

девушек-подростков также были обнаружены существенные различия. В иерархии ценностей была высока значимость внешности, определяющая стремление больных ожирением к достижению “эталонного” телосложения, поскольку с понятиями “идеальный вес” и “идеальная фигура” ассоциировались цвета, занимавшие одни из первых мест в раскладке по предпочтению.

Подход к больным с ожирением, основанный на учете полученных результатов, позволит относиться к ним дифференцированно, предвидеть возможность эмоциональных нарушений и определить их спектр с целью коррекции.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бутрова С.А. Ожирение /Ожирение. Метаболический синдром. Сахарный диабет 2 типа / под ред. Н.Н. Дедова. — М., 2000. — С. 5-12.
2. Гичан А.А., Корзенко В.Н. //Гиг. и сан. — 1991. — №7. — С. 46 — 48.
3. Гребова Л.П., Кориунова Л.В., Амосова Н.И. // Педиатрия. — 1994. — № 3 — С. 28 — 31.
4. Джое В.В. Практическое руководство к тесту Люшера. — Кишинев, 1990.

5. Жуковский М.А. Детская эндокринология. — М., 1995.
6. Князев Ю.А., Картилишев А.В. Ожирение в детском возрасте. — М., 1974.
7. Люшер М. Цветовой тест Люшера. — СПб — М., 2002.
8. Мазурин А.В., Воронцов И.М. Пропедевтика детских болезней. — СПб, 2001.
9. Общая психодиагностика: основы психодиагностики, немедицинской психотерапии и психологического консультирования: Учебное пособие /под ред. А.А. Бодалева, В.В. Столина. — М., 1987.
10. Тамонь Я. Ожирение патофизиология, диагностика, лечение. — Варшава, 1981.

Поступила 14.03.04.

PSYCHOEMOTIONAL PECULIARITIES OF YOUNG GIRLS WITH CONSTITUTIONAL AND EXOGENOUS FORM OF OBESITY

M.Kh. Valiullina

S u m m a r y

The psychologic study of emotional components of relations of young girls with constitutional and exogenous form of obesity to important for them ideas using the Lyusher color choice test and the color relation test is carried out. Peculiarities of their psychoemotional state are determined.

УДК 616. 89 — 06 : 616. 935

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ ОСТРОЙ БАЦИЛЛЯРНОЙ ДИЗЕНТЕРИИ У БОЛЬНЫХ, СТРАДАЮЩИХ ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

В.А.Иванов, Ф.Ф.Гатин, Г.М.Ширазданова

Республиканская клиническая психиатрическая больница
(главрач — канд. мед. наук Ф.Ф.Гатин) МЗ РТ, г. Казань

В структуре острых кишечных инфекций, выявляемых у больных психическими заболеваниями, шигеллез занимает ведущее место — более 82%. Больные данного контингента заболевают в основном шигеллезом Флекснера (серовары 2а, 2в и 3в) и в единичных случаях — Зонне и Ньюкасла. Бактериологическое подтверждение инфекционного заболевания посредством высева копрокультуры регистрируется более чем в 62% случаев. Это свидетельствует о том, что в среде психоневрологического диспансера постоянно существует значительный резервуар источников инфекций, которые при определенных условиях могут привести к развитию спорадической, или вспышечной, то есть эпидемической заболеваемости, что мы зачастую и наблюдаем на практике. Механизм передачи возбудителя шигеллеза у больных с психическими расстройствами — в основном контактно-бытовой, который, как правило, проявляется при несоблюдении санитарно-гигиенического режима, крайне низком уровне санитарной культу-

ры или практически вообще при ее отсутствии.

У 34,8% больных, находившихся под нашим наблюдением, заболевание было легким по течению, у 47,8% — среднетяжелым, у 7,2% — тяжелым. У 12,2% больных диагностировано стертое течение, у 2% — транзитное носительство шигеллеза. До 89,2% заболевших шигеллезом были в основном старше 40 лет, ослабленными, с пониженным питанием, малоактивными, с наличием сопутствующих соматических заболеваний желудочно-кишечного тракта, органов дыхания, анемии различного генеза, а также иммунодефицита разной выраженности, что подтверждалось лабораторными исследованиями.

Продромальный период у больных данной категории в большинстве случаев выявить не удается из-за невозможности собрать анамнез болезни. Шигеллез у них обычно протекает по типу энтероколита, реже — колита и в единичных случаях — гастроэнтероколита. Диарейный синдром по

типу “ректального плевка” с наличием слизи и прожилок крови отмечался лишь у 6,4% больных. Такие симптомы шигеллеза, как ложные позывы, тенезмы, спастические боли в нижних отделах живота практически выявить не удастся. Заболевание в большинстве случаев начинается остро, с неустойчивого стула. У всех больных прослеживается отсутствие инфекционно-токсического синдрома. Даже так называемые “сохранные” больные не могут пожаловаться на слабость, ознобы, дискомфорт в брюшной полости, общее недомогание, головные боли и т.д.

Мы можем отметить такие симптомы, как общая слабость и недомогание, у очень незначительного числа больных – менее чем в 5% случаев, а понижение аппетита – в 27,3%. Полного отсутствия аппетита не наблюдалось. Отсутствие инфекционно-токсического синдрома у этих больных можно объяснить длительным применением в достаточном количестве психотропных лекарственных препаратов.

В большинстве случаев у больных сохранялась обычная конфигурация живота, и только у 9,3% из них наблюдалось равномерное и умеренное вздутие. Перистальтика оставалась слабой, неглубокой, с редкими волнами. При глубокой пальпации живота болезненность определялась равноценно как в umbilicalной, так и левой подвздошной областях. Урчание в проекции сигмы – очень редкий симптом, спазмированность дистального отдела толстого кишечника, и в частности сигмы, зияние ануса нам также приходилось наблюдать очень редко. Частота стула у подавляющего числа больных – от 4 до 6 раз в сутки, до 10 и более раз в сутки – лишь у 13% больных. По литературным данным, обильная частота стула регистрируется значительно чаще. Как правило, он полужидкий, без примеси слизи, светло-коричневого цвета, с фекальным запахом. Первоначально (1, 2-й дни болезни) стул бывает среднего объема, затем его количество резко уменьшается. В последующем стул становится кашицеобразным, но очень часто вновь водянистым. Стул с прожилками крови бывает очень редко, наличие слизи также не всегда отмечается. Такие проявления болезни, как тошнота и рвота, практически не были зафиксированы. Язык в большинстве случаев сухой и несколько обложен серовато-белым налетом.

Симптом Падалка отмечался у 17% больных, что является малоинформативным показателем при постановке диагноза. Лихорадка в первоначальном периоде отсутствовала. Более того, почти в 50% случаев температура тела не поднималась до 36°C, что было связано, скорее всего, с приемом лекарственных препаратов нейротропического ряда, которые в основном ведут к снижению температурной реакции.

У больных со среднетяжелым и тяжелым течением болезни отмечается обезвоженность I–II степени, так как диарейный синдром, несмотря на проводимое интенсивное патогенетическое лечение, имел стойкий характер и держался у части больных относительно длительное время — до месяца и более.

Более чем у 70% больных имели место функциональные нарушения нервной системы, проявлявшиеся апатией, адинамией, эмоциональной лабильностью. Бледность кожных покровов отмечалась у 86% больных, сухость – у 68,3%, акроцианоз – у 8,8%. Практически отсутствовал гипергидроз. Лабильность пульса определялась у 49% больных.

Инструментальные методы исследования, в том числе ректороманоскопические, малоэффективны для постановки диагноза. Наличие у больных различных сопутствующих заболеваний желудочно-кишечного тракта ведет в определенной степени к патологическим изменениям слизистой дистального отдела толстого кишечника. В 68% случаев при ректороманоскопии выявлены явления катарального и атрофического проктосигмоидита, в 29,6% — катарально-эрозивные изменения и лишь в единичных случаях – явления геморрагического и язвенного колита. Фибринозно-гнойных наложений не было. Особых изменений в начальной стадии болезни со стороны сфинктера не наблюдалось.

При копрологических исследованиях грубой патологии мы также не находили – обычно 5–6 эритроцитов и 8–12 лейкоцитов в поле зрения. Гемограммы не показывали выраженного лейкоцитоза, палочкоядерного сдвига, повышения СОЭ. В большинстве случаев наблюдалась гипохромная анемия различной выраженности.

Затяжное течение болезни наблюдалось при любом варианте острой дизентерии – у 72,4% больных от 3 недель до 1–2 месяцев. Заболевание носило непрерывный или рецидивирующий характер и проявлялось, как правило, кишечной дисфункцией.

Возбудитель у таких больных повторно практически не выделяется, а противодизентерийное этиотропное лечение должного положительного эффекта не имеет.

В 12,2% случаях нами было отмечено стертое течение болезни, при котором отсутствовала даже минимальная симптоматика острого процесса. Болезнь, как правило, проявлялась одно- или двукратным расстройством стула без патологических примесей визуально и даже лабораторно. Симптомы заболевания были столь незначительны, что требовали правильного целенаправленного вдумчивого врачебного мышления с плановым лабораторным обследованием – клиническим, бактериологическим и серологическим.

ким. Стертое течение болезни в основном наблюдалось у больных с колитическим вариантом течения болезни.

При постановке диагноза острого шигеллеза у больных с психическими расстройствами первостепенными методами диагностики являются многократный забор материала (испражнений) из судна, горшка, непосредственно из прямой кишки с помощью металлических петель, ректороманоскопическое исследование (до 10 и более посевов на питательные среды и среды обогащения), а также серологический метод исследования (РПГА) парных сывороток в динамике с дизентерийным диагностикумом. По нашим наблюдениям частота положительной серологической диагностики составила 73%, что соответствует литературным данным.

Частота осложнений у больных с психическими расстройствами и острой дизентерией относительно высока (26%—32%) — это постдизентерийные острые колиты, сфинктериты, нередко выпадения слизистой прямой кишки, дисбактериозы, обострения геморроя. Ко вторичным осложнениям необходимо отнести гипостатические пневмонии, токсико-аллергические нефрозо-нефриты, миокардиты, гипохромные анемии, синдром ДВС, пролежни мягких тканей туловища, синдром белково-витаминной недостаточности. Инфекционно-токсический, дегидратационный шок — крайне редкое явление.

При клинико-лабораторном выявлении дисбактериоза у больных с психическими расстройствами мы обнаруживали высокий рост гемолизующих *E.coli*, другие условно-патогенные бактерии (*Klebsiella*), *Staphylococcus aureus*, облигатную микрофлору (бифидобактерии).

Необходимо остановиться на некоторых моментах лечения острой бациллярной дизентерии у психических больных. Инфузионная терапия кристаллоидными растворами проводится данной категории больных на протяжении относительно длительного периода времени (7–10 и более дней), причем не столько из-за тяжести диарейного синдрома, сколько из-за его продолжительного характера в сочетании с дегидратацией и деминерализацией. Даже при легких формах болезни мы назначаем инфузионную терапию, только значительно меньшим курсом, так как у большинства психических больных сложно проводить пероральную регидратацию.

При лечении психических больных, страдающих шигеллезом, мы не отмечаем особой эффективности интетрикса, фталазола и других противодиарейных препаратов, практически не пользуемся монотерапией. Обычно применяем комбинированную специфическую терапию (сульфаниламиды или

фторхинолоны с нитрофурановыми препаратами) одним или двумя курсами; широко используем противодизентерийные бактериофаги. Резистентность шигелл к химиопрепаратам, по нашим лабораторным данным, остается относительно высокой в отношении нитрофурановых препаратов (53,2%), аминогликозидов (53%), антибиотиков цефалоспоринового ряда (32,8%). Наименее высока чувствительность шигелл к препаратам фторхинолонового ряда (ципрофлоксацин, ципробай, таривид и др.) — 82,3%. Хорошо зарекомендовали себя в лечении больных данной категории биопрепараты (бифидумбактерин, бактисубтил и др.).

ВЫВОДЫ

1. У больных с психическими расстройствами, заболевших острой бациллярной дизентерией, инфекционно-токсический синдром малоинформативен (нет лихорадки, головной боли, недомогания, слабости и др.), а также в основном отсутствует отчетливый болевой синдром, больные не могут на этом акцентировать свое внимание.

2. Отсутствует в основном при наличии острого инфекционного процесса и лихорадка.

3. Нет характерной для шигеллеза картины стула.

4. Объективная картина слизистой оболочки дистального отдела толстого кишечника при инструментальном исследовании отличается скудностью.

5. Заболевание, как правило, сопровождается длительным диарейным синдромом.

6. Основной процент заболевших — это больные 40 лет и старше, обычно пониженного питания, длительно применявшие нейрорепитивные препараты, с сопутствующими заболеваниями желудочно-кишечного тракта.

7. Заболевание характеризуется относительно большим процентом соматических осложнений.

Поступила 30.10.03.

PECULIARITIES OF THE CLINICAL PICTURE OF ACUTE BACILLAR DYSENTERY IN PATIENTS WITH MENTAL DISORDERS

V.A. Ivanov, F.F. Gatin, G.M. Shirazdanova

S u m m a r y

Peculiarities of the clinical picture of bacillar dysentery in patients with mental diseases are studied. Shigellosis plays a significant role in the structure of acute intestinal infections in patients of the given category. In diagnosis of acute shigellosis the repeated inoculation and serologic investigation of stools are of first importance. Infectious and toxic syndromes are not informative, there is no fever, the picture of stool is not characteristic of shigellosis. The disease has lingering course and is characterised by relatively high rate of somatic complications.