но-волевые нарушения, дисфория, девиантное поведение.

Полученная в результате психологической диагностики информация свидетельствует о взаимосвязи между стилем родительского воспитания в семье и особенностями формирования эмоциональной сферы у детей с фенилкетонурией. Исследование показало, что на пациентов с данным заболеванием благоприятное влияние оказывает демократический подход в родительской стратегии.

Родители, разумеется, могут и должны предъявлять требования к своему ребенку, исходя из целей воспитания, норм морали, конкретных ситуаций, в которых необходимо принимать педагогически и нравственно оправданные решения. Однако те из них, которые предпочитают всем видам воздействия приказ и насилие, сталкиваются с сопротивлением ребенка, который отвечает на нажим, принуждение, угрозы своими контрмерами: лицемерием, обманом, вспышками грубости, а иногда откровенной ненавистью. Но, даже если сопротивление оказывается сломленным, вместе с ним оказываются сломленными и многие ценные качества личности: самостоятельность, чувство собственного достоинства, инициативность, вера в себя и в свои возможности. Безоглядная авторитарность родителей, игнорирование интересов и мнений ребенка, систематическое лишение его права голоса при решении вопросов, к нему относящихся, все это – гарантия серьезных неудач формирования его личности.

Сотрудничество как тип взаимоотношений в семье предполагает опосредованность межличностных отношений в семье общими целями и задачами совместной деятельности, ее организацией и высокими нравственными ценностями. Именно в этой ситуации преодолевается эгоистический индивидуализм ребенка. Семья, где ведущим типом взаимоотношений является сотрудничество, обретает особое качество, становится группой высокого уровня развития – коллективом.

Консультация психолога позволяет выявлять индивидуальные особенности ребенка, страдающего фенилкетонурией, помогать всем членам семьи правильно взаимодействовать с ним. Психологическое сопровождение семей, имеющих детей с фенилкетонурией,

позволяет уменьшить количество и интенсивность психических нарушений у больных детей и окружающих их людей.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гозман Л. Я., Шлягина Е. И. Психологические проблемы семьи // Вопросы психологии. – 1985. – № 2. – С. 186–187.
2. Голихина Т. А., Гусарук Л. Р., Голубцов В. И., Зинченко Л. В., Матулович С. А. Оценка умственного развития больных фенилкетонурией на фоне проводимого лечения // Генетика человека и патология: Сб. науч. трудов. – Томск, 2004. – Вып. 7. – С. 26–31.
3. Гребенников И. В. Воспитательный климат семьи. – М.: Знание, 1976. – 40 с.
4. Джайнотт Х. Родители и дети // Знание. – 1996. – № 4. – С. 17–29.
5. Копылова Н. В., Байков А. Д., Ходунова А. А. Генгеография фенилкетонурии в России // Медико-генетическое консультирование в профилактике наследственных болезней: Тез. докл. Рос. науч.-практ. конф. – М., 1997. – С. 16–23.
6. Миняров В. М. Психология семейного воспитания. – Воронеж, 2000. – 256 с.
7. Немов Р. С. Психология: введение в научное психологическое исследование с элементами математической статистики. – Владос, 2005. – 631 с.
8. Петровский А. В. Дети и тактика семейного воспитания. – М.: Знание, 1981. – С. 95.
9. Райгородский Д. Я. Практическая психодиагностика. – Самара, 1998. – 672 с.
10. Смирнова Е. О. Межличностные отношения ребенка от рождения до семи лет. – М., 2001. – 240 с.
11. Собчик Л. Н. Метод цветочных выборов – модификация восьмицветового теста Люшера: Практическое руководство. – СПб: Речь, 2007. – 128 с.
12. Waisbren S. E., Brown M. J., de Sonneville L. M., Levy H. L. Review of neuropsychological functioning in treated phenylketonuria: an information processing approach // Acta. paediatr. suppl. – 1994. – № 407. – P. 98–103.
13. Welsh M. C., Pennington B. F., Ozonoff S. et al. Neuropsychology of early-treated phenylketonuria: specific executive function deficits // Child. dev. – 1990. – № 61 (6). – P. 1697–1713.
14. Woo S. L. C. Molecular genetics of PKU and gene therapy for hepatic deficiencies // Europ. soc. hum. genet., 24 Annu. meet., may 27–31. – Copenhagen, 1992. – P. 155–156.

Поступила 08.10.2010

О. Я. ГОНЧАР², Н. В. КОРОЧАНСКАЯ^{1,2}, В. М. ДУРЛЕШТЕР^{1,2}, В. В. РЯБЧУН¹

ПРЕДОПЕРАЦИОННАЯ ПОДГОТОВКА ПАЦИЕНТОВ С КОМПЕНСИРОВАННЫМИ И СУБКОМПЕНСИРОВАННЫМИ ФОРМАМИ АХАЛАЗИИ ПИЩЕВОДА

¹Кафедра хирургии № 1 ФПК и ППС

Кубанского государственного медицинского университета,

Россия, 350063, г. Краснодар, ул. Седина, 4;

²МУЗ городская больница № 2 КМЛДО,

Россия, 350012, г. Краснодар, ул. Красных партизан, 6/2. E-mail: OGonchar2005@yandex.ru

Результаты оценки показателей трофического статуса больных с компенсированными и субкомпенсированными формами ахалазии пищевода свидетельствуют о наличии нутритивной недостаточности легкой степени тяжести, что требует включения в предоперационную подготовку сипинговой терапии.

Ключевые слова: ахалазия пищевода, нутритивный статус, сипинговая терапия.

PREOPERATIVE PREPARATION OF PATIENTS
WITH COMPENSATED AND SUBCOMPENSATED FORMS OF ESOPHAGEAL ACHALASIA

¹Department of surgery № 1,
Kuban state medical university,
Russia, 350063, Krasnodar, Sedina street, 4;

²city hospital № 2 KMLDO,
Russia, 350012, Krasnodar, Krasnih partizan street, 6/2. E-mail: OGonchar2005@yandex.ru

Results of an estimation of the trophic status indicators in patients with compensated and subcompensated forms of esophageal achalasia testify to slight degree of nutritional failure that demands including in preoperative preparation enteral tube nutrition.

Key words: esophageal achalasia, nutritional status, enteral tube nutrition.

Ахалазия – нервно-мышечное заболевание пищевода, характеризующееся нарушением рефлекторного раскрытия кардии при глотании, отсутствием перистальтики и снижением амплитуды волн давления в пищеводе в результате прогрессирующей воспалительной дегенерации ганглионарных клеток ауэрбаховского сплетения дистального отдела пищевода, ингибиторных нейронов кардии с сохраняющимся антагонистическим влиянием её холинергических нейронов [8]. Ахалазия пищевода (АП) наиболее часто встречается в трудоспособном возрасте – 20–50 лет [3, 4], нередко приводит к тяжелой алиментарной дистрофии, иногда к инвалидности пациента. АП является предрakovым заболеванием: риск возникновения рака пищевода на ее фоне увеличивается в 14,5–33,0 раза [9, 10, 6], частота злокачественной трансформации заболевания составляет 88 человек на 100 000 пациентов с АП, что указывает на необходимость более раннего выявления и лечения этой группы больных [11].

Пациенты с недостаточностью питания, подвергающиеся хирургическим операциям, имеют больший риск летальности, осложнений, увеличения срока госпитализации, замедления реабилитации и выздоровления. За последние 20 лет с помощью ряда исследований начали определять те группы пациентов, которым полезна нутритивная поддержка, особенно если у них была предшествовавшая операции недостаточность питания [1].

Нарушение питания у пациентов с заболеваниями пищевода приводит к снижению гликогена печени, истощению тканевого пула белка и в итоге к белково-энергетической, иммунной, витаминной недостаточности. Дефицит массы тела и белковая недостаточность (общий белок 55 г/л, альбумин ниже 30 г/л) требуют включения в предоперационную подготовку нутритивной терапии. Основные способы доставки нутриентов: энтеральный (сиппинг, зондовое введение, питание через стомы ЖКТ), парентеральный, сочетание обоих методов. Предпочтительным способом доставки нутриентов является физиологичный энтеральный путь. При проведении нутритивной поддержки целесообразно использовать добавление сбалансированных питательных смесей к основному столу, или все энергетические и пластические потребности обеспечиваются целиком за счет последних [1, 5].

Цель работы – повысить эффективность хирургического лечения у пациентов с компенсированными и субкомпенсированными формами ахалазии пищево-

да путем оптимизации алгоритмов предоперационной нутритивной поддержки.

Материалы и методы

Обобщены результаты обследования 109 пациентов с ранними формами АП, находящихся на динамическом диспансерном наблюдении. Из них 45 мужчин, 64 женщины, средний возраст составил 42,8±13,3 года (от 16 до 79). Все больные получали медикаментозную терапию и курсы кардиодилатаций до оперативного лечения, которые не привели к положительному результату либо способствовали временной клинической ремиссии, что явилось показанием для выполнения хирургического вмешательства. Предоперационное обследование включало опрос, осмотр, эзофагогастродуоденоскопию, рентгеноскопию и рентгенографию желудочно-кишечного тракта, манометрию, 24-часовую рН-метрию пищевода и оценку нутритивного статуса пациентов. Аналогичные параметры мониторировались в динамике после операции.

В зависимости от степени органических и функциональных изменений пищевода и его прекардиального сегмента пациенты были разделены на две группы.

1-я группа – компенсированная форма (n=36), в которой выявляли расширение пищевода до 4 см в диаметре по данным рентгенологического исследования, умеренное нарушение моторной и эвакуаторной функций органа. Рубцовые изменения в прекардиальном сегменте отсутствовали.

2-я группа – субкомпенсированная форма (n=73), характеризовалась значительной дилатацией пищевода (от 4 до 7 см) с прогрессивным нарушением моторной и эвакуаторной функций последнего, но без рубцовых изменений в прекардиальном сегменте пищевода.

Данные группы соответствуют II стадии по классификации Б. В. Петровского [2, 7].

Все больные в качестве предоперационной подготовки получали консервативное лечение, включающее курсовое применение пролонгированных нитратов с приемом быстродействующего нитроглицерина сублингвально в дозировке по 1–2 таблетке (по 0,5 мг) непосредственно перед или во время еды. В качестве пролонгированных нитратов использовали нитросорбид 3–4 раза в день за 20–30 мин до еды. Исследование нутритивного статуса было проведено 27 больным из 1-й группы и 32 больным из 2-й группы. Для определения наличия и степени выраженности белково-энергетической недостаточности использовали следу-

Показатели нутритивного статуса у больных с ахалазией пищевода

Параметры	1-я группа (n=27)					2-я группа (n=32)				
	min	Q 0,25	Me	Q 0,75	max	min	Q 0,25	Me	Q 0,75	max
ИМТ, кг/м ²	20	21,5	24,6	27,3	29,4	17	17,6	18,2*	18,8	19,4
ОП, см	26	26,5	27,1	27,7	28,3	25	25,6	26,2	26,8	27,4
ОМП, см	22,8	23,2	23,6	24,0	24,4	22,0	22,4	22,8	23,2	23,7
КЖСТ, см	10,1	10,6	11,2	11,8	12,4	9,5	10,1	10,7	11,3	11,9
Общий белок, г/л	60	63,5	65,5	68	75	55	57	60*	63	65
Альбумин, г/л	35	35,6	36,2	37	39	30	30,4	31*	32,7	35
АЧЛ, 106/л	1,8	1,8	1,9	1,9	2	1,5	1,6	1,6*	1,7	1,7

Примечание: ИМТ – индекс массы тела;
 ОП – окружность плеча;
 КЖСТ – кожно-жировая складка трицепса;
 ОМП – окружность мышц плеча;
 КЖСТ – кожно-жировая складка трицепса;
 АЧЛ – абсолютное число лимфоцитов;
 * представлены достоверные отличия ($p < 0,05$) от 1-й группы больных.

Таблица 2

Показатели нутритивного статуса больных с ахалазией пищевода 2-й группы в зависимости от нутритивной коррекции

Параметры	Группа, не получавшая нутридринк (n=41)					Группа, получавшая нутридринк (n=32)				
	min	Q 0,25	Me	Q 0,75	max	min	Q 0,25	Me	Q 0,75	max
Общий белок, г/л	55	57	60	63	65	60	63	65*	68	72
Альбумин, г/л	30	30,4	31	32,7	35	35	36	37*	37,4	39
АЧЛ, 106/л	1,5	1,6	1,6	1,7	1,7	1,8	1,9	1,92*	1,95	2

Примечание: АЧЛ – абсолютное число лимфоцитов;
 * представлены достоверные отличия ($p < 0,05$) от показателей до лечения.

юющие методы: 1) клинические – индекс Кетле (масса/рост), измерение окружности плеча (ОП), кожно-жировой складки трицепса (КЖСТ), окружности мышц плеча (ОМП); 2) лабораторные – концентрация общего белка, уровень альбумина и абсолютное число лимфоцитов (АЧЛ) в сыворотке крови.

Результаты и обсуждение

Анализ показателей нутритивного статуса больных с ахалазией пищевода 1-й группы показал, что все оцениваемые показатели находятся в пределах нормы, в то время как у больных 2-й группы медиана ИМТ тела снижена и соответствует легкой степени недостаточности питания (норма ИМТ 19–25), причём выявлены достоверные отличия от показателей 1-й группы ($p < 0,05$). Показатели ОП и КЖСТ у пациентов 1-й группы находятся в пределах нормы и практически не отличаются от показателей 2-й группы пациентов.

У всех пациентов 2-й группы уровень общего белка, альбумина и АЧЛ были ниже нормы (норма 64–83 г/л, 35–50 г/л и АЧЛ >1,8 106/л), при этом выявлены достоверные отличия от аналогичных показателей 1-й группы больных ($p < 0,05$). Показатели нутритивного статуса у больных с ахалазией пищевода представлены в таблице 1.

Коррекция нутритивного статуса проводилась 32 пациентам 2-й группы следующим образом: на фоне основного питания по щадящей диете (ЩД) проводилось дополнительное введение сипинговой смеси «нутридринк» по 1 пакету 2–3 раза в день после еды в течение 14 дней, пакет объёмом 200 мл выпивался медленно в течение 7–10 минут. Остальные 41 пациент с АП 2-й группы питались самостоятельно по диете ЩД в течение 2 недель. У пациентов 1-й группы коррекция нутритивного статуса не проводилась, они питались самостоятельно по диете ЩД.

Эффективность смешанного питания оценивали по лабораторным показателям нутритивного статуса (содержанию в крови общего белка и белковых фракций, АЧЛ). Оценку проводили через 2 недели после начала лечения.

Показатели нутритивного статуса больных с АП 2-й группы представлены в таблице 2.

Из таблицы 2 следует, что в группе, где проводилась нутритивная поддержка, достоверно увеличились показатели общего белка до 65 г/л (норма 64–83 г/л), альбумина – до 37 г/л (норма 35–50 г/л), АЧЛ – до 1,92 106/л (норма АЧЛ >1,8 106/л) по сравнению с группой, где нутритивная поддержка не проводилась ($p < 0,05$).

Таким образом, на основании оценки нутритивного статуса пациентов с ахалазией пищевода можно

сделать заключение, что у больных 2-й группы выявлены нарушения нутритивного статуса легкой степени тяжести, требующие проведения нутритивной поддержки в предоперационном периоде сипинговыми смесями.

ЛИТЕРАТУРА

1. Беркасова И. В. Особенности предоперационной нутритивной поддержки у пациентов с доброкачественными заболеваниями пищевода / И. В. Беркасова, Е. А. Дробязгин, Ю. В. Чикинев // Материалы третьего съезда хирургов Сибири и Дальнего Востока. – 2009. – С. 144.
2. Василенко В. Х. Ахалазия кардии / В. Х. Василенко, Т. А. Суворова, А. Л. Гребенев. – М.: Медицина, 1976. – 280 с.
3. Зубарев П. Н. Хирургические болезни пищевода и кардии: Рук. для врачей / Под ред. П. Н. Зубарева, В. М. Трофимова. – СПб: Фолиант, 2005. – 208 с.
4. Ивашкин В. Т. Болезни пищевода и желудка / В. Т. Ивашкин, А. А. Шептулин. – М.: МЕДпресс-информ, 2002. – С. 39–41.
5. Лейдерман И. Н. Современная нутриционная поддержка в хирургии и интенсивной терапии: Рук. для врачей / И. Н. Лейдерман [и др.]. – Екатеринбург, 2004. – 37 с.

6. Оскретков В. И. Информативность различных методов диагностики ахалазии пищевода / В. И. Оскретков, А. А. Гурьянов, Л. В. Городний, А. И. Силинский, Г. И. Климова, Д. В. Балацкий // Вестн. хирург. гастроэнтерологии. – 2009. – № 4. – С. 13–17.

7. Черноусов А. Ф. Хирургия пищевода: Рук. для врачей / А. Ф. Черноусов, П. М. Богопольский, Ф. С. Курбанов – М.: Медицина, 2000. – 74 с.

8. Chiaverina M. et al. Achalasia // Minerva gastroenterol diitol. – September 1, 2008. – № 54 (3). – P. 277–285.

9. Eckardt V. F. et al. Life expectancy, complications, and causes of death in patients with achalasia: results of a 33-year follow-up investigation // Eur j. gastroenterol. hepatol. – 2008. – № 20 (10). – P. 956–960.

10. Mayberry J. F. Epidemiology and demographics of achalasia // Gastrointest. en-dosc. clin. n. am. – 2001. – V. 11. – P. 235–248.

11. Meijssen M. A. Achalasia complicated by oesophageal squamous cell carcinoma: prospective study in 195 patients / M. A. Meijssen, H. W. Tilanus, M. van Blankenstein, W. C. Hop, G. L. Ong // Gut. – 1992. – V. 33. – P. 155–158.

Поступила 20.09.2010

М. М. ГУРОВА¹, Ю. П. УСПЕНСКИЙ²

ОСОБЕННОСТИ ВЕГЕТАТИВНОЙ РЕГУЛЯЦИИ У ДЕТЕЙ ПОДРОСТКОВОГО ВОЗРАСТА С ХРОНИЧЕСКИМИ ГАСТРОДУОДЕНИТАМИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СТАДИИ ТЕЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ

¹Кафедра педиатрии Курского государственного медицинского университета,
Россия, 305041, г. Курск, ул. К. Маркса, 3;

²кафедра пропедевтики внутренних болезней с курсами гастроэнтерологии и эндоскопии
Санкт-Петербургской государственной медицинской академии им. И. И. Мечникова,
Россия, 195067, г. Санкт-Петербург, пр. Пискаревский, 47, 24-й павильон. E-mail: itely@mail.ru

Жизнь организма является не чем иным, как рядом следующих друг за другом вегетативных реакций.
Рене Лирис

Для детей с хроническими гастродуоденитами характерна определенная стадийность изменений вегетативного гомеостаза в виде симпатикотонии в периоде обострения и преобладания ваготонии в периоде ремиссии. Вегетативная реактивность и обеспечение гиперсимпатикотонии в периоде обострения сменяются на асимпатикотонию в периоде ремиссии.

Ключевые слова: вегетативная дисфункция, хронический гастродуоденит, дети.

М. М. GUROVA¹, Yu. P. USPENSKIY²

PECULIARITIES OF AUTONOMIC NERVOUS SYSTEM REGULATION IN ADOLESCENS WITH CHRONIC GASTRODUODENITIS DEPENDING ON THE STAGE OF THE DISEASE

¹Department of pediatrics, Kursk state medical university,
Russia, 305041, Kursk, K. Marks st., 3;

²department of propaedeutics with the course of gastroenterology and endoscopy,
I. I. Mechnikov Saint-Petersburg state medical academy,
Russia, 195067, Saint-Petersburg, avenue Piskarevsky, 47, 24 pavilion. E-mail: itely@mail.ru

For children with chronic gasroduodenitis are common characteristic changes in autonomic nervous system regulation depending on the stage of the disease with the prevalence of sympathetic nervous system in exacerbation period and parasympathetic nervous system in the period of recovering. Reactivity of autonomic nervous system is changed from hypersympaticotonia in exacerbation period to asympaticotonia in the period of recovering.

Key words: dysfunction of autonomic nervous system, chronic gastrroduodenitis, children.