

положении лежа и ортостазе. Кроме того, у детей и подростков комплексно оценивали психологическое состояние. Эмоциональное состояние определяли по результатам теста Люшера, работоспособность и степень астенизации по результатам теста Крепелина, типологический профиль личности обследуемых, наличие акцентуаций характера по оригинальному личностному опроснику, предназначенному для диагностики состояний и свойств личности, имеющих первостепенное значение для процесса социальной адаптации и регуляции поведения.

В структуре выявленной патологии ожирение составило 4,6% (88 человек). В сформированной группе мальчиков 38,5%, девочек 61,5%. Возраст обследованных 11-16 лет. Группу сравнения составили 325 детей и подростков, у которых при обследовании не было диагностировано какой-либо острой патологии или обострений хронических болезней. Статистический анализ результатов обследования проводился с использованием пакета прикладных статистических программ STATISTICA 6,0.

По сравнению с детьми группы сравнения, у детей с ожирением значимо повышены показатели эмоциональной лабильности ($P=0,045$) и демонстративности ($P=0,04$), имеется тенденция к повышению показателей девиаций поведения ($P=0,08$), психастеничности ($P=0,07$), импульсивности ($P=0,09$) и диссоциальности ($P=0,09$). Парное сравнение показателей, оценивающих психолого-психометрические особенности, у детей группы контроля и детей данной группы выявило следующие особенности детей с ожирением: на фоне эмоциональной неустойчивости, зависимости настроения от внешних обстоятельств имеется внутреннее беспокойство, тревога за будущее и склонность все подвергать сомнению. Вместе с тем, присутствует демонстративность в поведении с импульсивностью даже при незначительных стрессовых обстоятельствах, отмечаются некоторые трудности в организации своего поведения и в соблюдении общепринятых норм и правил.

Таким образом, можно сделать вывод о том, что дети и подростки с ожирением отличаются личностной дисгармоничностью с преобладанием эмоционально нестабильных черт, что в первую очередь может свидетельствовать об отсутствии у таких детей четких жизненных перспектив и планов на будущее, отсутствии уверенности в себе и своих силах. Высокий уровень демонстративности и девиаций поведения свидетельствует о сложностях в построении межличностных отношений, об отсутствии внутреннего удовлетворения от общения с окружающими людьми и т.д. Таким детям и подросткам показана психотерапевтическая коррекция с целью формирования уверенности в себе, пересмотра системы ценностей, выработки адаптивных форм поведения в социальной сфере и дифференциации мотивационных установок.

ВЕРИФИКАЦИЯ ДИАГНОЗА ИЕРСИНИОЗНОЙ ИНФЕКЦИИ

Зинович Я. И.

*Гродненский государственный медицинский университет,
Республика Беларусь*

Кафедра инфекционных болезней с курсом детских инфекций

Научный руководитель: к.м.н. ассистент Матиевская Н.В.

Иерсиниозная инфекция (ИИ) объединяет 2 инфекционных заболевания: кишечный иерсиниоз (КИ) и псевдотуберкулез (ПТ). ИИ характеризуется полиморфизмом проявлений, склонностью к генерализации, возможностью рецидивирования и хронизации. Своевременная верификация диагноза ИИ позволяет предупреждать неблагоприятные исходы, снижать частоту диагностических ошибок. Ведущим лабораторным методом верификации ИИ является серологический. Наиболее

распространен в клинической практике метод РНГА с диагностикумами к 03 и 09 сероварам КИ, и псевдотуберкулезу (ПТ). В то же время, результаты проведенных эпидемиологических исследований показали, что на территории РБ циркулируют различные серовары кишечного иерсиниоза (КИ): 03 серовар – в 60% случаев, 04 – 35%, 07 – 10%, 09 – 30% (Хватова Л.А и др., 2007). В связи с этим можно предполагать, что в ряде случаев КИ остается серологически не верифицированным.

Цель исследования: изучить особенности верификации диагноза ИИ.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ 27 случаев ИИ, пролеченных в ГОИКБ с 2004 по 2007 г. Для верификации диагноза ИИ использовались серологическое исследование сывороток крови в РНГА и бактериологические посевы кала и мочи. В зависимости от результатов серологического исследования на ИИ, все больные были разделаны на 2 группы: 1 группа - серопозитивные – 18 (66,7%) больных (средний возраст – 12,7 лет, мужчин – 12, женщин - 6) и 2 группа - серонегативные – 9 (33,3%) больных (сред. возраст – 11,5 лет, мужчин – 5, женщин - 4).

Результаты. По результатам РНГА, у больных 1 группы были верифицированы следующие формы ИИ: КИ, вызванный сероваром 03 – 15 (83,3%), КИ, вызванный сероваром 09 – 1 (5,6%), псевдотуберкулез – 2 (11,2%).

По уровню титров антител больные распределились следующим образом: 1:200 – 5 (03 -3, 09 – 1, ПТ – 1), 1:800 – 3 (все 03), 1:1600 – 2 (все 03), 1:6400 – 5 (03 – 4, ПТ - 1), 1:12 800 и выше получены у 3 больных с КИ 03. У одного больного с титром к КИ 03 (1:25600) выявлены антитела к КИ 09 в титре 1:400. У 9 больных были выполнены повторные серологические исследования на ИИ через 10-15 дней после первичного исследования на фоне стихания острых проявлений заболевания. Нарастание титра антител к специфическим диагностикумам было обнаружено только у 1 больного, у 8 больных отмечено снижение титра антител в 2 и более раз по сравнению с исходными показателями.

У больных с негативными ответами РНГА с указанными диагностикумами диагноз ИИ устанавливался на основании клинико-эпидемиологических данных. По заключительным диагнозам больные распределились следующим образом: скарлатиноподобная форма ИИ – 2, генерализованная форма ИИ - 1, кишечный иерсиниоз – 2, смешанная форма – 4. Все диагнозы имели убедительное клинико-эпидемиологическое обоснование. Результаты бакисследования кала и мочи на иерсинии были отрицательными у всех больных в обеих группах.

Выводы. В настоящее время основным методом верификации ИИ является серологический. Наиболее распространенным серовариантом ИИ является возбудитель КИ 03 (55,6%). Высокая частота (33%) серонегативных форм ИИ указывает на циркуляцию других сероваров ИИ, кроме вариантов, к которым стандартно определяются антитела: 03, 09, ПТ, что обосновывает разработку и внедрение в диагностическую практику более широкого спектра тест-систем к различным сероварам ИИ. Снижение активности инфекционного процесса при ИИ ассоциируется со значительным снижением титра специфических антител в динамике заболевания.