

ЕНДОСКОПІЧНІ ТА МОРФОЛОГІЧНІ ЗМІНИ КИШЕЧНИКА ПРИ ГОСТРІЙ ДИЗЕНТЕРІЇ

М.Д. Чемич (Суми)

Мета роботи - виявити ендоскопічні та морфологічні зміни в товстій кишці при гострій дизентерії (ГД) та їх залежність від етіологічного чинника.

Обстежено 22 хворих на ГД із середньотяжким перебігом хвороби, серед них 13 жінок (59%), 9 чоловіків (41%). Вік хворих коливався від 15 до 69 років. Переважав ентероколітичний (68,2%) варіант ГД, гастроентероколітичний (27,3%) та колітичний (4,5%) зустрічалися рідше. У хворих спостерігали типові клінічні симптоми ГД, що дало підставу при госпіталізації виставити діагноз клінічно, який в подальшому був підтверджений бактеріологічно та серологічно у 95,5% хворих. Серед збудників переважала *Sh.flexneri* - у 12 осіб (54,5%), *Sh.sonnei* виділена в 9 (40,9%).

При шигельозі Зонне спостерігали ознаки інтоксикації у половини хворих, підвищення температури у 7 до $37,6 \pm 0,2^{\circ}\text{C}$, почашення випорожнень у всіх ($5,9 \pm 0,9$ разів на добу), спазм сигмоподібної кишки у 8, патологічні домішки в калі - у 6. Виявлено підвищення інтегративних показників інтоксикації: лейкоцитарного індексу інтоксикації (ЛІІ) $1,22 \pm 0,23$, гематологічного показника інтоксикації (ГПІ) $1,29 \pm 0,24$, індекса зсуву лейкоцитів крові (ІЗЛК) $2,1 \pm 0,19$ ($P < 0,05$ відносно норми) та зниження лімфоцитарного індексу (ЛІІМ) $0,5 \pm 0,05$. Ректороманоскопічно було виявлено: катаральний проктосигмоїдит у 4 хворих (дифузна гіперемія, ін'єкція судин та набряк, підвищена подразливість слизової оболонки, нашарування слизу); ерозивно-виразковий проктосигмоїдит у 4 (крім раніше описаних змін виявляли ерозії і виразки різної глибини, розташовані по всій поверхні слизової, місцями геморагії і налипання слизу та фібрину); без суттєвих змін у 1 (незначна гіперемія, ін'єкція судин слизової оболонки).

Проведено гістологічне дослідження біоптатів слизової оболонки прямої кишки, при якому отримали наступні зміни: уплощення клітин поверхневого епітелію, виражені дистрофічні зміни (розрихлення ядер та цитоплазми, розширення міжклітинних просторів), виражена інфільтрація лімфоцитами, плазмоцитами та еритроцитами, перерозподіл кислих та нейтральних мукополісахаридів (кислі - в центрі, нейтральні - по периферії), часткове відшарування епітелію від базальної мембрани, місцями відторгнення клітин епітелію.

При шигельозі Флекснера виявили наступні зміни: інтоксикацію, підвищення температури ($38,4 \pm 0,2^{\circ}\text{C}$) та почашення випорожнень ($11,9 \pm 2,4$ разів на добу) у всіх хворих, спазм сигмоподібної кишки - в 10, патологічні домішки у калі - в 8. Підвищення показників інтоксикації в усіх хворих: ЛІІ - $2,98 \pm 0,62$, ГПІ - $3,3 \pm 0,17$, ІЗЛК - $3,1 \pm 0,53$ та зниження ЛІІМ - $0,30 \pm 0,06$ ($P < 0,05$). Ректороманоскопічні зміни як і при шигельозі Зонне: катаральний проктосигмоїдит у 3, ерозивно-виразковий - у 7. Виявлені зміни при гісто-

логічному дослідженні біоптатів слизової оболонки прямої кишки, аналогічні шигельозу Зонне.

Таким чином, хворі на ГД, викликану *Sh.sonnei* і *Sh.flexneri*, мали типову клінічну картину хвороби з середньотяжким перебігом, суттєво не відрізнялись за віком і статтю. Більш тяжкий перебіг характерний для шигельозу Флекснера, хоча ендоскопічні та морфологічні зміни слизової оболонки прямої кишки, були однаковими.

ПРИНЦИП КОНГРУЭНТНОСТИ В РАСПОЗНАВАНИИ СИМУЛЯЦИИ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

А.В. Кустов (Сумы)

Под симуляцией понимают одну из форм адаптивного поведения, заключающегося в осознанной и целенаправленной демонстрации личностью признаков психических расстройств. В качестве мотивов изображения психических нарушений у психически здоровых людей часто выступают желание избежать каких-то неприятных последствий (например, наказания за совершенное преступление, желание затянуть следствие, добиться направления на экспертизу, досрочно освободиться из-под стражи, освободиться от службы в армии), а также достижение выгоды в форме каких-то благ (например, получить группу инвалидности, необходимые льготные документы, желание остаться в больнице вместо пребывания в тюрьме и т.д.).

Наиболее часто психически здоровые люди прибегают к изображению (демонстрации) расстройств, напоминающих интеллектуальные нарушения, состояния субступора, "депрессивные" расстройства с демонстрацией двигательной заторможенности, отказными ответами, ссылками на забывание, пытаются симулировать галлюцинаторные (чаще слуховые) переживания или пытаются преподнести фрагменты бредоподобных состояний. Нередко демонстрируемые картины психических расстройств наблюдаются в форме "малой" симуляции – непсихотических расстройств со ссылками на плохое самочувствие, выявлении стремления представить себя тяжело больным, навязчивыми просьбами о всестороннем обследовании, жалобами на тревогу, страхи, ощущения собственной измененности, безразличие, желание покончить с собой. При этом испытуемые стараются подчеркнуть болезненность протекания психических расстройств и стараются отметить наличие тех или иных нарушений, как в настоящее время, так и в прошлом.

Основным критерием диагностики симуляции, позволяющим производить структурно-клинический анализ демонстрируемых (изображаемых) психических расстройств и изучать их в динамике, с нашей точки зрения, является принцип синдрома - или нозоконгруэнтности, т.е. сопоставления и выявления соответствия (или несоответствия):