

тонкокишечный анастомоз «конец в конец» с послойным сшиванием слизистых слоев пищевода и тонкой кишки и мышечного слоя пищевода с серомускулярным слоем трансплантата. По возможности, если позволяла длина искусственного пищевода, создавали антирефлюксный клапан путем циркулярной фиксации тонкой кишки к пищеводу выше анастомоза и погружали пищевод в просвет кишки. Верхушку дистального конца пересеченного пищевода зашивали послойным швом. Осложнения возникли у 3 больных. Частичная несостоятельность швов пищеводно-кишечного анастомоза (ПКА) на шее была у 2, острая кишечная непроходимость — у 1 (выполнена релапаротомия, устранение непроходимости, резекция кишечно-желудочного анастомоза). Умер 1 больной после одномоментной внутриплевральной тонкокишечной пластики в раннем послеоперационном периоде от некроза трансплантата.

В сроки 7—41 год после завершения тонкокишечной пластики нами обследованы 9 больных, им проведено клиническое, эндоскопическое и рентгенологическое исследование. У 6 из них обнаружены патологические синдромы, возникшие через 1 — 16 лет после операции. Стеноз ПКА на шее был у 4 больных, из них двум проведено по 2 курса бужирования, двое оперированы: резекция ПКА на шее у 1, пластика ПКА на шее у другого (1). Избыточная петля кишки-трансплантата возникла у 5. Резекция избыточной петли из абдоминального и транстернального доступов проведена 3 больным, из правого торакотомного доступа — 1, из правого торакоабдоминального доступа — 1. У 2 больных возникли язвы, осложненные кровотечениями.

У 1 из них в выключенном желудке образовалась гигантская язва пилорического отдела — ему сделана резекция желудка и включение желудка, у второго — было кровотечение из язвы в области анастомоза желудка и кишки-трансплантата — проведено консервативное лечение.

На основании проведенного обследования нами установлено, что качество жизни у 8 обследованных больных хорошее. Питание осуществляется через рот, дисфагии нет или она носит компенсированный характер. Прибавка в весе стабильная, отставания в развитии не отмечено.

Таким образом, бужирование пищевода является по-прежнему основным методом лечения РСП у детей, оно эффективно в 70 % случаев. Показанием к оперативному лечению являются неэффективность бужирования и его осложнения. Тонкокишечная пластика может быть завершена в 2 этапа практически у всех больных. Невозможность одноэтапной операции обусловлена неблагоприятными особенностями строения сосудов брыжейки тонкой кишки. Разделение пластики на 2 этапа с интервалом в 4 месяца и более позволяет создать тонкокишечный трансплантат достаточной длины путем его ремобилизации при повторной операции. Внутригрудная одномоментная пластика пищевода имеет повышенный риск. Клинические наблюдения свидетельствуют о хорошем функциональном результате после пластики пищевода тонкой кишкой, тем не менее, искусственный пищевод из тонкой кишки не является идеальным и больные нуждаются в регулярном врачебном наблюдении, а часто и в коррекции разного плана.

ESOPHAGOPLASTY WITH SMALL INTESTINE IN THE CHILDREN WITH CORROSIVE STRICTURES OF ESOPHAGUS

M.B. Skvortsov, M.A. Kozhevnikov, V.I. Borichevsky, N.S. Ippolitova

(Department of hospital surgery of ISMU)

240 children with corrosive strictures of esophagus were treated after chemical burns. The bougieurage was carried out in all patients. 76 (31.6 %) children received surgical treatment; plasty of small intestine was carried out in 14 ones. One moment intra pleural plasty was carried out in 2 patients, retrosternal plasty was carried out in 12 children in 2-3 stages. One patient died after one moment esophageal plasty during third day after the operation.

© ХОЛОДОВА Л.Н., ПРОТОПОПОВА Н.В., КРАВЧУК Л.А., ШАРИФУЛИН М.А. -

МОДЕЛЬ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ ПОМОЩИ ЖЕНЩИНАМ С КЛИМАКТЕРИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Л.Н. Холодова, Н.В. Протопопова, Л.А. Кравчук, М.А. Шарифуллин

(Кафедра акушерства и гинекологии лечебного факультета ИГМУ, зав. - проф. Н.В. Протопопова)

Резюме. Приведена модель оказания специализированной помощи женщинам с климактерическими расстройствами из 4 этапов: проведение школы «Здоровье женщин старше 40», клиническое обследование, лечение климактерического синдрома (в т.ч. в условиях дневного стационара), диспансерное наблюдение.

Ключевые слова. Климакс, школа для пациенток, специализированная помощь.

Наступление климактерия это один из критических периодов в жизни женщины. Именно в пери- и постменопаузальном периоде появляется ряд соматических и психических заболеваний, которые существенно сказываются на качестве и общей продолжительности

жизни. Перспективным направлением лечебно-профилактической работы с женщинами в пери- и постменопаузальном периоде является комплексная коррекция гормонодефицитных состояний на основе заместительной гормонотерапии (ЗГТ). Однако, несмотр-

ря на то, что пользу ЗГТ можно считать доказанной, число женщин, получающих эту терапию невелико.

На сегодняшний день в Иркутске отсутствует система оказания специализированной помощи женщинам с климактерическими расстройствами

Кафедрой акушерства и гинекологии лечебного факультета ИГМУ разработана и внедрена с 2003 года на базе Больницы ИНЦ СО РАН модель специализированной помощи женщинам с климактерическими расстройствами. Она включает четыре этапа.

I этап — проведение школы «Здоровье женщин старше 40».

У многих женщин нет правильного представления о менопаузе как о гормонодефицитном состоянии и о том, что после угасания репродуктивной функции в организме происходят определенные изменения. Неэффективность работы с больными в постменопаузе связана с определенным стереотипом, а именно: с построением отношений врача и больного на принципах авторитарности. Кроме того, у врача часто не хватает времени для адекватного освещения всех аспектов проблемы, а тем более для обсуждения их с больной. В настоящее время общепризнанно, что достичь и поддерживать необходимую для лечения хронических заболеваний мотивацию можно только на основе специального обучения больного. В данном случае наиболее эффективны групповые формы обучения.

Нами проводятся занятия циклами, 2 раза в месяц. Состоят они из информационной и практической частей. Информационная часть включает следующие разделы: физиология репродуктивной системы женщины, климактерические расстройства, остеопороз, ожирение, заместительная гормональная терапия. Для лучшего усвоения теоретических вопросов используется слайдоскоп. Практическая часть каждого занятия заключается в самостоятельном заполнении больной индивидуальной карты под контролем врача. II этап — Клиническое обследование.

II этап — клиническое обследование. Проводится согласно общепринятого стандарта (УЗИ органов малого таза, маммография, взятие мазков из шейки матки на атипические клетки, кольпоскопия, лаборатор-

ное обследование, ЭКГ; по показаниям — УЗИ щитовидной железы, гормональное обследование, консультация смежных специалистов). При выявлении гиперпластических процессов эндометрия больные направляются в гинекологическое отделение областной клинической больницы для более углубленного обследования (гистероскопии). При наличии показаний к оперативному лечению, операции (лапароскопическим или лапаротомным доступом) также выполняются в областной клинической больнице.

III этап — лечение климактерического синдрома. Осуществляется оно в рамках специализированного приема по климактерию (проводится индивидуальный подбор ЗГТ и (или) другие виды лечения). Параллельно проводится лечение соматической патологии. Планируется привлечение психолога к работе с больными.

На базе гинекологического отделения больницы ИНЦ СО РАН с 2003 года организовано комплексное обследование и лечение в условиях дневного стационара. В лечении широко используются физиотерапия, массаж, гидро-процедуры, лечебная физкультура. Больные обучаются специальному комплексу физических упражнений при урогенитальных нарушениях (недержании мочи). К выписке из стационара вырабатывается совместно с больной (!) индивидуальная программа ее дальнейшего ведения. При этом учитываются образ жизни, степень тяжести климактерических расстройств, а также наличие экстрагенитальной патологии. Заместительная гормональная терапия назначается с учетом показаний, противопоказаний и с согласия больного.

IV этап — диспансерное наблюдение за больными. Анализируя результаты нашей работы с больными в пери- и постменопаузальном периоде следует признать ее организацию рациональной и эффективной. При этом необходимо отметить полное одобрение ее самими больными.

Таким образом, оказание специализированной помощи женщинам с климактерическими расстройствами по представленной модели позволит реально улучшить здоровье и качество жизни женщин в пери- и постменопаузальном периодах.

MODEL OF SPECIALIZED CARE FOR WOMEN WITH CLIMACTERIC DISORDERS

L.N. Cholodova, N.V. Protopopova, L.A. Kravchuck, M.A. Sharifulin

(The Department of obstetrics and gynecology of medical department of ISMU)

The model of rendering specialized assistance for women with climacteric disorders, consisting of 4 stages is given: conducting of School «Health of women older 40 years», clinical examination, treatment of climacteric syndrome (including the conditions of day clinic), dispensary observation.

© СУББОТИНА М.В. -

СПОСОБ ЛЕЧЕНИЯ И ПРОФИЛАКТИКИ РЕЦИДИВОВ ПАПИЛЛОМАТОЗА ГОРТАНИ У ДЕТЕЙ

Субботина М.В.

(Кафедра оториноларингологии ИГМУ, зав. - проф. А.Г. Шантуров)

Резюме. Предложен способ сочетанного использования ингаляций цитостатика проспидина и парентерального введения или орального приема циклоферона для лечения и профилактики рецидивов папилломатоза гортани у детей.