

гематома. Больную госпитализировали по экстренным показаниям с подозрением на внематочную беременность, анемию. На лечении находилась 3 суток. Осмотрена хирургом: острой хирургической патологии не выявлено. УЗИ органов брюшной полости: миома тела матки, эндометриоз, ретроvesикальная гематома, гематосальпинкс. Повышение температуры тела до 38,4°C, СОЭ – 23 мм/ч, боли внизу живота.

При поступлении у больной боли в нижней части живота, гипертермия до 38,0–38,7°C, слабость, анорексия. Живот напряженный, болезненный в надлонной, правой и левой подвздошной областях, положительный симптом раздражения брюшины. В надлонной области и несколько выше определяется опухолевидное образование (≈ 10 на 14 см), резко болезненное при пальпации, туго-эластической консистенции, неподвижное. Из анамнеза: 2 недели назад дома была избита мужем, после этого 10 дней беспокоили боли в животе, повышение температуры тела, задержка мenses. Боли купировала приемом алкоголя.

Анализ крови: Hb – 82 г/л, л. – 4,9 x 10⁹, СОЭ – 29 мм/ч, п. – 4, с. – 59, эоз. – 3, мон. – 4, лимф. – 30.

Анализ мочи: отн. пл. – 1,020, белок – 1,165 г/л, л. – 10–15 в п/зр., эп. Клетки – 10–20 в п/зр., слизь +, эр. – 4–8 в п/зр. Общий белок – 76 г/л, С-РБ 4+.

После предоперационной подготовки больную прооперировали по поводу дермоидной кисты правого яичника (?), перитонита. Были проведены лапароскопия, нижнесредне-срединная лапаротомия, иссечение кисты урахуса, резекция мочевого пузыря, цистостомия, резекция пряди большого сальника, санация и дренирование брюшной полости, а также предпузырной клетчатки. При лапароскопии обнаружено, что к передней стенке по срединной линии ниже пупка на 4–5 см подпаян большой сальник на широком основании до 5 см в поперечнике с переходом на excavatio vesicouterina. В свободной брюшной полости – до 150 мл мутного серозного выпота. Произведена лапаротомия. На 5 см ниже пупка на передней брюшной стенке обнаружено опухолевидное образование (7 x 10 см) с подпаянным к нему сальником. Брюшина гиперемирована. При отделении пряди большого сальника в данном образовании вскрылось перфорационное отверстие, из которого вытекал зловонный гной. Брюшная полость была отграничена. Образование вскрыто – киста урахуса. Содержимое эвакуировано. Некротически измененная прядь большого сальника резецирована. Киста удалена до нижнего полюса. При дальнейшей ревизии обнаружено, что нижний полюс кисты интимно спаян со стеной мочевого пузыря, а на участке размером 1 на 4 см левее срединной линии прорастает в его верхушку. Произведена резекция мочевого пузыря с нижним полюсом кисты. Наложена цистостома с выведением ПХВ трубки. Проведены санация и дренирование брюшной полости, а также предпузырной клетчатки. Лапаротомная рана ушита.

Послеоперационный диагноз: нагноившаяся киста урахуса, осложненная прикрытой перфорацией и прорастанием в стенку мочевого пузыря, мест-

ный неограниченный серозный перитонит, гнойный оментит, гнойный цистит.

В послеоперационном периоде больная получала следующее лечение: плазмо- и гемотрансфузии, белковые препараты, антибиотики (талцеф в/в, гентамицин в/м), витаминотерапию, в/в кристаллоидные растворы, производилась стимуляция кишечника. Цистостомическую трубку промывали водным раствором хлоргексидина (0,05%) через 4–6 часов.

Попытки самостоятельного мочеиспускания предпринимались больной на 3-и сутки. Перистальтика появилась на 3-и сутки, отхождение газов – на 5-е сутки. Дренаж предпузырной клетчатки удален на 3-и сутки, а брюшной полости – частично на 5-е сутки и окончательно – на 7-е сутки с момента операции. Швы с послеоперационной раны сняты на 10-е сутки. Заживление произошло первичным натяжением. Цистостомическая трубка удалена на 13-е сутки после нормализации показателей мочи. Рана в области цистостомии зажила путем вторичного натяжения на 20-е сутки. Больную выписали из стационара на 24-е сутки в удовлетворительном состоянии. Осмотрена через 2 месяца после выписки – жалоб нет, социально адекватна.

УДК 616.89 – 008.19 – 07 : 618.175 – 055.23 – 07

Г.Х. Хрулева, Л.М. Тухватуллина (Казань). Психоэмоциональная характеристика больных первичной дисменореей пубертатного периода

В МКБ-10 болезненные менструации закодированы термином "дисменорея", что дословно с греческого может быть переведено как порочное (dys) месячное (menos) истечение (rhoe). Дисменорея – одно из самых распространенных расстройств менструальной функции в пубертатном периоде. Она представляет собой патологический циклический процесс, характеризующийся выраженными болями в нижней части живота в дни менструации, сопровождающиеся общей слабостью, тошнотой, рвотой, диареей, головной болью, головокружением, раздражительностью, обмороками и другими симптомами, которые можно разделить на эмоционально-психические, вегетативные, вегетососудистые и обменно-эндокринные. Различают первичную и вторичную дисменорею. Термин *первичная* (функциональная, эссенциальная, идиопатическая, спазмическая) *дисменорея* подразумевает отсутствие органической патологии со стороны органов малого таза, *вторичная* (органическая, приобретенная) является следствием многих причин: врожденных аномалий развития матки, посттравматических ее повреждений (синехии, рубцовая деформация), опухолей (лейомиома), наружного и внутреннего эндометриоза, воспалительных заболеваний внутренних половых органов и др.

Большое значение в возникновении дисменореи имеют исходный психоэмоциональный статус и комплекс неблагоприятных психогенных факторов, а также влияние самой дисменореи на прогрессирование нервно-психических нарушений у девочек-подростков, что обуславливает актуальность данной проблемы.

Цель настоящего исследования – изучение пси-

хологической структуры личности и влияния факторов, отрицательно воздействующих на психику девушек, больных первичной дисменореей.

Для определения особенностей личностно-психологической структуры использовались клинико-психологические шкалированные опросники. С целью изучения отдельных черт характера и их сочетаний применялся характерологический вопросник К. Леонгарда–Г. Шмишека (1981), включающий 88 вопросов и 10 шкал, соответствующих типам акцентуации. Для исследования ситуативной и личностной тревожности использовалась шкала Ч.Д. Спилбергера в модификации Ю.Л. Ханина (1976), основанная на самооценке внутреннего состояния и дающая возможность подойти к анализу субъективной стороны эмоциональных расстройств. Модифицированный восьмичетверной тест Люшера в модификации Л.Н. Собчик (2001) был применен с целью изучения неосознаваемых проблем личности, индивидуального стиля переживания, типа реагирования и степени адаптированности респондентов. В основную группу вошли 48 девочек в возрасте 12–18 лет ($15 \pm 0,3$), которые оценивали боль в 1-й день менструального цикла на 2,5–3,0 балла визуально-аналоговой шкалы. Для оценки психоэмоционального статуса в группу сравнения были включены 15 здоровых девочек соответствующего возраста.

По данным семейного анамнеза, у матерей 36 (75%) больных наблюдалось патологическое течение беременности и родов. Гестозы беременных, вызывающие, как известно, хроническую гипоксию глубоких отделов мозга плода, отменялись особенно часто (у 30). Реже встречались ранние токсикозы, угроза прерывания беременности (у 5). Осложнениями родов были аномалии сократительной деятельности матки (у 6), преждевременные роды (у 5), тазовое предлежание плода (у 4), острая внутриутробная гипоксия плода (у 2). Наследственность была отягощена различными экстрагенитальными заболеваниями родителей у 25 (52,1%) девочек, гинекологическими – у 29 (60,1%). Дисменореей страдали 43,75% матерей и/или сестер пациенток. Профессиональные вредности имели 9 (18,75%) матерей девушек, вредные привычки (бытовой алкоголизм) – 6 (12,5%).

По данным личного анамнеза выявлено, что первая менструация у девочек наступила в возрасте $12,14 \pm 0,17$ года, ритм менструаций установился сразу, что соответствует норме. Дисменорея проявилась сразу после менархе у 35 (72,9%) пациенток, через 1,5–3 года после первой менструации – у 13 (27,1%). При анализе частоты экстрагенитальной патологии первое место занимают хронические тонзиллиты, риниты, синуситы, фарингиты, выявленные у 34 (70,8%) девочек с дисменореей. Обращает на себя внимание высокий процент хронических заболеваний желудочно-кишечного тракта и желчевыводящих путей (45,8%), а также мочевыделительной системы (25%).

Среди психологических факторов, отрицательно воздействовавших на психическое состояние девочек, нужно отметить нарушение внутрисемейных отношений (24 семьи). Они были обусловлены частыми семейными ссорами в связи с злоупотреблением алкоголем отца (6 семей), противоречивыми

отношениями родителей к детям: чрезмерной опекой (3), повышенной требовательностью (4), недостатком внимания и ласки (5), конфликтами с отцом (3), мачехой (1). Только 12 (25%) обследованных больных готовы к доверительным отношениям с родителями, способны свободно обсуждать свои личные проблемы.

26 (54,1%) девушек в основной группе связывают появление болезненных менструаций непосредственно с предшествовавшей стрессовой ситуацией: смерть матери (2), развод родителей (5), учебная перегрузка (6). 13 респонденток волнуют взаимоотношения со сверстниками (чувство неполноценности, невозможность утвердиться в компании, насмешки со стороны противоположного пола и т.п.). Обращает на себя внимание высокий процент неудовлетворенности своей внешностью – 30 (62,5%) девочек хотели бы радикально изменить свою фигуру и иметь более яркие внешние данные.

Результаты психологического исследования не дали оснований для выделения специфической структуры характера, присущей личности больных дисменореей. Тем не менее при всем разнообразии черт характера у большей части обследованных (у 36) выявлялись некоторые общие особенности эмоциональности – повышенная аффективная возбудимость, раздражительность, эмоциональная лабильность, тревожность и сенситивность. Эти свойства были одной из ведущих черт астеноневротического, лабильного и сенситивного типов акцентуаций характера.

По методике Леонгарда–Шмишека было обнаружено преобладание эмотивного ($45,8 \pm 3,3\%$) и демонстративного ($25 \pm 0,1\%$) типов акцентуации характера, в группе сравнения – соответственно $13,3 \pm 0,3$ и $13,3 \pm 0,3\%$. Возбудимый тип определялся у $22,9 \pm 1,6\%$ больных, педантичный – у $4,2 \pm 4,1\%$, циклоидный – у $2,1 \pm 3,2\%$. В группе сравнения у большинства девочек ($46,6 \pm 4,2\%$) был гипертимный тип акцентуации личности, у 4 ($26,6 \pm 2,3$) – педантичный. Таким образом, девочек, особо впечатлительных и чувствительных, с глубокими переживаниями (эмотивный тип), демонстративным поведением и стремлением быть в центре внимания (демонстративный тип), повышенной импульсивностью и зависимостью от эмоций (возбудимый тип) можно отнести к группе риска по развитию дисменорей. Типы характера с повышенным фоном настроения в сочетании с жадой деятельности, высокой активностью и предприимчивостью (гипертимный тип) в основной группе не были выявлены, в отличие от группы сравнения.

Тестирование по методике Спилбергера–Ханина девочек с выраженной дисменореей выявило преобладание среднего значения баллов, характеризующих уровень реактивной и личностной тревоги (соответственно $44,02 \pm 12,23$ и $49,98 \pm 13,9$) при сравнении с таковыми у здоровых (соответственно $32,34 \pm 8,09$ и $40,25 \pm 9,45$). Можно предположить, что тревожность является относительно характерным для дисменореи психическим признаком.

Анализ данных теста Люшера показал повышенную психическую напряженность у $58,1 \pm 4,3\%$ девочек, эмоциональную неустойчивость и склонность к стрессу у $33,3 \pm 3,8\%$, снижение социальной адаптации

ции у $29,1 \pm 5,8\%$. В группе сравнения каких-либо специфических личностных особенностей не выявлено.

Согласно результатам исследования, у девушек, страдающих первичной дисменореей, имеет место микросоциальная и личностная дезадаптация.

Полученные данные должны явиться предпосылкой для дальнейшего изучения проблемы с целью разработки общих принципов психологической коррекции для формирования адекватного отношения к семейной жизни, повышения самооценки, а также психотерапии, направленной на улучшение психологической и социальной адаптации и соответственно профилактики дисменореи.

УДК 575. 224. 6

М.Я. Ибрагимова, В.В. Семенов, В.С. Харитонов, Я.Х. Ибрагимов, Л.Я. Сабирова, Л.Я. Ибрагимова (Казань). Имеется ли мутагенная и антимутагенная активность у стимуляторов α - и β -адренорецепторов?

Для всех форм существования живых организмов наибольшую опасность представляют индуцированные мутации – вновь возникающие мутации оказывают негативное влияние как на приспособленность популяции, так и на наследственность отдельных организмов. В настоящее время предполагается, что одним из перспективных путей защиты генетического аппарата человека является использование в качестве антимутагенов (вещества, снижающие спонтанное и индуцированное мутирование под действием природных и синтетических соединений) лекарственных средств, механизм действия которых хорошо известен.

Изучалась способность модифицировать повреждения хромосом индуцируемые этилметансульфонатом двух препаратов: α -адреномиметика – фенилэфрина и β -адреномиметика – орципреналина сульфата в диапазоне концентраций 10^{-3} – 10^{-10} мг/кг. Регистрация протекторного действия физиологически

активных веществ (ФАВ) осуществлялась в их присутствии и отсутствии путем учета индуцированных мутагеном хромосомных aberrаций. Эксперименты выполнялись в клетках костного мозга мышей. На каждый опытный и контрольный варианты брали по 5–6 самцов 1,5–2 месячного возраста массой 25–30 г.

Согласно полученным данным (см. табл.), ФАВ в исследованных концентрациях достоверно не повышали уровень aberrаций хромосом. Зависимости эффекта от концентрации не отмечалось. Оказывал эффект лишь фенилэфрин в концентрации 1×10^{-3} мг/кг ($AЭ=34,4$).

Как видно из результатов, представленных в таблице, орципреналина сульфат обладает способностью снижать уровень этилметансульфонат (ЭМС)-индуцированных мутаций. Однако протекторный эффект был характерен в основном для препарата в высоких (не физиологических) концентрациях. При воздействии орципреналина сульфата на индуцированный мутагенез антимутагенная активность проявлялась в концентрациях 5 и 0,5 мг/кг. Наибольший антимутагенный эффект был равен 35,5% в концентрации препарата 5 мг/кг (ЭМС). Наблюдалась зависимость эффекта от концентрации. Отрицательные значения индекса g (эффект модификации повреждающего действия мутагена), свидетельствовавшие об уменьшении мутагенного эффекта, были выявлены при всех исследованных концентрациях обоих препаратов.

Таким образом, фенилэфрин и орципреналина сульфат во всем диапазоне исследованных концентраций не обладают мутагенной активностью в клетках костного мозга мышей. Фенилэфрин в одной (1×10^{-3} мг/кг), а орципреналина сульфат в двух (5; 0,5 мг/кг) из исследованных концентраций проявляют антимутагенный эффект в клетках костного мозга мышей.

Модификация орципреналина сульфатом мутагенного действия этилметансульфоната в клетках костного мозга мышей

Вариант опыта (концентрация, мг/кг)	Общее число метафаз	Общее число aberrаций	Частота aberrаций (в %)	AЭ	g	p
Контроль	500	8	$1,60 \pm 0,56$	–	–	–
ЭМС	500	76	$15,20 \pm 1,61$	–	–	$<0,001^*$
ОСТ						
5	500	49	$9,80 \pm 1,33$	35,5	-2,30	$<0,01^{**}$
0,5	500	53	$10,60 \pm 1,38$	30,3	-2,41	$<0,05^{**}$
$5 \cdot 10^{-2}$	500	58	$11,60 \pm 1,43$	23,7	-2,54	$>0,05^{**}$
$5 \cdot 10^{-3}$	500	81	$16,20 \pm 1,65$	-6,6	-3,15	$>0,05^{**}$

* По сравнению с контролем, ** по сравнению с этилметансульфонатом.