г. Минск, Республика Беларусь

Введение

Одним из решений проблемы, связанной с необратимой утратой в организме источника аутологичной паратиреоидной ткани, является паратиреоидная трансплантация, которая представляет физиологически обоснованную альтернативу заместительной терапии [1]. Несомненно, что для трансплантационного лечения гипопаратиреоза