

левое подреберье. На всем протяжении брыжейки тонкого и толстого кишечника имеются увеличенные лимфатические узлы. Купол слепой кишки и червеобразный отросток — без признаков воспаления. Произведена ревизия забрюшинного пространства с обеих сторон. Почки резко увеличены в размерах, плотные, анемичные, с участками подкапсульных кровоизлияний. Имбирование серозной жидкостью забрюшинного пространства справа достигает крыла подвздошной кости, слева незначительно. Произведены дренирование брюшной полости и забрюшинного пространства справа, биопсия лимфоузла (гистологический анализ показал гиперплазию лимфоидной ткани).

Послеоперационный диагноз: ГЛПС, острый мезаденит, спленомегалия, диффузный серозный перитонит.

После операции больной находился на лечении в отделении реанимации до 03.10.02 г. Был переведен 03.10.02 г. в отделение оперативной нефрологии. Получал лечение: преднизолон (60 мг в/в 4 раза в сутки), эуфиллин, этамзилат, викасол, витамины С, В₁, В₆, В₁₂, эссенциале, димедрол, цефазолин, ранитидин, церукал. Инфузионная программа: гемодез, физраствор, переливание замороженной плазмы, альбумина.

По дренажам из брюшной полости и забрюшинного пространства в течение 4 суток выделялось до 600 мл серозно-геморрагического отделяемого. Дренаж из забрюшинного пространства удален на 5-е сутки, из брюшной полости — на 7-е.

В послеоперационном периоде отмечалось повышение уровня мочевины до 18,2 ммоль/л и креатинина до 600 мкм/л с последующей регрессией до нормальных показателей. С учетом постепенного увеличения диуреза и субкомпенсированного уровня шлаков в крови гемодиализ не проводился. На фоне лечения ОПН разрешилась, перешла в стадию полиурии, диурез увеличился до 5000 мл в сутки, что потребовало коррекции водно-электролитного баланса. В дальнейшем диурез постепенно сократился до 2000 мл.

УЗИ от 04.10.02 г.: печень увеличенная, контуры ровные, паренхима однородная. Вены, холедох не расширены. Желчный пузырь с перегибом в средней трети, содержимое анэхогенное. Поджелудочная железа не увеличена. Селезенка имеет размеры 15,6S12,0 см, значительно увеличена. Почки расположены обычно: левая — 14,4S 6,0 см, паренхима утолщена до 2,0 см, пирамидки до 1,2 см; правая — 14,6 S 7,0 см, паренхима утолщена до 3,0 см, определяется локальное расширение верхней группы чашечек до 1,2 см, часть пирамидок подчеркнута до 1,2 см. В брюшной полости свободной жидкости нет.

УЗИ от 11.10.02 г.: правая доля печени — 14,8 см,

левая — 6,9 см. Желчный пузырь сокращен. Селезенка (10,9 S 7,0) однородная. Почки расположены обычно: справа — 12,6S6,0 см, паренхима — 1,8 см, слева — 12,0 S 4,8 см, паренхима — 1,7 см. ЧЛС без особенностей.

Рентгенография легких от 10.10.02 г.: легкие без очаговых инфильтративных изменений; корни структурные; синусы свободные; тень сердца и аорты без особенностей.

Анализ крови при выписке 25.10.02 г.: Нб — 120 г/л, гематокрит — 36%, эр. — $3,85 \cdot 10^{12}/л$, л. — $7,9 \cdot 10^9/л$. Лейкоформула: п. — 3%, с. — 54%, эоз. — 2%, мон. — 15%, л. — 28%, глюкоза — 4,2 ммоль/л, число тромбоцитов — $193 \cdot 10^9/л$, ПТИ — 100%, уровень фибриногена — 3,11 г/л, фибриноген Б — отрицат., тромботест — 4-й степени. Уровень мочевины — 7,8 ммоль/л, креатинина — 96 мкм/л, билирубина — 12,0 мкм/л, общ. белка — 73 г/л, К⁺ — 5,4 ммоль/л, Na⁺ — 142 ммоль/л.

Анализ мочи: светло-желтая, опт. пл. — 1,010, реакция нейтральная, содержание белка — отрицат., эр. — 0—1, л. — 2—3, эп. — 0—1 в поле зрения. РВ, ВИЧ, маркеры вирусного гепатита — результаты отрицательные.

Диагноз ГЛПС подтвержден данными лабораторных анализов парных сывороток. Больной выписан через 28 дней после госпитализации в удовлетворительном состоянии. Контроль в течение 3 месяцев: функция почек хорошая, содержание шлаков в крови — в норме. Анализ мочи показал умеренное снижение оптической плотности, что соответствует стадии реконвалесценции.

УДК 362.7/.8:362.2:615.66

Ю.Б. Барыльник (Саратов). Структура психических расстройств в группе безнадзорных несовершеннолетних

Анализ внешних и внутренних условий, формирующих безнадзорность детей и преступное их поведение, а также психиатрический аспект проблемы безнадзорности несовершеннолетних изучены явно недостаточно.

В Саратовской областной психиатрической больнице организованы лечебно-реабилитационные палаты для оказания комплексной лечебной, психотерапевтической, психологической, социальной помощи несовершеннолетним. Всего за 2002 г. в отделение поступили из интернатов, приютов, социально-реабилитационных центров и из семей, находящихся в социально-опасном положении, 74 подростка в возрасте 11—18 лет.

Цель исследования: изучение структуры психических расстройств несовершеннолетних и определение путей их коррекции.

В работе применялись клиничко-эпидемиологический, клиничко-психопатологический, пато-

психологические методы. Анализ семейного анамнеза, условий воспитания детей показал, что большинство из них были воспитанниками интернатов, а остальные — из неполных семей. Алкоголизмом страдали родители 25 (34%) детей. Родительских прав в связи с асоциальным поведением были лишены родители 11 (15%) подростков, судимость родителей имела место в 5 случаях. Родители 52 (70,3%) детей имели среднее образование, 15 (20,3%) — среднеспециальное образование. Социальная адаптация родителей была недостаточной, более чем у половины из них отсутствовало постоянное место работы.

У преобладающего числа детей (81,9%) наблюдалась школьная дезадаптация. Трудности обучения объяснялись социально-педагогической запущенностью, частыми пропусками уроков, отсутствием интереса к учебе.

Поведенческие расстройства отмечались у всех детей: синдром бродяжничества и уходов — в 24,3% наблюдений, воровство — в 23%, попрошайничество — в 19%, аддиктивное поведение — в 13%, агрессивные формы поведения — в 16,2%. Поведенческие нарушения были клинически выражены, представляли собой фиксированные формы поведения и приводили к социальной дезадаптации подростков. Возраст формирования отдельных форм поведенческих расстройств был различным. В более раннем возрасте (11—13 лет) наиболее частыми вариантами девиантного поведения были бродяжничество, попрошайничество, в более старшем (14—15 лет) — воровство, аддиктивные и агрессивные формы поведения.

Установлено раннее (с 11 лет) начало употребления алкогольных напитков, которое было частым, а дозы алкоголя высокими. В состоянии алкогольного опьянения у подростков обнаруживались дисфорические реакции, психомоторное возбуждение.

Анализ психопатологической симптоматики в исследованной группе показал высокую частоту невротических, неврозоподобных, аффективных расстройств, патологию влечений. Невротические и неврозоподобные расстройства были представлены страхами, невротическим и неврозоподобным энурезом, заиканием, сногворением, патологическими привычными действиями в 49 случаях (66,2%). Аффективные нарушения характеризовались частыми колебаниями настроения, склонностью к дисфорическим проявлениям, суицидальной настроенностью в 20 случаях (44%).

Нарушения влечений в виде импульсивности, агрессивности, расторможенности сексуального и пищевого влечения отмечены у 16 (22%) больных. Личностные девиации обнаружены у 52 (70,2%) подростков, они представляли собой патохарактерологическое формирование личности по возбудимому, истерическому и эмоционально неустойчивому типам. Преступное поведение имело место практически у всех подростков и было представлено склонностью к воровству, вымогательству и агрессивно-насиленным поведением.

Таким образом, анализ структуры психических расстройств у безнадзорных детей выявил большую частоту психопатологических расстройств, личностных девиаций, приводящих к нарушению поведения и социальной дезадаптации. Специализированная психиатрическая помощь с участием психиатра, психолога, психотерапевта и социального работника для данной категории несовершеннолетних позволит не только провести их лечение в полном объеме, но и улучшить дальнейшую школьную и социальную адаптацию детей. Это будет целью нашей дальнейшей работы.