

нем легочном поле справа, в медиально-базальных отделах с обеих сторон, на фоне грубо деформированного сосудистого рисунка. Корни расширены, структура снижена. Синусы свободные. Границы сердца не увеличены.

Консультация окулиста: ОУ- диски зрительных нервов розовые, границы четкие, вены полнокровные, расширенные, артерии нормально-го диаметра.

Консультация ЛОР-врача: диагноз острого ринофарингита.

С учетом особенностей анамнеза (рецидивирующий инфекционный синдром в виде возвратных респираторных и синопульмональных инфекций; неврологические нарушения – изменение походки, пошатывание при ходьбе, слабость, вялость, замедленность движений; отставание в физическом развитии; сосудистые звездочки на склерах с рождения), клинических данных и результатов лабораторных и инструментальных исследований был предположен диагноз первичного иммунодефицита, атаксии-телеангиэктазии. Уровень α -фетопротеина в сыворотке крови в качестве диагностического теста составил 147,5 МЕ/мл, что значительно превышало норму и подтверждало клинический диагноз.

При данном варианте первичного иммунодефицита очень высока частота злокачественных заболеваний, поэтому была проведена биопсия увеличенного тонзиллярного лимфатического узла. Заключение: лимфогранулематоз, смешанно-клеточный вариант с аберрантной экспрессией CD20.

В отделении ребенок получал активную антибактериальную терапию (цефазолин, селеницин, амоксиклав, сульперазон парентерально, бисептол внутрь), противогрибковую (дифлюкан внутривенно) и заместительную иммуноглобулином внутривенно (гамимун Н в курсовой дозе 15 граммов), отхаркивающие и бронхолитические препараты, ферменты, препараты железа, а также массаж грудной клетки и ЛФК.

На фоне лечения отмечалась положительная динамика. Ребенок стал активным, улучшился аппетит, прибавил в массе тела до 19 кг при выписке, ходит с поддержкой, повысился эмоциональный тонус. Кашель редкий, одышки нет, аускультативно сохранялись влажные мелкопузырчатые хрипы с обеих сторон.

Общий анализ крови: л. – $5,4 \times 10^9$ /л, эр. – $4,97 \times 10^{12}$ /л, Hb – 108 г/л, тромбоц. – 222×10^9 /л, СОЭ – 13 мм/ч, п. – 2%, с. – 38%, эоз. – 2%, мон. – 6%, лимф. – 52%. Уровень иммуноглобулинов в сыворотке крови: Ig A – менее 0,261 г/л, Ig M – 0,74 г/л, Ig G – 7,84 г/л (дисиммуноглобулинемия сохраняется за счет низкого содержания Ig A, уровень Ig G значительно повысился). Прогноз заболевания серьезный. Ребенка перевели в онкогематологическое отделение

ДРКБ МЗ РТ для дальнейшего лечения, есть необходимость в постоянном его наблюдении со стороны педиатра, гематолога, клинического иммунолога, пульмонолога и невропатолога.

Данный клинический случай представлен нами с целью усиления настороженности врачей в плане диагностики первичных иммунодефицитов, поскольку только рациональная терапия, включающая имунотропное лечение, позволяет контролировать инфекционный синдром у больных данной категории.

УДК 616. 831 – 005. 1 – 08

Л.Ч. Самерханова, Н.В. Филатова, С.В. Герасимова, Д.А. Билялова, А.А. Яркаев (Казань). Клиническая музыкотерапия при остром нарушении мозгового кровообращения

Музыкотерапия является специальным методом психотерапии с многовековой историей. Еще Пифагор, Аристотель и Платон обращали внимание современников на целебную силу воздействия музыки, которая, по их мнению, устанавливает пропорциональный порядок и гармонию в человеческом теле. Как самостоятельная дисциплина музыкальная терапия широко практикуется в США, сфера ее применения постоянно расширяется в Австралии, Японии, Новой Зеландии, Южной Америке и в ряде стран Европы. В настоящее время и в России подготовлена программа по клинической музыкотерапии и сформулирована новая научная концепция: "Музыкотерапия – это система психосоматической регуляции функций организма человека". В то же время известно, что формирование болезней, тяжесть проявлений клинической симптоматики и характер течения патологических процессов во многом определяются стрессоустойчивостью и зависят от уровня адаптационных возможностей организма, эндотоксикоза и психологического статуса.

Целью исследования являлось изучение влияния клинической музыкотерапии на психологическое состояние, стрессоустойчивость, адаптацию и эндотоксикоз у больных с острыми нарушениями мозгового кровообращения (ОНМК).

Под динамическим наблюдением находились 50 больных с ОНМК по ишемическому типу в возрасте от 44 до 80 лет (мужчин – 28, женщин – 22). Исследования проводились на базе отделения сосудистой неврологии госпиталя ветеранов войны г. Казани. При обследовании и лечении применялись общепринятые методы согласно МЭС. Лечебные сеансы музыкотерапии по специально разработанной программе получили 25 больных ОНМК по ишемическому типу. Группу сравнения составляли 28 условно здоровых лиц (мужчин – 15, женщин – 13).

Таблица 1

Показатели адаптации организма, выраженности эндотоксикоза у больных с острым нарушением мозгового кровообращения по ишемическому типу в динамике музыкотерапии (M±m)

Клиническая группа	СПНР		ЛИИ	
	А: при поступлении	В: перед выпиской	А: при поступлении	В: перед выпиской
Больные ОНМК с курсом музыкотерапии (n=25) Стандартное отклонение	0,47±0,04* 0,19	0,54±0,03*** 0,15	1,14±0,15 * 0,68	0,74±0,05*** 0,22
Больные ОНМК без курса музыкотерапии (n=25) Стандартное отклонение	0,62±0,05* 0,26	0,66±0,07* 0,22	0,75±0,08* 0,53	0,64±0,06*** 0,34
Здоровые (n=28)	0,89±0,06		0,83±0,04	

* По сравнению со здоровыми (p<0,05), ** в сравниваемых группах А и В (p<0,05). То же в табл. 2.

Психологический статус изучали путем анкетирования в баллах по опросникам Цунга и тесту САН. Состояние адаптационных возможностей организма и его стрессоустойчивость определяли по характеру изменений суммарного показателя неспецифической резистентности (СПНР), который оценивали по фазам: <0,3 – реакция хронического стресса, 0,31–0,5 – первоначальная реакция тревоги или реакция тренировки, 0,51–0,7 – фаза спокойной активации или стабилизации, >0,71 – зона повышенной активности.

О состоянии эндогенной интоксикации и неспецифического иммунитета судили по лейкоцитарному индексу интоксикации (ЛИИ) методом Я.Я. Кальф-Калифа (1941), а также по фазам: <0,3 – срыв напряженности неспецифического иммунитета, 0,31–1,0 – проявление физиологического эндотоксикоза при хорошей напряженности неспецифического иммунитета, 1,1–1,5 – проявление физиологического эндотоксикоза при высокой напряженности неспецифического иммунитета, >1,51 – выраженная эндогенная интоксикация при высокой напряженности неспецифического иммунитета.

Статистический анализ результатов в исследовании производили по Р.Я. Фишеру (1958), П.Ф. Рокитскому (1961) при помощи таблиц В.С. Генеса (1964). Достоверность различий средних величин определяли путем расчета критерия t с последующей оценкой по таблице Стьюдента.

После проведения курса клинической музыкотерапии были выявлены преимущественно положительные изменения показателей СПНР, ЛИИ и психологического статуса.

Сравнительный анализ распределения больных по тестам ЛИИ в динамике заболевания показал, что среди больных ОНМК, леченных с использованием музыки, число пациентов с ЛИИ в пределах показателей физиологического эндотоксикоза возросло к выписке на 25%, а в группе сравнения, напротив, снизилось на 4%. Что касается больных с выраженным эндоток-

сикозом, то на фоне музыкотерапии отмечалась тенденция к уменьшению числа больных с этими показателями. В то же время в группе без музыкотерапии число больных с выраженным эндотоксикозом оставалось одинаковым как при поступлении, так и при выписке из стационара. Число больных со срывом напряженности неспецифического иммунитета, которые получали сеансы музыкотерапии, увеличилось лишь на 3%, в то время как в группе сравнения – на 14% (табл. 1).

Таблица 2

Показатели психологического статуса у больных с острым нарушением мозгового кровообращения в динамике музыкотерапии (M±m)

Показатели	Больные ОНМК (n=25)		Здоровые
	А: при поступлении	В: перед выпиской	
Тревога	15,85±0,65*	12,4±0,38 ***	10,75±0,24
Депрессия	16,45±0,17 *	12,15±0,11 ***	8,55±0,29
Тест САН	4,17±0,09 *	5,36±0,05 ***	5,53±0,1
Самочувствие	3,61±0,2	4,58±0,22*,**	5,62±0,16
Активность	4,71±0,08	5,62±0,1**	5,73±0,1
Настроение	4,12±0,11*	5,44±0,13*,**	5,61±0,13

Психологический статус больных с ОНМК как при поступлении, так и перед выпиской достоверно отличался от такового у здоровых. Значительно повышенные показатели тревоги и депрессии при поступлении в стационар на фоне лечебных сеансов достоверно снижались к выписке из стационара, однако оставались все же выше, чем у здоровых. Самочувствие, активность и настроение при музыкотерапии значительно улучшились (табл. 2).

Таким образом, музыкотерапия оказывает комплексное благоприятное влияние на патофизиологические процессы, возникающие при ОНМК, что подтверждается результатами и наших исследований.