

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, монотоническая, с частотой 88 уд. в 1 минуту. Живот не вздут, увеличен в объеме и асимметричен за счет выстояния нижних отделов. В гипогастриальной 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 гипогастриальных 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%, анизоцит. +; 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.