

дителей и членов их семьи по основным вопросам воспитания здоровья ребенка первого года жизни, что, безусловно, будет способ-

ствовать модификации образа жизни семьи и соблюдению рекомендаций по организации рационального питания и режима дня.

Сведения об авторах статьи:

Латыпова Айгуль Ангамовна – заочный аспирант кафедры поликлинической и неотложной педиатрии с курсом ИПО ГБОУ ВПО БГМУ Минздрава России. Адрес: 450000, г. Уфа, ул. Ленина, 3. E-mail: a.lati@yandex.ru.

Яковлева Людмила Викторовна – д.м.н., профессор, зав. кафедрой поликлинической и неотложной педиатрии с курсом ИПО ГБОУ ВПО БГМУ Минздрава России. Адрес: 450000, г. Уфа, ул. Ленина, 3. E-mail: fock20051@mail.ru.

Башаров Вадим Раисович – главный врач МБУЗ «Детская поликлиника №5» ГО г. Уфы. Адрес: 450105, г. Уфа, ул. Академика Королева, 2/2. E-mail: poliklinika-5@mail.ru.

ЛИТЕРАТУРА

1. Роль медико-организационных факторов в повышении длительного грудного вскармливания // Сборник материалов XIV конгресса педиатров России с международным участием «Актуальные проблемы педиатрии» // Л.В. Абольян [и др.] – М., 2010. – С. 4.
2. Боровик, Т. Э. Прикорм в питании грудных детей / Т. Э. Боровик, В. А. Скворцова, О. К. Нетребенко // Педиатрия. — 2008. — № 4. — С. 79 - 85.
3. Калмыкова, А.С. Значение грудного вскармливания для здоровья, физического развития детей раннего возраста (на примере Ставрополя) / А.С. Калмыкова, М.А. Попова, О.С. Феодосиади // Фармакотерапия и диетология в педиатрии: сборник материалов научно-практической конференции педиатров России. – М., 2007. – С. 68.
4. Проблемы питания младенца на педиатрическом участке / Г.А. Кулакова [и др.] // Фармакотерапия и диетология в педиатрии: сборник материалов научно-практической конференции педиатров России. – М., 2007. – С. 88-89.
5. Гмошинская, М.В. Биологические и психологические аспекты грудного вскармливания // Вопросы детской диетологии. – М., 2007. – №5(5). – С. 40-45.
6. Легонькова, Т.И. Влияние различных видов вскармливания на физическое и нервно-психическое развитие детей первого года жизни / Т.И. Легонькова, Е.В. Матвеева // Вопросы современной педиатрии. – 2011. – № 1. – С. 22-27.
7. Питание детей грудного и раннего возраста: доклад Секретариата. 63-я сессия ВОЗ. Женева, 2010. URL: http://www.euro.who.int_data/assets/pdf_file/0005/98303/WS... (дата обращения 25.06.2014 года).
8. Тутельян, В.А., Конь И.Я. Детское питание: руководство для врачей. – М.: МИА, 2013. – С. 247-248.
9. Баранов, А.А., Тутельян, В.А. Национальная программа оптимизации вскармливания детей первого года жизни в Российской Федерации. – М.: Союз педиатров России, 2011. – 68 с.
10. Основные показатели здоровья матери и ребенка, деятельность службы охраны детства и родовспоможения в Российской Федерации/ Сон И.М. [и др.]. – М.: Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения, 2012. – 66 с.

УДК 616.329-007.272:616.33

© Л.Г. Булыгин, Н.Р. Ария, Р.Ф. Адиев, О.Г. Сафонов, И.М. Насибуллин, 2014

Л.Г. Булыгин, Н.Р. Ария, Р.Ф. Адиев, О.Г. Сафонов, И.М. Насибуллин
РАЗРАБОТКА МЕТОДА НАЛОЖЕНИЯ ПОСТОЯННОЙ ЩЕЛЕВИДНОЙ
ГАСТРОСТОМЫ

*ГБОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет»
 Минздрава России, г. Уфа*

В статье представлен новый экспериментально разработанный метод гастростомы путем формирования поперечной складки передней стенки желудка длиной 2,5-3,0 см и проведения ее через отдельный левосторонний трансректальный доступ длиной 3 см в двух взаимоперпендикулярных плоскостях.

Ключевые слова: неоперабельный рак пищевода, гастростома, формирование губовидного свища.

L.G. Bulygin, N.R. Ariya, R.F. Adiev, O.G. Safonov, I.M. Nasibullin
DEVELOPMENT OF PERMANENT FISSURED GASTRIC FISTULA METHOD

The article presents a new experimentally developed method of gastrogavage by forming a striated fold of anterior stomach wall with the length of 2.5-3.0 cm and by transmitting it through a separate left transrectal access with the length of 3 cm in two intercrossed areas.

Key words: inoperable esophageal cancer, gastric fistula, labelloid fistula formation.

Несмотря на достижения в хирургии желудочно-кишечного тракта по данным статистического исследования более половины больных раком пищевода и кардинального отдела желудка являются инкурабельными из-за поздней диагностики, распространенности опухолевого процесса или сопутствующей тяжелой патологии [2,5]. Основным клиническим проявлением рака пищевода является развитие дисфа-

гии на твердую и жидкую пищу, поэтому для данного контингента больных актуальной проблемой является перевод их на энтеральное питание. Основой обеспечения энтерального питания является создание доступа к желудочно-кишечному тракту, в частности наложение гастростомы, при этом необходимы зонды и приспособления для введения пищевой массы в желудок через гастростому [1,3,4].

К настоящему времени известно более 100 методов и модификаций гастростом, подразделяющихся на две группы в зависимости от вида образованного свища – трубчатого и губовидного [4,6].

Трубчатые гастростомы (по Витцелю, Штамму-Кадеу, подвесные) функционируют в течение трех-четырех недель, дальнейшая их эксплуатация сопровождается подтеканием желудочного содержимого, мацерацией кожи, выпадением трубки или ее тромбированием, что затрудняет амбулаторное обслуживание больных. Применяемый для введения пищевой массы катетер диаметром не более 1 см требует постоянного ношения и обеспечивает питание больного только жидкой пищей.

Губовидный свищ для длительного применения имеет несомненные достоинства – психологически легче переносится пациентом, а применение зонда на время кормления с большим просветом способствует введению полужидкой пищи и обеспечивает более рациональное питание. В настоящее время наиболее широкое распространение получил метод наложения стебельчатой гастростомы в различных модификациях. Вместе с тем данный метод наложения гастростомы представляет собой сложное оперативное вмешательство, проводимое у больных с пониженной сопротивляемостью, повышающие риск развития послеоперационных осложнений.

Учитывая актуальность проблемы, нами проведена экспериментальная разработка нового метода наложения постоянной гастростомы. При этом учитывалось, что операция должна быть технически простой, легко выполнимой, непродолжительной по времени, желудок должен быть надежно фиксирован к передней брюшной стенке, свищ должен обладать хорошей герметичностью, иметь широкий просвет.

Материал и методы

Разработка предложенного нами метода формирования свища проводилась на беспородных собаках. Для наркоза применялся 2% раствор рометара из расчета 1 мл в/м на 10 кг веса животного. Продолжительность операции в среднем составляла 20-25 минут.

Результаты и обсуждение

Разработанный способ осуществлялся следующим образом. Срединно-верхней лапаротомией осуществляется доступ к желудку. Держалкой переднюю стенку желудка вытягивают в виде конуса. Отступая от держалки на 3-4 см от основания конуса со стороны большой и малой кривизны желудка, накладывают два полукисетных шва на расстоянии 3 см

друг от друга. Швы затягивают, не завязывая, и фиксируют у основания зажимами. При этом образуется поперечная складка стенки желудка длиной 3 см и высотой 3-4 см.

Вторым этапом, отступая на 3-4 см влево от лапаротомного доступа, вертикальным разрезом длиной 3 см рассекают кожу, переднюю стенку влагалища прямой мышцы живота, затем прямую мышцу разводят вдоль волокон. Рану расширяют, обнажая заднюю стенку влагалища прямой мышцы живота, и производят поперечный разрез задней стенки и париетальной брюшины длиной 3 см. Через разрез выводят сформированную складку желудка и нити полукисетных швов. Нитями полукисетных швов желудок фиксируют к задней стенке влагалища прямой мышцы живота у концов поперечного разреза, завязывают со стороны влагалища. Отступая от верхнего края складки на 1-1,5 см, по средней линии верхней и нижней стенок складки накладывают держалки, которыми складку растягивают вертикально и фиксируют ее к передней стенке влагалища прямой мышцы живота у концов ее разреза.

Лапаротомный доступ послойно наглухо ушивают. Верхний край складки вскрывают, слизистую желудка подшивают к краям кожного разреза. Сформированный свищ имеет щелевидную форму длиной 3 см и проходит через переднюю брюшную стенку в двух взаимоперпендикулярных плоскостях (патент на изобретение № 2427329 от 27.07.2011 г.).

Для введения пищи в желудок через свищ разработан зонд из полиэтиленовой пленки (патент на изобретение № 2306959 от 27.09.2007г.), который вводится в желудок с помощью резинового катетера. Имея небольшой объем, исходно вместе с катетером 6 мм, зонд свободно без неприятных ощущений проходит в желудок. При заполнении зонда пищевой массой его диаметр увеличивается, достигая 2 см, что позволяет вводить не только полужидкую, но и кашеобразную пищевую массу. Подобный зонд не травмирует стенки свища и позволяет проводить кормление сразу после операции. В клинике больные на второй день после наложения гастростомы самостоятельно без неприятных ощущений осуществляют введение пищевой массы через гастростому в желудок и при этом у них не возникает негативного психогенного отношения к данному способу энтерального питания.

В экспериментальном наблюдении за животными после наложения данной гастростомы в течение 4-6 месяцев не выявлено нарушений герметичности свища.

Таким образом, метод наложения щелевидной гастростомы является новым, технически несложным методом формирования губовидного свища. Широкий просвет свищевого хода обеспечивает полноценное питание и

хорошую наполняемость желудка. Все это позволяет рекомендовать данный метод гастростомии для применения в клинике как паллиативную операцию при неоперабельном раке пищевода.

Сведения об авторах статьи:

Булугин Леонид Георгиевич – к.м.н., доцент кафедры топографической анатомии и оперативной хирургии ГБОУ ВПО БГМУ Минздрава России. Адрес: 450000, г. Уфа, ул. Ленина, 3. Тел./факс: 8(347)273-56-70.

Ария Надер Раджабович – старший преподаватель кафедры топографической анатомии и оперативной хирургии ГБОУ ВПО БГМУ Минздрава России. Адрес: 450000, г. Уфа, ул. Ленина, 3. Тел./факс: 8(347)273-56-70.

Адиев Ринат Фликсович – к.м.н., старший преподаватель кафедры топографической анатомии и оперативной хирургии ГБОУ ВПО БГМУ Минздрава России. Адрес: 450000, г. Уфа, ул. Ленина, 3. Тел./факс: 8(347)273-56-70.

Сафонов Олег Геннадьевич – к.м.н., ассистент кафедры стоматологии детского возраста и ортодонтии ГБОУ ВПО БГМУ Минздрава России. Адрес: 450000, г. Уфа, ул. Ленина, 3. Тел./факс: 8(347)273-56-70.

Насибуллин Ильдар Марсович – к.м.н., доцент кафедры топографической анатомии и оперативной хирургии ГБОУ ВПО БГМУ Минздрава России. Адрес: 450000, г. Уфа, ул. Ленина, 3. Тел./факс: 8(347)273-56-70.

ЛИТЕРАТУРА

1. К вопросу энтерального питания больных с неоперабельным раком пищевода / Н.Р. Ария [и др.] // Безопасность жизнедеятельности и пути их решения в АПК: сб. научных трудов. – Уфа, 2010. – С. 38-41.
2. Нарушение проходимости желудочно-кишечного тракта / Г.И. Гафтон [и др.] // Практическая онкология. – 2006. – Т.7, № 2. – С. 77-83
3. Руководство по парантеральному и энтеральному питанию/ под ред. И.Е. Хорошилова. – СПб.: Нордмед-Издат, 2000. – 376 с.
4. Щербаков, А.М. Современные тенденции паллиативного лечения больных раком пищевода / А.М. Щербаков, Н.Н. Симонов, С.В. Канаев // Практическая онкология. – 2003. – Т.4, № 2. – С. 91.
5. Чиссов, В.И. Злокачественные новообразования в России в 2006 году (заболеваемость и смертность) / В.И. Чиссов, В.А. Старинский, Г.Б. Петрова. – М., 2008. – С. 4-6.
6. Юхтин, В.И. Гастростомия. – М.: Медицина, 1967. – 156 с.

УДК 617.59

© И.И. Хидиятов, М.В. Герасимов, А.Е. Стрижков, И.М. Насибуллин, Р.Р. Кудояров, 2014

И.И. Хидиятов, М.В. Герасимов, А.Е. Стрижков, И.М. Насибуллин, Р.Р. Кудояров
НЕКОТОРЫЕ АНАТОМИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПЕРЕЛОМА КОПЧИКА
ГБОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет»
Минздрава России, г. Уфа

На 30 копчиков, взятых у трупов лиц зрелого возраста, было установлено, что женские копчики более тонкококстные и соединены между собой при помощи суставов и межпозвоночных дисков. Такое соединение увеличивает риск развития перелома-вывиха у женщин. Рентгенологические и рентгено-компьютерные топографические исследования сопоставимы по диагностической ценности для обнаружения перелома-вывиха копчиковых позвонков.

Ключевые слова: копчик, анатомия, перелом копчика.

I.I. Khidiyatov, M.V. Gerasimov, A.E. Strizhkov, I.M. Nasibullin, R.R. Kudoyarov
SOME ANATOMIC ASPECTS OF COCCYX FRACTURE

Analysis of 30 coccygeal bones, taken from middle age dead bodies, showed that women's coccygeal bones are more thin-walled and are connected with each other by joints and intervertebral disks. Such a coalescence increases the risk of development of fracture-sprains in women. Roentgenologic and x-ray computed tomography research are comparable by diagnostic value in determining fracture-sprains of spinal-coccygeal vertebrae.

Key words: coccyx, anatomy, coccyx fracture.

Принято считать, что копчик представляет собой рудиментарный фрагмент позвоночника, состоящий из трех – пяти позвонков, соединенных между собой у взрослого человека путем костного сращения (синостоза). Синостозирование копчиковых позвонков начинается в подростковом возрасте (12-16 лет). У женщин в 45% случаев полное синостозирование происходит после 30 лет. Слияние копчиковых позвонков происходит по-разному, чаще всего начинается с нижних позвонков. Может наблюдаться ассимиляция в

позвонках в виде слияния первого копчикового с последним крестцовым. Выделяют следующие морфологические типы копчиков: обычный, при котором не происходит слияния позвонков, односторонне ассимилированный и двусторонне ассимилированный.

Установлено, что постравматическая кокцигодения в 5-10 раз чаще встречается у женщин. Анатомическими исследованиями показано, что у женщин крестец с копчиком отклонен назад и располагается более поверхностно, чем у мужчин, что способствует боль-