

проведем анализ социально-психологических коррелятов с использованием метода «незаконченных предложений». Как показывают полученные данные, имеются существенные различия в матрице картины внутреннего мира отношений женщин к разным сторонам жизни. Особенно интересны данные «негативного» и «нейтрального» регистров. Смысловое содержание последнего обозначает дистанцированное «избегающее» отношение, поэтому для анализа мы использовали их суммарное значение. При сравнении групп женщин, которое проводилось по 5-балльной шкале оценки, обращали на себя внимание следующие параметры, несущие негативный характер отношений: у матерей 1-й группы – отношение к матери (2,8 балла), к противоположному полу (3,4), сексуальные отношения (3,2), отношение окружающих (3,4); у матерей второй группы: отношение к будущему (2,4 балла), к матери (2,7), к отцу (3,7), к противоположному полу (3,5), сексуальные отношения (3,7), отношение окружающих (3,3) и отношение к настоящему (2,4).

Сравнительный анализ показал, что данные в обеих группах имеют показатели, включавшие как общие проблемы, так и различные. У женщин 2-й группы, имевших несогласованные отношения с ребенком, были выявлены негативные связи в области именно межличностных отношений. Обращало на себя внимание, что в родительской семье у женщин этой группы негативные отношения были связаны чаще с образами обоих родителей, тогда как у женщин, предпочитавших в общении с ребенком диалог, отношение к отцу было позитивным. Отношение к будущему и настоящему у женщин 1-й группы также носило более выраженный позитивный характер, обусловленный, возможно, опытом надежных взаимоотношений с мужчинами в родительской семье и своей собственной.

Анализ результатов эксперимента показал, что отношение женщин к своему ребенку, больному ДЦП, обусловлено наличием психологического компонента материнской доминанты в процессе ожидания ребенка, представляющего собой ценностную матрицу отношений к будущему ребенку. Характерным признаком возможной смены доминантного состояния являются нарушения в эмоциональной сфере (тревожность, депрессия). В нарушениях материнской доминанты отмечалась особенно высокая коморбидность с другими отклонениями в межличностных отношениях – в родительской семье (негативный образ матери, отца), в собственной семье (отношения с мужем), повышенная зависимость от социального окружения. Выявленные особенности негативно влияли на процесс формирования материнства и адекватных отношений к своему ребенку. Корреляционный анализ показал, что женщины, имевшие проблемные интеракции с ребенком, больным ДЦП, выстраивают свои отношения с ним по типу доминантности-властности, сопровождаемого депрессивным состоянием. Они не могли принять поставленный диагноз. Эмоциональный ряд этих женщин был представлен бесилием, безнадежностью, растерянностью, страданием и горем. Для матерей, имевших позитивные интеракции в ситуации с ребенком, больным ДЦП, были характерны открытость и общительность. Точкой отсчета радостей, связанных с ребенком-инвалидом, выступало очередное самостоятельное овладение им каким-либо навыком. Эмоциональный ряд этих жен-

щин включал любовь, нежность, радость, уверенность.

Таким образом, полученные данные позволяют дифференцированно подходить к анализу материнских и детских отношений в ситуации ребенка, больного ДЦП, и научно обосновывать психокоррекционные методы индивидуальной работы.

УДК 616.233 – 002.1 – 053.37 : 616.153.915 – 039 – 074

В.В. Софронов, Н.А. Тамбова, Г.К. Зиятдинова
(Казань). **Антиоксидантная система сыворотки крови при бронхитах у детей раннего возраста**

Мы изучали параметры антиоксидантной емкости сыворотки крови и оптимизацию методов коррекции гипоксических состояний при бронхитах у детей раннего возраста. Под наблюдением находились дети с различными вариантами бронхитов: у 30 (1-я группа) – острый бронхит (ОБ), у 25 (2-я группа) – острый обструктивный бронхит (ООБ), у 17 (3-я группа) – рецидивирующий бронхит (РБ). Больных обследовали в первые дни поступления в стационар пульмонологического отделения при наличии отчетливых признаков активности воспалительного процесса и при выздоровлении. Возраст детей колебался от одного месяца до 5 лет. Группа контроля состояла из 20 здоровых детей в возрасте от одного месяца до 5 лет. Группы были сформированы однородными по полу, возрасту, социально-экономическим факторам.

Все пациенты получали противокашлевые средства, десенсибилизирующие и противовоспалительные препараты, физиотерапию, вибрационный массаж, антибактериальные средства. В комплексном лечении применялся калия фумарат (КФ) в суточной дозе 5 мг/кг в течение трех недель. В 1-й группе фумарат калия был включен в комплексную терапию 17 больным, во 2-й – 12, в 3-й – 9. Антиоксидантную емкость сыворотки (АЕС) крови определяли гальваностатической кулонометрией с применением электрогенерированных соединений брома. Интегральную АЕС оценивали при постоянной силе тока 5 мА. Конечную точку титрования устанавливали амперометрически с двумя платиновыми поляризованными электродами. Существенность различий средних величин устанавливали по критерию Стьюдента.

Полученные результаты свидетельствовали о влиянии воспалительного процесса на состояние АЕС. При поступлении АЕС во всех группах наблюдения была ниже, чем в контроле ($40,8 \pm 3,2$ кК/л). Так, в 1-й группе АЕС составила $28,8 \pm 3,6$ кК/л ($p < 0,05$), во 2-й – $28,6 \pm 2,9$ кК/л ($p < 0,05$), в 3-й – $27,9 \pm 3,2$ кК/л ($p < 0,05$). В результате лечения у всех больных 1-й группы наступило клиническое выздоровление: у 14 кашель прекратился, у остальных – значительно уменьшился. Среди больных 2-й группы одышка исчезла у 21 и уменьшилась у 4. У 9 больных 3-й группы констатирована ремиссия заболевания. На фоне общепринятой терапии (без включения фумарата калия) во всех группах наблюдения значимого изменения АЕС крови не наблюдалось. В 1-й группе показатель АЕС составил $28,4 \pm 5,0$ кК/л ($p < 0,05$), во 2-й – $30,8 \pm 3,1$ кК/л ($p < 0,05$), в 3-й – $28,1 \pm 4,1$ кК/л ($p < 0,05$). При включении в традиционную терапию естественного метаболита цикла Кребса калия фумарата статистически значимое повышение ($p < 0,05$) показателя АЕС отмечалось при остром ($35,9 \pm 3,9$ кК/л) и ост-

ром обструктивном ($35,1 \pm 5,8$ кК/л) бронхите, при рецидивирующем варианте установлена лишь тенденция к нормализации показателя ($30,1 \pm 4,0$ кК/л).

Таким образом, показатели антиоксидантной емкости сыворотки крови у больных с различными формами бронхита к моменту клинического выздоровления до уровня здоровых детей не восстанавливаются. Наиболее значимые нарушения АЕС обнаружены при рецидивирующем бронхите. Применение в комплексной терапии естественного метаболита цикла Кребса калия фумарата расширяет возможности патогенетической терапии при острых обструктивных и рецидивирующих бронхитах, что выражается в восстановлении показателя АЕС до уровня здоровых детей.

УДК 616.348 — 007.61 — 057.874 — 07

Е.В. Черенков, С.Н. Коломенский, Е.В. Можанов, А.А. Спиридонов, Г.В. Токарев (Казань — Нижнекамск). **Диагностика болезни Гиршпрунга в старшем школьном возрасте**

Болезнь Гиршпрунга (Hirschsprung, 1886—1888 гг.), или врожденный мегаколон "megacolon congenitum idiopathicum" — это порок развития толстой кишки, обусловленный денервацией всех элементов, включая кишечную стенку и сосуды. Полное отсутствие или дефицит интрамуральных нервных ганглиев, нарушение проводимости в нейрорефлекторных дугах стенки кишки нарушают пассаж кишечного содержимого через аперистальтическую зону, а также перистальтику всего толстого кишечника с угнетением позыва на дефекацию, негативно влияют на регионарный кровоток, проницаемость, резорбцию и вызывают развитие дисбактериоза. Эти изменения приводят к возникновению хронических запоров, вторичного энкопреза, тяжелой каловой интоксикации, отставанию в психофизическом развитии, полиорганной недостаточности и смерти. Лечение данной патологии только хирургическое. Хронические запоры как симптомокомплекс могут быть проявлением как функциональной (алиментарной) дискинезии кишечника, так и такой серьезной органической патологии, как болезнь Гиршпрунга.

Распознавание болезни важно уже в периоде новорожденности, поскольку в грудном возрасте смертность достигает 40—50%. В республике ежегодно оперируют несколько человек с данной патологией в возрасте от 16 до 30 лет, и подавляющее большинство таких больных выявляется в районах. Больные хроническими запорами встречаются среди как детей, так и взрослых, поэтому представленный нами случай диагностики болезни Гиршпрунга в старшем школьном возрасте будет интересен для врачей различных специальностей, сталкивающихся с данной патологией в своей повседневной практике.

Л., 16 лет, была переведена в отделение неотложной хирургии № 1 Детской городской больницы (ДГБ) г. Нижнекамска из соматического отделения 29.09.2004 г. в 11 часов после консультации хирурга по поводу жалоб на подострые непостоянные боли внизу живота, частые безболезненные мочеиспускания и слабость.

При поступлении состояние больной средней тяжести. Пациентка нормо- или ближе к гипостеническому типу телосложения. Масса тела — 42 кг, рост — 169 см. Кожа бледная, чистая. Язык влажный, обложен грязно-белым налетом. Миндалины не увеличены. Зев не гиперемирован. Температура тела — $36,4^{\circ}\text{C}$.

АД — 110/60 мм Hg. В легких дыхание проводится по всем легочным полям одинаково, везикулярное, хрипов нет. Сердечные тоны приглушенные, ритмичные. На верхушке и в точке Боткина выслушивается систолический шум. Границы сердца не расширены. Пульсовая волна удовлетворительных качеств, монокротическая, с частотой 88 уд. в 1 минуту. Живот не вздут, увеличен в объеме и асимметричен за счет выстояния нижних отделов. В гипогастральной области, включенной в полость малого таза, определяется опухолевидное образование плотной консистенции, с бугристыми контурами, не смещаемое при пальпации и не меняющее своих форм. Симптом "глины" отрицательный. Образование (приблизительно 15,0 20,0 см) отчетливо визуализируется через переднюю брюшную стенку. Определяется умеренная болезненность во всех гипогастральных областях. Симптомов раздражения брюшины нет. Менструации регулярные, безболезненные, последний раз были неделю назад. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Почки не пальпируются. Стул, со слов девочки, один раз в 7-10 дней в течение 10-12 лет.

Общий анализ крови: эр. — $3,1 \cdot 10^{12}/\text{л}$, Hb — 86 г/л, л. — $4,8 \times 10^9/\text{л}$, лейкоцитарная формула: э. — 2%, п. — 6%, с. — 43%, лимф. — 46%. мон. — 3%, анизоциты +; СОЭ — 9 мм/ч.

Общий анализ мочи: цвет соломенно-желтый, прозрачная, опт. плотность — 1,015, белок не обнаружен. Микроскопия: л. — 1-2, эр. — 3-4, эпителий плос-



Рис. 1. При тугом заполнении через прямую кишку толстого кишечника бариевой смесью отмечены расширение ампулы прямой кишки до 11,0 см в диаметре, резкое расширение и удлинение сигмовидной кишки. Восходящая, поперечно-ободочная и нисходящая отделы толстого кишечника не заполнились. Гаустрации сигмовидного отдела толстого кишечника нет. Отмечается бугристость слизистой, складки продольные, маловыраженные.