

утолщение надкостницы, еще в 1 случае визуализировалось ограниченное скопление жидкости — абсцесс, прилегающий к пораженной кости. Оперативное вмешательство подтвердило данные, полученные при ультразвуковом исследовании. Эхография также проведена 40 детям с РеА ТБС. Выявлялись следующие признаки: утолщение мягких тканей над пораженным суставом, утолщение капсулы сустава, скопление жидкости в полости сустава.

ВЫВОДЫ

1. При болевом синдроме в области тазобедренного сустава невозможно выделить один дифференциально-диагностический критерий, диагноз ставится на основании совокупности признаков, выявленных при комплексном обследовании ребенка.
2. Основными критериями при проведении дифференциальной диагностики при боли в тазобедренном суставе могут служить следующие признаки: факторы, предшествовавшие началу заболевания, характер начала заболевания, особенности болевого синдрома, температурная реакция в начале заболевания, показатели общеклинического исследования крови (количество лейкоцитов, показатель СОЭ, уровень С-реактивного белка) и результаты ультразвукового исследования пораженного сегмента конечности.

Литература

1. Верин В.М. // Первый Белорусский международный конгресс хирургов : тезисы докладов. — Витебск, 1996. — С. 16.
2. Касснер Л.Н., Догадина Н.А., Яшенкова Н.Б. // Актуальные вопросы детской хирургии и педиатрии : сб. научно-практ. тр. — Владивосток, 1998. — С. 181-182.
3. Катко В.А. // Первый Белорусский международный конгресс хирургов : тез. докл. — Витебск, 1996. — С. 46—47.
4. Мазуров В.И., Лула А.М. // Новые Санкт-Петербургские врачебные ведомости. — 2001. — № 1. — С. 48—52.
5. Bridges S.J. // J. Accid. Emerg. Med. — 2000. — Vol. 17, No. 4. — P. 310.
6. DeAngelis N.A., Busconi B.D. // Clin. Orthop. — 2003. — No. 406. — P. 11-18.

Поступила в редакцию 23.05.05.

DIFFERENTIAL DIAGNOSTICS OF ACUTE INFLAMMATORY DISEASES OF COX JOINT IN CHILDREN

S.G. Bordian, I.V. Babikova, N.D. Shiryayev

Northern State Medical University (Archangelsk)

Summary — The pain in cox area is a symptom of many pathological conditions. The analysis of 100 cases of osteomyelitis and reactive cox arthritis was done. It is shown, that as the basic criteria at differential diagnostics are the factors previous to disease, specific pain syndrome and temperature reaction, parameters of blood analysis and sonographic results.

Pacific Medical Journal, 2005, No. 3, p. 59-61.

УДК 159.922.1:612.6.06]-053.2

Н.А. Кравцова, Ю.А. Кравцов, Ф.Ф. Антоненко

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ НАРУШЕНИЙ ПОЛОВОЙ ДИФФЕРЕНЦИРОВКИ У ДЕТЕЙ

Владивостокский государственный медицинский университет,
Краевой клинический центр охраны материнства и детства (г. Владивосток)

Ключевые слова: половая дифференцировка, полоролевая идентификация.

Половая дифференциация — это совокупность генетических, физиологических и психологических признаков, на основании которых различаются мужской и женский пол. Она социокультурно обусловлена и является первой и важнейшей личностной категорией, которая усваивается ребенком. Долгие годы в отечественной психологии проблема половой дифференциации не рассматривалась, а в медицине нарушения половой дифференцировки анализировались на анатомо-функциональном уровне, без учета их влияния на психосексуальное развитие ребенка.

Сложный, но очень важный для развития личности процесс полоролевой дифференциации в современном обществе сопряжен с рядом проблем. Многие исследователи обращают внимание на то, что в

последние десятилетия изменился тип половой социализации [1—3, 5, 8]. Если раньше он был маскулинным для мальчиков и фемининным для девочек, то теперь он стал инверсионным. Другими словами, девочки усваивают в большей степени маскулинные роли, а мальчики — фемининные. Кроме того, Д.Н. Исаев, В.Е. Каган и Т.А. Репина указывали на доминирующую феминизацию воспитания [2, 3, 8]. Поэтому для мальчиков процесс полоролевой идентификации связан с некоторыми трудностями. С одной стороны, нет или очень мало мужских образцов для подражания: в процессе воспитания ребенок переходит из одних женских рук в другие: от матери — к воспитательницам в детском саду и учительницам в школе. А значит, усваивается женский образец поведения, мальчик воспитывается как «удобный для обращения» с женской точки зрения и не испытывает чувства престижа своего пола и желания его поддерживать [2, 5, 8]. С другой стороны, мальчики находятся в противоречивых условиях воспитания: маскулиная когнитивная ориентация культуры с эмоциональным предпочтением женского пола. Многие родители, желая ребенка другого пола (например, хотели девочку, а родился мальчик), неосознанно или сознательно нарушают естественный процесс его полоролевой идентификации: покупают игрушки, характерные для ребенка другого пола, поощряют несвойственное его полу поведение или даже одевают детей в одежду

для другого пола. Все это может нарушить естественное усвоение ребенком своей половой принадлежности и роли этого пола.

В последние годы резко возросло количество людей с нестандартной сексуальной ориентацией, при этом на долю генетически обусловленного гомосексуализма приходится по-прежнему 5–6% наблюдений. Остальные случаи являются следствием нарушения процесса полоролевой идентификации.

Половая дифференциация — сложный и продолжительный во времени процесс, который начинается с момента зачатия. Зигота имеет диплоидный набор хромосом, который определяет пол ребенка. Две XX хромосомы соответствуют женскому полу, а XY — мужскому полу. Уже на этом этапе развития возможны нарушения, обуславливающие изменения будущего психосексуального развития ребенка. Так, известно, что у 1 из 20000 мальчиков набор хромосом — XX, а у 1 из 50000 девочек — XY. Такие люди бесплодны. Описанная патология возникает вследствие хромосомных aberrаций во время сперматогенеза. Развитие мальчика определяется наличием на Y-хромосоме тестостерондетерминирующего фактора (TDF). В процессе сперматогенеза этот фактор с Y-хромосомы может перемещаться на X-хромосому. В результате ребенок с набором хромосом XX развивается как мальчик, ибо одна из X-хромосом является носителем TDF, а ребенок с набором XY развивается как девочка, ибо Y-хромосома не имеет TDF.

В норме с 6-й недели у эмбриона с мужским набором хромосом из унипотентной гонады закладываются и развиваются яички. Происходит это благодаря наличию гена TDF. Закладка яичников у девочек начинается лишь на 8-й неделе эмбрионального периода, специальный ген, детерминирующий их развитие, не выявлен. Чуть позже начинается синтез гормонов, однако связей между центральными и периферическими отделами эндокринной системы еще нет. С 20-й недели внутриутробной жизни начинается процесс половой дифференцировки мозга — формирование специфической чувствительности мозговых структур к гормонам мужского (у мальчиков) и женского (у девочек) типа. При нарушении этого процесса в последующем происходит изменение психосексуального развития ребенка (феминные мальчики и маскулинные девочки), что может явиться основой нарушений сексуальной ориентации.

На процесс половой дифференцировки мозга оказывают влияние как физические, так психические факторы. Многочисленные наблюдения показывают, что в случае, когда родители ожидают ребенка определенного пола, а рождается ребенок противоположного, то нередко мальчик имеет выраженные феминные, а девочка — маскулинные признаки. После рождения ребенок развивается с первых же недель либо как мальчик, либо как девочка не только на анатомо-физиологическом, но и на психологическом уровне. В.Е. Каган приводил данные о том, что двухмесячные

младенцы женского пола реагируют оживлением на слуховые стимулы, а их ровесники мужского пола — на зрительные. Кроме того, младенцы женского пола предпочитают мелодичные звуки, в то время как маленькие мальчики — маршевые мелодии. К 2-м годам происходит номинативная половая идентификация, то есть ребенок усваивает свою принадлежность к определенному полу. Вслед за этим ребенку предстоит пройти сложный путь познания и принятия своей половой идентичности.

По Кольбергу, выработка полоролевых установок «идет от представлений ребенка о телесных различиях, что в дальнейшем подкрепляется социально-ролевой дифференциацией и идентификацией с представителями своего пола» [8]. Этот процесс происходит в ходе естественного когнитивного созревания ребенка. Однако, если у ребенка имеются врожденные аномалии половой дифференцировки на анатомическом уровне, этот процесс будет проходить с серьезными нарушениями. Особого внимания заслуживают ситуации, в которые попадает семья, где появился ребенок с любой формой поражения органов репродуктивной системы, особенно видимой *ad oculus*. Среди таких нарушений наиболее частыми являются: отсутствие одного или обоих яичек, отсутствие, искривление, ротация или уменьшение полового члена, смещение наружного отверстия уретры, увеличение половых губ, отсутствие влагалища, асимметричное развитие или отсутствие вторичных половых признаков, увеличение молочных желез у мальчиков, симптомы задержки или преждевременного полового развития. Даже фимоз создает иногда в семье трудности, кажущиеся непреодолимыми.

Положение усугубляется, когда в строении наружных гениталий выявляются признаки двуполости (интерсексуальности). В этом случае резко нарушается половая аутоидентификация личности. Достаточно рано включается в процесс и такой социальный фактор, как повышенный интерес окружающих к «нечеткому» ребенку. Трудности, связанные с отклонениями половых признаков от общепринятых норм и представлений, способствуют созданию в окружающей среде и в семье ребенка условий «неравного развития» — основной причины формирования патологической личности. Естественно, что острота ситуации возрастает, если ребенку проведена неудачная операция.

У больных, достигших подросткового возраста, когда происходит социальное осмысливание своего пола, появляются суицидальные мысли, а у некоторых из них и суицидальные попытки. Риск таких попыток возрастает, когда больной, достигнув зрелого возраста, испытывает трудности при устройстве на работу, в учебные заведения, при проживании в общепитии, вступлении в брак и создании семьи. Нередко такие люди становятся жертвами физического и сексуального насилия.

С целью уменьшения психотравматизации пациентов необходимо исключить из медицинской документации такие термины, как «гермафродитизм»,

поскольку слова «гермафродит», «гермафродитизм», войдя через историческую, художественную литературу, через труды по искусству и живопись в повседневную жизнь, значительно деформировались и стали нарицательными. Многовековой опыт страданий подобных больных не только физически, но и морально подтверждает это [6].

Накопленный опыт позволяет утверждать, что диагностические (биопсия гонад), тактико-хирургические (лапаротомия, ревизия, перемещение или удаление гонад), феминизирующие и (или) маскулинизирующие вмешательства, входящие в комплекс хирургической реабилитации, должны проводиться одновременно [4, 7]. Это диктуется прежде всего тем, что неоправданная этапность хирургических вмешательств обрекает ребенка на повторную госпитализацию, анестезию, ожидание уже изведенной послеоперационной боли, оставляющей на всю жизнь память о бывшем дефекте половых органов.

В ККЦОМД за период с 2000 г. обследовано и пролечено 940 детей с различными формами нарушений половой дифференцировки в возрасте от 6 месяцев до 18 лет. Среди них 815 мальчиков и 135 девочек. Подавляющее большинство пациентов мужского пола было с так называемыми «малыми формами» нарушений половой дифференцировки: крипторхизм, фимоз, гипоспадия, микропенис, варикоцеле. Гораздо меньшую часть (36 человек — 3,8%) составили лица с классическими формами нарушения половой дифференцировки. Среди них с убывающей частотой встречались синдром Кляйнфельтера, синдром Тернера, синдром Нуннана, синдром Райфенштейна и др. У девочек среди малых (неклассических) форм нарушения половой дифференцировки выявлялись синехии половых губ, атрезия девственной плевы и атрезия влагалища, аномалии развития матки (двуругая матка, гипоплазия матки и т.д.), гипертрофия клитора, склерокистозные яичники, единичные и множественные кисты яичников и др. Среди классических форм отмечались: синдром Морриса (тестикулярная феминизация), дисгенезии гонад, аденогенитальный синдром.

Таким образом, преобладающим клиническим проявлением при малых формах нарушения половой дифференцировки является гипогонадизм. Гипогонадизм как у мальчиков, так и у девочек вызывает задержку полового развития, нередко это сопровождается задержкой общего физического и психосексуального развития. В дальнейшем у таких пациентов могут наблюдаться нарушение формирования адекватных форм сексуального поведения (включая нарушение сексуальной ориентации), бесплодие.

Учитывая широкую распространенность указанной патологии, ее влияние на будущее психическое и физическое здоровье ребенка, здесь необходимы своевременная ранняя хирургическая коррекция и психологическое сопровождение. Оптимальные сроки для хирургической коррекции аномалий половой системы колеблются от 6 месяцев до 1,5–2 лет, что

предотвращает грубые анатомические последствия для физического развития и нарушения полоролевой идентификации ребенка [4]. Поздняя коррекция вследствие невыявления нарушения половой дифференцировки и полового развития приводит к транссексуализму, суицидальному поведению, а также преступлениям с сексуально агрессивными действиями. У подростков с малыми пороками развития половой дифференцировки нередко затруднен выбор профессии, установление отношений как с противоположным, так и со своим полом.

Категория пола является первой и важнейшей личностной категорией, которая усваивается ребенком. Поэтому очень важно, чтобы у ребенка сформировались адекватные полоролевые установки, которые позволят ему стать гармоничной личностью. Необходимость ранней диагностики и коррекции малых форм нарушения половой дифференцировки требует знания указанной патологии врачами общей практики, педиатрами, а также детскими психологами и психотерапевтами.

Литература

1. Абраменкова В.В. // Вопросы психологии. — 2003. — № 5. — С. 103.
2. Исаев Д.Н., Каган В.Е. Половое воспитание детей: медико-психологический аспект. — Л.: Медицина, 1988.
3. Каган В.Е. Воспитателю о сексологии. — М.: Педагогика, 1991.
4. Куш Н.Л., Слепцов В.П., Куш Т.И. Хирургия аномалий полового развития у детей. — Ташкент: Медицина, 1983.
5. Мухина В.С. Возрастная психология: феноменология развития, детство, отрочество. — М.: Академия, 2000.
6. Окулов А.Б., Негмаджанов Б.Б., Годлевский Д.Н., Уринов М.Я. Педиатрическая андрология: учебное пособие. — М.: ЦОЛИУВ, 1990.
7. Окулов А.Б., Негмаджанов Б.Б. Диагностика нарушений формирования пола у детей: учебное пособие. — М.: ЦОЛИУВ, 1998.
8. Репина Т.А. Проблема полоролевой социализации детей. — М.: Изд-во Московского психолого-социального ин-та; Воронеж: МОДЭК, 2004.

Поступила в редакцию 22.07.05.

PSYCHOLOGICAL ASPECTS OF THE SEXUAL DIFFERENTIATION ABNORMALITIES IN CHILDREN

N.A. Kravtsova, Yu.A. Kravtsov, F.F. Antonenko
Vladivostok State Medical University, Regional Mother and Childhood Center (Vladivostok)

Summary — This work is devoted to the problem of psychosocial development of children having congenital defects in sexual differentiation in small and classical forms. In Regional Mother and Childhood Center there were 940 children with this pathology since 2000. Thus classical sexual differentiation defects were found only in 3.8% of cases. Small sexual differentiation defects have been connected usually with the hypogonadism. In children with this pathology at delayed correction the process of sex role identification changes that can lead to various personal and behavioral problems.

Pacific Medical Journal, 2005, No. 3, p. 61-63.