

3. Булгакова, А.И. Клинико – иммунологические аспекты лечения хронического генерализованного пародонтита / А.И. Булгакова, Ю.А. Медведев. – Уфа: ГОУ ВПО «Башгосмедуниверситет РОСЗДРАВА», - 2008. – 106 с.
4. Грудянов, А.И. Иммунологические показатели крови при быстро прогрессирующем пародонтите / А.И. Грудянов, И.В. Безрукова // Стоматология. - 2000. - № 3. - С. 15-17.
5. Ковальчук, Л.В. Роль цитокинов в механизмах развития хронического воспаления в ткани пародонта / Л.В. Ковальчук, Л.В. Ганковская, М.А. Рогова [и др.] // Иммунология. - 2000. - № 6. - С. 24-26.
6. Петров, Р.В. Оценка иммунного статуса человека при массовых обследованиях / Р.В. Петров, Р.М. Хаитов, Б.В. Пинегин // Иммунология. - 1992. - № 6. - С. 51-52.
7. Сибиряк, С.В. Цитокиновая регуляция биотрансформации ксенобиотиков и эндогенных соединений / С.В. Сибиряк, В.А. Черешнев, А.С. Симбирцев [и др.] // Екатеринбург: УрОРАН, 2006. - 160 с.

УДК616.329-006.6:(613.2-032:611.33):615.477.85:616.33-089.86

© Л.Г.Булыгин, Н.Р.Ария, Р.Ф.Адиев, Ф.Б. Гибадуллина, М.Т.Юлдашев, 2009

Л.Г.Булыгин, Н.Р.Ария, Р.Ф.Адиев, Ф.Б. Гибадуллина, М.Т.Юлдашев
**ЭНТЕРАЛЬНОЕ ПИТАНИЕ БОЛЬНЫХ С НЕОПЕРАБЕЛЬНЫМ РАКОМ
 ПИЩЕВОДА ЧЕРЕЗ ПОСТОЯННУЮ ГАСТРОСТОМУ**
 ГОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет Росздрава», г.Уфа

Разработан метод введения пищевой массы через постоянную гастростому с помощью пленчатого полиэтиленового зонда. Положительные качества зонда: доступность материала и возможность его изготовления в амбулаторных условиях, эффективность применения.

Ключевые слова: энтеральное питание, гастростома, зонд для введения пищевой массы.

L.G.Bulygin, N.R.Ariya, R.F. Adiyev, F.B.Gibadullina, M.T.Yuldashev
**ENTERAL FEEDING OF PATIENTS WITH INOPERABLE
 ESOPHAGEAL CANCER USING CONSTANT GASTROSTOMA**

The method for feeding patients with esophageal cancer using a filmy polyethylene probe has been developed. The probe has the following advantages: availability and effectiveness of the material as well as possibilities of its production in out-patient settings.

Key words: enteral feeding, gastrostoma, feeding probe.

Основным клиническим проявлением рака пищевода является развитие дисфагии, сначала на твердую пищу затем на жидкую. В настоящий момент не существует достойной альтернативы хирургическому лечению рака пищевода. Несмотря на достижения в хирургии желудочно-кишечного тракта, операбельность при раке пищевода составляет 60-65%. Больным с неоперабельным раком пищевода для поддержания жизни приходится переходить на энтеральное питание.

Цель и методы исследования: Исходя из вышеизложенного и по нашим данным, с паллиативной целью накладывается искусственный свищ желудка – гастростома. Для проведения энтерального питания, помимо доступа, необходимы зонды для проведения пищи в желудок и специальные приспособления для ее введения.

Различают временные и постоянные гастростомы.

При временной гастроме вокруг введенной в желудок резиновой трубки диаметром 1см. или пуговчатого катетера типа Пеццера формирует трубчатый свищ по методу Штамм-Кадера или Витцеля. Пищевая масса в жидком или полужидком виде вводится в желудок с помощью шприца Жанэ или гравитационным методом через воронку.

Данный вид гастростомы предусматривает постоянное нахождение в свище гастростомической трубки, что морально отрицательно действует на пациента. Обычно через 3-4 недели усиливается подтекание желудочного содержимого между трубкой и стенкой свища, происходит раздражение и мацерация кожи передней брюшной стенки, выпадение трубки. Появление этих осложнений значительно ухудшает состояние больного и затрудняет его амбулаторное обслуживание. Несмотря на это, временная гастростома наиболее часто используется хирургами в качестве

ве паллиативной операции как наиболее простой и щадящий метод.

Постоянная гастростома, при которой формируется губовидный свищ, психологически легче переносится больным. Питание производится через плотный желудочный зонд или с помощью пластмассовых трубок, которые вводятся в желудок на время кормления.

Более широкий просвет желудочного зонда позволяет вводить в желудок кашеобразную пищу богатую клетчаткой необходимой для нормальной моторики желудочно-кишечного тракта.

Результаты и обсуждение

Проведенные на кафедре опыты на крысах показали, что при приеме жидкой каши у животных через 2 недели отмечается достоверное уменьшение параметров желудка и развитие алиментарной атрофии стенки желудка.

Основным недостатком плотного зонда является то, что введение его в желудок требует определенного усилия, при котором больной испытывает неприятное ощущение ограничивающее чистоту его применения. В дальнейшем, при длительном использовании зонда, в стенке свища развиваются процессы склерозирования тканей и уменьшение просвета свища требующие замены зонда на меньший калибр.

Состояние больного, связанное с интоксикацией и голоданием, сложность формирования существующими методами постоянной гастростомы требует квалификации хирурга и ограничивает его применение. В связи с этим была поставлена задача – разработать зонд для введения пищи в желудок через постоянную гастростому, свободно проводимого в желудок, не вызывающего раздражения слизистой свища и обеспечивающего полноценное питание.

Наиболее удачным явилось изготовление зонда из полиэтиленовой пленки (патент № 2306959 от 27 сентября 2007г.). Для этого кусок полиэтилена 15х6см сгибался пополам, снаружи прикладывался шаблон из картона 10х2,5см, свободные края пленки сваривались с помощью теплого утюга (рис 1). После удаления излишка полиэтилена получается трубка, один конец которой запаян наглухо. Изготовленная трубка выворачивается наизнанку швом вовнутрь. Отступя на 1 см от запаянного конца, вырезается овальное отверстие 2,5х1см, свободный конец трубки насаживается на начальную часть отрезанного цилиндра

ра (3см) 10мл-го шприца и фиксируется скотчем или лейкопластырем (рис. 2,3).

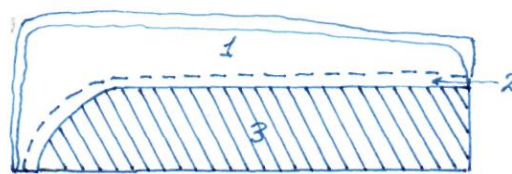


Рис. 1: 1. Полиэтиленовая пленка, 2. Шаблон, 3. Место сварки



Рис. 2. Полуфабрикат пленочного зонда.

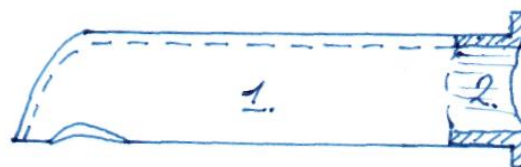


Рис. 3. Готовый зонд: 1. Пленочный зонд, 2. Часть цилиндра полиэтиленового шприца на 10 мл.

Зонд используется следующим образом: зонд смазывается облепиховым маслом, в него вставляется мочевого катетер и вводится в желудок через свищ. Имея небольшой объем, зонд свободно проходит в желудок, катетер удаляют, а в фиксированный конец зонда вставляется наконечник кондитерского шприца, с помощью которого в желудок вводится пищевая масса.

После наложения постоянной гастростомы, на операционном столе, через свищ в желудок вводится 20мл поливалентного пиобактериофага, разведенного в 50мл физиологического раствора, для подавления гнилостной флоры желудка и кишечника. Первое кормление производится через сутки в объеме 50мл., в дальнейшем его объем постепенно увеличивают.

Зонд пропускает кашеобразную пищу. Основой являются овсяные хлопья, заваренные в горячей воде. В канале при прохождении пищевой массы зонд адаптируется к характеру пищевой массы и к состоянию клапанного механизма гастростомы.

Выводы

Применение данного устройства в клинике показало: больные на 2-й день свободно, без неприятных ощущений, вводили зонд в желудок для кормления, при этом, не возникало психонегативного отношения к данному способу энтерального питания. Использование для смазывания зонда облепихового масла способствовало более нежному введению

зонда и предупреждало травму слизистой желудка, оказывало на нее положительное трофическое влияние.

Легкость изготовления, даже в домашних условиях, эффективность применения,

доступность материала и низкая себестоимость позволяет применять у больных наложение постоянной гастростомы для энтерального питания.

Сведения об авторах статьи

Булггин Леонид Георгиевич – 450000, г.Уфа, ул. Ленина – 3, БГМУ, к.м.н., доцент кафедры оперативной хирургии и хирургической анатомии с курсом ИПО имени В.М. Романкевича, тел. раб. 273-56-70.

Ария Надер Раджабович – 450000, г.Уфа, ул. Ленина – 3, БГМУ, ассистент кафедры оперативной хирургии и хирургической анатомии с курсом ИПО имени В.М. Романкевича, тел. раб. 273-56-70.

Адиев Ринат Феликсович – 450000, г.Уфа, ул. Ленина – 3, БГМУ, ассистент кафедры оперативной хирургии и хирургической анатомии с курсом ИПО имени В.М. Романкевича, тел. раб. 273-56-70.

Гибатуллин Фируза Булатовна – 450000, г.Уфа, ул. Ленина – 3, БГМУ, к.м.н., ассистент кафедры оперативной хирургии и хирургической анатомии с курсом ИПО имени В.М. Романкевича, e-mail: figuzabulatovna@mail.ru, г.Уфа, Ул. Революционная 74-113, тел. раб. 273-56-70.

Юлдашев Марс Тимербулатович – 450000, г.Уфа, ул. Ленина – 3, БГМУ, д.м.н., профессор кафедры оперативной хирургии и хирургической анатомии с курсом ИПО имени В.М. Романкевича, тел. раб. 273-56-70.

ЛИТЕРАТУРА

1. Юхтин, В.И. Гастростомия. / В.И. Юхтин // - М.: Медицина. - 1967.- 165с.
2. Березов, Ю.Е. Рак пищевода. / Ю.Е. Березов // - М.: Медицина. - 1979.- 190с.
3. Черноусов, А.Ф. Экстирпация пищевода с одноименной пластикой при доброкачественных структурах / А.Ф. Черноусов, С.А. Домрачев, Д.В. Ручкин // Грудная хирургия. - 1996.- № 1. - С.64-68.
4. Руководство по парентеральному и энтеральному питанию. / Под ред. И.Е. Хорошилова. - СПб.: - 2000. - 376с.

УДК: 616.248-018.74-07.053.2

© Н.А. Орлова, Э.И. Эткина, Л.Л. Гурьева, Г.Д. Сакаева, Л.И. Бабенкова, А.А. Фазылова, А.Р. Бикташева, 2009

Н.А. Орлова, Э.И. Эткина, Л.Л. Гурьева, Г.Д. Сакаева,
Л.И. Бабенкова, А.А. Фазылова, А.Р. Бикташева

МАРКЕРЫ АКТИВАЦИИ ЭНДОТЕЛИЯ У ДЕТЕЙ, БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

ГОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет Росздрава», г.Уфа

С целью изучения взаимосвязи функционального состояния эндотелия и бронхиальной астмы у 118 детей с бронхиальной астмой различной степени тяжести оценивалось содержание в сыворотке крови оксида азота, определяемое методом Емченко Л.Н. (1994) по концентрации конечных стабильных метаболитов и эндотелина-1 методом прямого иммуноферментного анализа. У детей с бронхиальной астмой в сравнении с контролем установлено повышение уровней оксида азота ($66,59 \pm 4,45$ мкМ/мл и $29,86 \pm 0,77$ мкМ/мл соответственно, $p < 0,001$) и эндотелина-1 ($0,525 \pm 0,06$ фмоль/мл и $0,22 \pm 0,01$ фмоль/мл соответственно, $p < 0,01$), зависящее от тяжести и периода болезни. Уровни оксида азота и эндотелина-1 в периферической крови можно использовать в качестве дополнительных критериев оценки тяжести бронхиальной астмы у детей.

Ключевые слова: оксид азота, эндотелин-1, бронхиальная астма, дети

N.A. Orlova, E.I. Etkina, L.L. Gurjeva, G.D. Sakayeva,
L.I. Babenkova, A.A. Fazilova, A.R. Bictasheva

MARKER OF ENDOTHELIUM ACTIVATION IN BRONCHIAL ASTHMA CHILDREN

To examine the association between the functional state of endothelium and the bronchial asthma disease the oxide nitrogen condition in blood samples was evaluated in 118 bronchial asthma children with a range of disease severity by Jemchenko L.N. method (1994). It was determined by the terminal stable metabolites and endothelin-1 concentration with enzyme immunoassays analysis. The increase of oxide nitrogen and endothelin-1 levels correlated with disease severity and duration, had been stated in bronchial asthma children compared with control. The combination of oxide nitrogen and endothelin-1 levels may be used as an additional standard definition of bronchial asthma severity in children.

Key words: oxide nitrogen, endothelin-1, bronchial asthma, children.