

патологии сердечно-сосудистой системы (ССС). Контрольную группу (КГ) составили 40 человек, не предъявлявших жалоб со стороны органов пищеварения и ССС (средний возраст $26,2 \pm 0,9$ лет).

О вегетативной регуляции сердечного ритма судили по показателям вариационной пульсометрии. Рассчитывали индекс вегетативного равновесия (ИВР), отражающий преимущественно активность симпатического отдела ВНС. Запись ритмограмм проводили синхронно с ЭКГ. Характер постпрандиальной вегетативной реакции оценивали через 15, 60, 120 минут после приёма смешанной пищи (590,1 ккал). С интервалом в один день больным ЯБДК перед едой вводили эглонил в дозе 1 мл (50 мг) внутримышечно.

Результаты исследования свидетельствуют, что в КГ постпрандиальная вегетативная реакция (ПВР) характеризуется преобладанием тонуса парасимпатического отдела вегетативной нервной системы. В течение первого часа ИВР снижается в среднем на $34 \pm 3,2\%$. Парасимпатическая направленность ПВР в КГ сохраняется в течение двух часов у большинства испытуемых.

Что касается ПВР, то у больных ЯБДК, то через час после еды отмечается выраженное преобладание симпатического тонуса: ИВР увеличивается в среднем на $69 \pm 4,1\%$. По данным ЭКГ в этот период у 37% выявлено нарушение ритма сердца. В том числе синусовая аритмия в 82%, желудочковая экстрасистолия в 18%. После предпищевой введения эглонила у больных ЯБДК ИВР снижается в среднем на $23 \pm 2,4\%$, нарушение ритма сердца зарегистрировано в 11%.

Таким образом, у больных ЯБДК нарушено вегетативное обеспечение постпрандиального периода с преобладанием симпатикотонии. Предпищевое введение эглонила, оказывает антиаритмический эффект, ограничивает симпатическую активность у больных ЯБДК.

РАННЯЯ ДЕФЕКТОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ ДЕТЯМ, ПЕРЕНЕСШИМ ВНУТРИУТРОБНУЮ ИНФЕКЦИЮ

Епифанцев А.В., Милокост С.А.

*ГБУ РО «Областная детская больница»,
Ростов-на-Дону, e-mail: alexep4@rambler.ru*

Перинатальное поражение ЦНС является одной из ведущих причин нарушений психического развития.

Исследования проводились на базе психоневрологического отделения для детей раннего возраста. У детей первого года жизни, имеющих неврологическую патологию, обусловленную внутриутробными инфекциями, отмечается отставание в физическом развитии, что в свою очередь обуславливает задержку психического развития. Поэтому «кризис одного года» у них появляется значительно позже. Помимо этого

у данной категории детей имеет место отставание в развитии общения. Зачастую личностная форма общения главенствует на протяжении всего первого года жизни, не уступая место ситуативно-деловому и внеситуативно-познавательному общению, направленному на активное познание мира предметов.

Раннее начало лечебно-коррекционных мероприятий, направленных на устранение данных дискоординаций позволяет добиться максимального эффекта в реабилитации детей. Работа проводится в двух направлениях: изучение индивидуальных особенностей ребенка и психолого-педагогическая поддержка матери. Для этого дефектолог в присутствии матери проводит с пациентом игры и упражнения, направленные на развитие эмоционального общения, ориентировочных реакций и определенных движений. Большинство родителей имеет активную позицию в воспитании своих детей. Ребенок в контакте со взрослым наблюдает его деятельность и черпает в ней образы для подражания. Это является самой и более эффективной стороной влияния общения на психическое развитие детей первого года жизни в коррекционных занятиях. Наряду с этим, дефектолог обучает мать педагогическим технологиям эмоционального общения со своим ребёнком, умению наблюдать за изменением поведения и реакций ребёнка.

Наряду с психолого-педагогической помощью, находясь в отделении, ребенок получает медикаментозную терапию, направленную на стимуляцию его когнитивных функций. В результате применения комплексного подхода к реабилитации у большинства детей отмечается положительная динамика основных линий развития. Появляется интерес к сотрудничеству с новым взрослым, ориентировочные реакции на зрительные и слуховые сигналы, что обуславливает динамику в развитии основных движений.

Нами установлено, что коррекционно-педагогический процесс у данной группы детей, начинаемый с первых месяцев жизни, в большинстве случаев дает положительный эффект. Активное привлечение матери к работе дефектолога формирует у детей положительные мотивации, что обеспечивает эмоциональный стимул в работе самых маленьких пациентов.

КОРРЕКЦИОННАЯ РАБОТА С НЕСЛЫШАЩИМ РЕБЕНКОМ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ

Епифанцев А.В., Андреева М.Г., Милокост С.А.

*ГБУ РО «Областная детская больница»,
Ростов-на-Дону, e-mail: alexep4@rambler.ru*

Первые годы жизни ребенка являются чрезвычайно важными для развития речи, познавательных и эмоциональных навыков, что обуславливает первостепенную значимость раннего выявления нарушений слуха. Чем рань-

ше выявляются нарушения слуха и начинается реабилитация, тем лучше показатели речевого и психомоторного развития ребенка.

Большое значение для развития речи как слышащего, так и неслышащего малыша имеют условия, в которых он воспитывается. Правильное чередование сна, бодрствования, питания позволяет создать благоприятные условия для эмоционального общения взрослого и ребенка, что является залогом успеха коррекционной работы. В раннем детстве имеется возможность приблизить процесс становления устной речи у неслышащего ребенка к аналогичному процессу у нормально развивающихся сверстников. Одним из основных условий, позволяющих реализовать эту возможность, является проведение интенсивной систематической работы по формированию и развитию слуховой функции малыша. Воспитание ребенка и проведение коррекционной работы требуют создания таких условий, при которых он в той или иной степени может слышать обращенную к нему речь. Поэтому необходимо протезирование ребенка индивидуальными слуховыми аппаратами. Слухопротезирование осуществляется врачом-сурдологом на основе результатов аудиолого-педагогического обследования. Детей раннего возраста целесообразно протезировать двумя аппаратами заушного типа. Бинауральное протезирование является наиболее полноценным, так как исключает сенсорную депривацию одного уха и дает возможность локализовать звук, что помогает ориентироваться в пространстве.

Слухопротезирование осуществляется сразу же после установления степени потери слуха. Тип аппарата подбирается слухопротезистом. Индивидуальный режим работы аппарата уточняется сурдопедагогом в процессе коррекционных занятий. С момента уточнения режима работы аппаратов надо приучать ребенка пользоваться ими в течение всего дня. Аппараты надеваются сразу после умывания и снимаются на сон и при купании. Важно гулять с аппаратами, потому что на улице много звуков, доступных слуху ребенка: стук мяча о стену, шум машин, лай собаки, карканье вороны и т.д.

Именно современное и адекватное слухопротезирование при условии раннего начала коррекционной работы позволяет уже на первом-втором году жизни добиться хороших результатов в коррекционной работе с тугоухим ребенком.

В раннем возрасте ведущей деятельностью ребенка является общение. Именно в процессе общения по поводу совместной деятельности у ребенка развивается понимание речи, а в дальнейшем и самостоятельная речь.

Овладение речью в норме происходит путем подражания речи взрослых. На основе подражания малыш овладевает, прежде всего ритмико-интонационной стороной речи: восприятие мла-

денцем интонации обращенной речи намного опережает понимание ее содержания, задолго до произнесения первых слов в речи малыша присутствуют голосовые реакции, воспроизводимые с разнообразными интонациями.

Для успешного овладения речью неслышащим ребенком важно в общении с ним использовать все имеющиеся языковые средства, в том числе выражение лица и естественные жесты. Естественных жестов, мимики не нужно бояться, наоборот, следует помнить, что овладение ими способствует как общему, так и речевому развитию малыша.

Говорить с ребенком нужно всегда голосом разговорной грамотности и ни в коем случае не кричать: громкие звуки могут вызвать у малыша акустическую травму, и его слух снизится. Если ребенок со слуховыми, то можно обращаться к нему с расстояния 0,5-1 м, так, чтобы ребенок одновременно и слышал речь, и видел лицо говорящего, т.е. воспринимал речь слухозрительно. Когда ребенок без аппаратов (умывание, купание, укладывание спать), говорить нужно также голосом разговорной громкости, но ушной раковины малыша. В этом случае ребенок воспринимает речь только на слух. Затем слово, фраза произносятся так, чтобы ребенок мог видеть лицо говорящего, и в третий раз вновь повторяется у уха малыша.

Часто начало коррекционной работы откладывается до достижения ребенком двух-трехлетнего возраста, так как и педагоги и родители не представляют, как можно организовать занятия с малышом первого-второго года жизни. Коррекционная работа предполагает правильную, рациональную организацию деятельности малыша в период его бодрствования. Педагогическое воздействие на ребенка оказывается в течение всего дня: во время кормления, одевания, прогулок, в ходе игры и т.д. В процессе формирования у ребенка культурно-гигиенических навыков и норм поведения развиваются подражание, внимание, память, речь (как ее понимание), так и самостоятельное воспроизведение), слуховое восприятие. Ежедневно с ребенком проводят занятия, направленные на развитие его движений, познавательной деятельности. В течение дня с малышом проводится несколько занятий, длительность которых зависит от возраста ребенка. Так на первом году жизни продолжительность занятий увеличивается от 1-2 до 5-7 мин к году. С первых дней обучения работа с малышом должна контролироваться специалистом-сурдопедагогом сурдологического кабинета или специального детского сада. Он поможет спланировать занятия, подобрать конкретный материал с учетом возрастных особенностей, уровня психофизического развития малыша. Сурдопедагог поможет организовать правильное общение с ребенком и познакомит с методикой коррекционной работы.

КАТЕТЕРИЗАЦИЯ ТРАХЕИ КАК МЕТОД ПРОФИЛАКТИКИ БРОНХОЛЕГОЧНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ВНУТРИПЛЕВРАЛЬНОЙ ЭЗОФАГОПЛАСТИКИ ПРИ РАКЕ ПИЩЕВОДА

Кавайкин А.Г., Чичеватов Д.А.

ГБОУ ДПО ПИУВ Минсоцразвития России, Пенза,
e-mail: E-mail: kavaikin@mail.ru

Послеоперационные бронхолегочные осложнения (БЛО) после внутриплевральной эзофагопластики при раке пищевода (РП) и гастроэзофагеальном раке (ГЭР), наблюдаются у 13,7-53,0% больных, а летальность от них составляет 40,0-64,0% (Dumont P., 1995; Ferguson M.K., 1999; Ferguson M.K., 2002). Одной из основных причин развития БЛО является нарушение бронхиального дренажа из-за скопления мокроты в просвете дыхательных путей (Matsubara T., 1996). Для санации трахеобронхиального дерева и стимуляции продуктивного кашля ряд хирургов (Демин Д.И., 2005; Bonde P., 2002), расценивающих данную проблему как заслуживающую внимания, предлагают использовать многократную санационную фибробронхоскопию (ФБС) или микротрахеостомию.

Цель исследования – оценить эффективность чрескожной ФБС-контролируемой катетеризации и пролонгированной аспирации трахеобронхиального секрета для профилактики БЛО внутриплевральной эзофагопластике при РП и ГЭР.

Материал и методы исследования. Проведен анализ результатов хирургического лечения РП и ГЭР у 159 больных, оперированных в торакальном отделении Пензенского ООД в 1994-2010 гг. Мужчин было 133 (83,7%), женщин – 26 (16,3%). Возрастной диапазон от 33 до 77 лет, средний возраст составил $58,04 \pm 8,2$ лет. Первичный РП диагностирован у 117 (73,6%) больных, ГЭР – у 42 (26,4%). Стадия I заболевания выявлена у 12 больных (7,5%), стадия II – у 57 (35,9%), стадия III – у 62 (40,0%), стадия IV – у 28 больных (17,6%).

Всем больным выполнена первичная внутриплевральная эзофагопластика с медиастиальной лифодиссекцией (ЛД) и формированием анастомоза в купле правого гемиторакса. Гастропластика произведена у 132 (83,0%) больных, тонкокишечная пластика – у 17 (10,7%), толстокишечная – у 10 (6,3%) пациентов. Для формирования анастомоза с пищеводом преимущественно использовали собственную методику наложения муфтообразного анастомоза (патент на изобретение № 2290103 от 27.12.06 г.). ЛД в объеме D2, дополненная удалением параэзофагеальных, парааортальных и бифуркационных лимфоузлов выполнена у 40 больных (25,1%), 2S – у 87 (54,7%), 2F – у 29 (18,2%), 3F – 3 (2,0%) пациентов.

Для профилактики БЛО, связанных с задержкой секрета, с 2000 г. применялась методика

чрескожной ФБС-контролируемой катетеризации и пролонгированной аспирации трахеобронхиального секрета. Манипуляция выполнялась в первые сутки после операции и заключалась в том, что в положении больного на спине с запрокинутой головой (под плечи подкладывается валик), под местной анестезией остроконечным скальпелем по средней линии производился трахеоцентез. В образовавшуюся рану трахеи каудально изогнутым зажимом Бильрота вводился полихлорвиниловый катетер 4-6 мм в диаметре с дополнительным перфорационным отверстием на конце. Положение катетера контролировалось при ФБС. Катетер фиксировался к коже прошивной лигатурой непосредственно у разреза. Введение лекарственных растворов в катетер и аспирацию мокроты из трахеи и бронхов осуществлялась каждые 2 часа. Длительность катетеризации определялась характером мокроты и способностью больного к самостоятельному кашлю. По достижении эффекта (санация мокроты, реэпителизация слизистой бронхов, отхождение фибрина, появление самостоятельного эффективного кашля) катетер удалялся. Данная методика выполнена 74 больным (46,54%).

Статистический анализ полученных результатов проведен с помощью компьютерной программы «SPSS 13.0.» SPSS Inc.

Результаты и их обсуждение. В раннем послеоперационном периоде послеоперационная пневмония диагностирована у 44 больных (30,5%). Анализ факторов развития пневмонии подтвердил роль нарушения дренажной функции трахеи и бронхов в возникновении осложнения ($p = 0,000$). Морфологическим субстратом данного патологического состояния являлся ишемический бронхит (ИБ), подтвержденный эндоскопически и морфологически. Развитие ИБ достоверно было связано с выполнением медиастиальной ЛД ($p = 0,000$). Так, при выполнении ЛД в объеме более 2S явления ИБ наблюдались у 48,74% пациентов, тогда как при ЛД меньшего объема только у 7,50% ($p = 0,002$). Возрастание абсолютного риска ИБ составило 41,24%, процентный атрибутивный риск – 84,61%. Иными словами, выполнение медиастиальной ЛД являлось существенным фактором, увеличивающим инцидентность ИБ практически на 40%. Аналогичное статистическое исследование показало увеличение инцидентности пневмонии в послеоперационном периоде на 28,6% при возникновении ИБ. То есть, была выявлена четкая зависимость увеличения частоты регистрируемых пневмоний от выполнения медиастиальной ЛД. Анализ результатов катетеризации выявил, что в группе пациентов с ИБ (61 больной – 38,36%) наличие трахеального катетера снижало шанс развития послеоперационной пневмонии в 6 раз ($p = 0,01$), а его отсутствие увеличивало инцидентность послеоперационной пневмонии практически на 42%.