

Сделано более 40 рационализаторских предложений (С.Б. Пинский, А.И. Брегель, И.Ю. Олейников, Н.А. Мутин, В.А. Агеенко, А.А. Альперт), защищены 3 кандидатские (А.И. Брегель, И.Ю. Олейников, Е.А. Кельчевская) и одна докторская (А.И. Брегель) диссертации. В кандидатских диссертациях аспирантов В.И.

Миронова и О.А. Приходько отдельные главы работ посвящены эндоскопической диагностике острого панкреатита и холецистита. Всеми сотрудниками кафедры и врачами кабинета опубликовано более 200 научных работ в международной, центральной и местной печати по эндоскопической проблематике.

THE ORGANIZATION AND BECOMING ENDOSCOPY SERVICE IN CLINIC OF THE GENERAL SURGERY

A.I. Bregel

(Chair of the general surgery of ISMU)

The organization and development of diagnostic and medical endoscopy by the experience of more than 100.000 investigations are considered in the article.

© СКВОРЦОВ М.Б., КОЖЕВНИКОВ М.А., БОРИЧЕВСКИЙ В.И., ИППОЛИТОВА Н.С. -

ПЛАСТИКА ПИЩЕВОДА ТОНКОЙ КИШКОЙ У ДЕТЕЙ С РУБЦОВЫМИ СТРИКТУРАМИ ПИЩЕВОДА

М.Б. Скворцов, М.А. Кожевников, В.И. Бориневский, Н.С. Ипполитова

(Кафедра госпитальной хирургии ИГМУ, зав. - чл. корр. РАМН проф. Е.Г. Григорьев)

Резюме. Приведен анализ лечения 240 детей с Рубцовыми стриктурами пищевода после химического ожога. Всем больным выполняли бужирование. Оперативное лечение было у 76 (31,6%) больных, тонкокишечная пластика пищевода — у 14. Одномоментная внутриплевральная пластика выполнена 2 больным, загрудинная пластика в 2-3 этапа — 12. Умер 1 больной после одномоментной пластики пищевода на 3 сутки после операции

Ключевые слова. Дети, пищевод, рубцовая стриктура, тонкокишечная пластика.

Основным методом лечения Рубцовых стриктур пищевода (РСП) является бужирование. Эффективность этого метода у детей по данным разных авторов в пределах 40—96%. Пластика пищевода тонкой кишкой по Ру-Герцену-Юдину была в течение полувека одним из немногих наиболее популярных видов реконструктивной операции при Рубцовых сужениях пищевода, при неэффективном консервативном лечении. По мере совершенствования операции претерпели изменения способы проведения кишки-трансплантата и приемы его формирования. Особенности кровоснабжения ограничивают показания к выполнению пластики тонкой кишкой и заставляют искать другие материалы для создания искусственного пищевода (желудок, толстая кишка).

Клиника госпитальной хирургии ИГМУ располагает опытом лечения более 1400 больных с РСП с 1971 по 2004 год. За этот период нами пролечено 240 (17,1%) больных, получивших ожог пищевода в детском возрасте. Из них хирургическое лечение проведено 76 (31,6%) больным, из них выполнена пластика пищевода — 73. В качестве трансплантата использовали желудок (36), толстую кишку (13), тонкую кишку (14 больных). Пластика коротких шейных стриктур выполнена 9 больным. При сочетании ожога пищевода и желудка лечение начинали с коррекции стеноза желудка. До операции всем выполняли бужирование пищевода (3—13 сеансов), эффективное бужирование было у 134 (68,4%) больных. Показанием к оперативному лечению считаем: неэффективность, осложнения бужирования (перфорация пищевода, кровотечения).

Пластика пищевода тонкой кишкой в нашей клинике выполнена 91 больному, из них у 14 ожог был в возрасте 1,5 года - 16 лет (Муж. - 9, Жен. - 5). Ожог уксусной кислотой был у 7 больных, каустической содой — у 4, щелочным электролитом — у 2, соляной кислотой - у 1. Перфорация пищевода при бужировании была у 1 больной. До выполнения тонкокишечной пластики 2 больным выполнили субмукулярную резекцию короткой шейной стриктуры с пластикой местными тканями без эффекта.

Превентивная гастростомия для питания проведена 10 больным: по Кадеру - 3, по Витцелю - 5, по Сапожкову — 1, атипично — 1, еюностома по Майдлю — 1.

Двум больным осуществлена одномоментная внутриплевральная пластика. Загрудинная тонкокишечная пластика в 2 этапа выполнена 12 больным через 3 месяца — 26 лет после ожога. После выкраивания максимально длинного трансплантата кишку оставляли для «тренировки» в подкожном канале, поскольку не удалось создать трансплантат достаточной длины. Во время второго этапа кишку-трансплантат выделяли из подкожного канала и в брюшной полости. Тонкую кишку проводили загрудинно на шею. Сроки между этапами операции 4 месяца — 3 года. Нами отмечено, что в интервале 4 месяца и более между первой и второй операцией трансплантат, расположенный в подкожном канале существенно удлинялся, и для проведения его на шею не требовалась дополнительная перевязка сосудов. Во время 2 этапа тонкокишечной пластики для наложения пищеводно-тонкокишечного анастомоза на шее мобилизовывали шейный отдел пищевода, пересекали его и накладывали пищеводно-

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, несмот-