

согласования составило лишь 4.2%, что в более чем в два раза ниже по сравнению с оценкой рассогласования оригинальных критериев.

Таким образом, в результате проведенного исследования на основе HRDS была разработана объективная метрическая шкала оценки депрессии, способная валидно и надежно дифференцировать 6 статистически значимых и 5 клинических степеней тяжести депрессии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ассанович, М.А. Клиническая психодиагностика. Специализированные методики и опросники: учебное пособие / М.А. Ассанович. – Гродно: ГрГМУ, 2013 – 520 с.
2. Ассанович, М.А. Статистическое обоснование критериев оценки выраженности измеряемого конструкта в клинической психодиагностике (на примере теста нервно-психической адаптации) / М.А. Ассанович // Психиатрия, психотерапия и клиническая психология. – 2014. – 2(16). – С. 9-18.
3. Ассанович, М.А. Метрическая разработка шкалы оценки депрессии Гамильтона на основе модели Раша / М.А. Ассанович // Журн. Гродн. гос. мед.универ. – 2014. - №47. – С.80-84.

КАТЕГОРИАЛЬНЫЙ И ДИМЕНСИОНАЛЬНЫЙ ПОДХОДЫ В СОВРЕМЕННЫХ ПСИХИАТРИЧЕСКИХ КЛАССИФИКАЦИЯХ

Ассанович М.В.

Гродненский государственный медицинский университет

Актуальность исследования: обусловлена недостаточным количеством работ по данному вопросу в русскоязычной научной литературе, ревизией существующей классификации МКБ-10, ожидаемым в ближайшем будущем (2015 год) выходом МКБ-11, недавним выходом в свет американской классификации DSM-V, четко обозначившей приоритетность дименсионального подхода в современных психиатрических классификациях.

Целью исследования являлось проведение анализа литературных данных, посвященных проблеме диагностических подходов к психическим и поведенческим расстройствам в современных классификационных системах.

Методы исследования: мета-анализ русскоязычной и англоязычной литературы, поиск научных статей в электронных базах данных «PabMed», «ScienceDirect».

Одной из главных проблем психиатрической диагностики является то, что группы расстройств, обозначаемые общей рубрикой (например, шизофрения), в реальной клинической ситуации имеют не так много общего. Разрозненность в плане позитивной и негативной психопатологической симптоматики, откликаемость на терапию, степень выраженности нейрокогнитивного дефицита, влияние биологических факторов, факторов внешней среды на динамику течения расстройства настолько велики, что практическая полезность поставленного диагноза имеет весьма условную клиническую пользу[2].

В других разделах медицины подобная ситуация была успешно преодолена путем введения точного (персонифицированного) диагноза с использованием измерительных инструментов для континуума «норма-патология». Измерение артериального давления, уровня глюкозы

крови, электроэнцефалографических показателей позволяет выставить диагноз, содержащий, с одной стороны, индивидуальную информацию об изменчивости параметра, с другой стороны, отражающий реакцию индивидуума на реальную жизненную ситуацию (стресс, прием медикаментов, образ жизни и т. д.). Такой подход позволяет не только максимально точно определить потребности в терапии, но и отслеживать ответ пациента на лечение, то есть прогнозировать развитие расстройства.[2]

В идеале подобная система диагностики могла бы быть применима и в психиатрии.

Используемая сегодня классификация МКБ-10 построена на категориальном подходе, основанном на принципе «все или ничего». Диагностика в рамках существующего подхода представляет собой процесс принятия решения о наличии либо отсутствии у индивидуума расстройства на основании набора необходимых для постановки диагноза критериев, не позволяя оценить практически значимую степень выраженности патологических проявлений, клиническую динамику в ответ на проводимую терапию[3].

Опубликованная в 2013 году DSM-V имеет в своей основе дименсиональный подход. Расстройства группируются в схожие диагностические категории (дименсии) на основе общей патофизиологии, генетики и других данных, полученных в результате достижений нейронаук. Благодаря разработанным количественным измерительным инструментам диагностика представляет собой процесс принятия решения не только о наличии либо отсутствии расстройства, но и о степени его выраженности[4]. Таким образом, данный подход дает информацию об уровне функционирования пациента, его адаптационных возможностях, помогает получить подробную информацию в каждом конкретном случае о каждом конкретном пациенте, смещает акцент на реабилитационный потенциал пациента. В рамках данного подхода можно говорить о сближении с системой постановки персонифицированного диагноза, используемой в других областях медицинской науки[1].

В связи с предстоящим внедрением дименсионального подхода в диагностическую классификацию МКБ-11 особую актуальность приобретает разработка адекватных клинико-метрических инструментов, предназначенных для оценки выраженности дименсий у пациентов. В частности, в плане диагностики шизофрении такими инструментами являются шкалы оценки позитивных и негативных симптомов. При этом, данные шкалы, с одной стороны, должны быть удобными для использования клиницистами, а с другой стороны, удовлетворять строгим критериям научного измерения латентных конструкторов, к которым относятся оцениваемые дименсии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Категориальный и дименсиональный подходы к определению ремиссии при шизофренических расстройствах / Кацюбинский А. П., Мельникова Ю. В., Бутома Б. Г. и др. // Обозрение психиатрии и медицинской психологии. - 2013. - №4. - С.3 – 9.

2. Beyond DSM and ICD: introducing “precision diagnosis” for psychiatry using momentary assessment technology / J. Os, P. Delespaul, J. Wigman et al. // World Psychiatry. – 2013. – vol.12, №2. - P. 113-117.
3. Brown, T.A. Dimensional Versus Categorical Classification of Mental Disorders in the Fifth Edition of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders and Beyond: Comment on the Special Section / T.A. Brown, D. H. Barlow // J. of Abnorm. Psych. - 2005. - vol. 114, № 4. – P. 551-556.
4. Regier, D.A. The DSM-5: Classification and criteria changes / D. A. Regier, E. A. Kuhl, D. J. Kupfer // World Psychiatry. – 2013. – vol.12, №2. - P. 92-98.

НЕКАТОРЫЯ АСАБЛІВАСЦІ АРГАНІЗАЦЫІ ФАГАЦЫТАРНАЙ СІСТЭМЫ Ё ПРАДСТАЎНІКОЎ МЛЕКАКОРМЯЧЫХ І РЫБ

Астроўская А.Б., Яфімава А.Ю., Астроўскі А.А.

УА “Гродзенскі дзяржаўны медыцынскі ўніверсітэт”

Фагацытарная сістэма – адна з самых важных частак імуннай сістэмы млекакормячых і чалавека [4]. Макрафагі (М) ажыццяўляюць кілінг і разбурэнне генетычна чужародных агентаў, удзельнічаюць у падтрыманні клеткавага гомеастазу шляхам эферацытозу, першымі ўключаюцца ў запаленчыя ды імунныя працэсы, выдзяляюць розныя цытакіны, фарміруюць талерантнасць да аўтаантыгенаў [3].

На сёння даволі глыбока вывучаныя ўтварэнне і функцыя М, а таксама уплыў на апошнюю розных чыннікаў [2, 4]. Аднак пры гэтым мала вядома, дзе і як састарэлыя М, напоўненыя астаткавымі цельцамі з недэградуемым матэрыялам, завяршаюць свой жыццёвы цыкл. Тым больш данае пытанне застаецца неасветленым з філагенетычных пазіцый.

Мэта працы – выявіць у прадстаўнікоў класаў млекакормячых і касцявых рыбаў наборы органаў, у якіх назапашваюцца М з астаткавымі цельцамі.

Аб’ект і метады даследавання. Аб’ект даследавання – белыя беспародныя пацукі (*Rattus norvegicus*, n=12), масай 200-250 г і залатыя рыбка (*Carassius auratus*, n=10), масай 4-6 г. Жывёлы з кожнага класа выпадкова былі падзеленыя на дзве групы – кантрольную і доследную. Жывёлам доследных груп (6 пацукоў і 5 рыбак) унутрыбрушынна ўводзілі тушавы раствор з дробнадысперснымі часцінкамі тушы (ЧТ) у дозе 0,01 мл на 1 г масы цела. Кантрольным жывёлам унутрыбрушынна ўводзілі такі ж аб’ём фізіялагічнага раствору. Праз 7 сутак усіх жывёл дэкапіравалі. Для гісталагічнага даследавання ў пацукоў бралі фрагменты печані, селязёнкі, ныркі, лёгкага, 12-перстнай кішкі, вялікага сальніка, дыяфрагмы, сэрца, якія фіксавалі ў ФСУ. У рыбак бралі комплекс органаў брушной поласці. Гісталагічныя прэпараты рыхтавалі па агульнапрынятай методыцы, зрэзы афарбоўвалі гематаксілін-эазінам [1].

Вынікі даследавання. У пацукоў кантрольнай групы гісталагічная структура печані, селязёнкі, нырак ды іншых органаў была без асаблівасцяў. У печані пацукоў доследнай групы ўздоўж сценак сінусоідаў, пераважна ў партальнай зоне пачоначных долек, размяшчаліся