

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 атипичные 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 speeialized assistance for momen with climacteric disorders, consisting of 4 stages is given: conducting of School «Health of women older 40 years», clinical examination,-treatment ofclimacteric 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.

**Ключевые слова.** Папилломатоз гортани, циклоферон, проспидин.

Папилломатоз гортани у детей является тяжелым и опасным заболеванием, часто рецидивирующим и вызывающим стеноз гортани. Этиологическим фактором считается вирус папилломы человека. Диагностика заболевания основывается на данных анамнеза (длительная дисфония и/или стеноз гортани), прямой, не прямой ларинго- или фиброларингоскопии. Основным способом лечения является хирургический. Для профилактики рецидивов заболевания применяется широкий арсенал средств, начиная от цитостатиков (проспидин) до иммуномодуляторов (рекомбинантные интерфероны, природные и синтетические индукторы интерферона). О сочетанном применении проспицина и синтетического индуктора интерферона - данных циклоферона нам в литературе не встретилось.

Наш опыт лечения рецидивов папилломатоза гортани в течение 2 лет включает сочетанное использование ультразвуковых ингаляций проспицина (10-20 мг ежедневно на физиологическом растворе по схеме: 5 дней и 1 день перерыв, 10 сеансов) и циклоферон в/м или внутрь по схеме: 1, 2, 4, 6, 8, 10 дни 1 раз в сутки, в последующем внутрь в дозе 10 мг/кг 1 раз в 3 дня в течение 1-3 месяцев.

С использованием описанного метода нами пролечено 7 детей в возрасте от 5 до 11 лет с рецидивирующим папилломатозом гортани: 5 мальчиков и 2 девочки. Анамнез заболевания у 6 из них составлял более 3 лет. Схема лечения: ингаляции проспицина и циклоферон в/м или внутрь - назначалась обяза-

тельно после хирургического удаления папиллом гортани и при возникновении рецидивов заболевания без признаков стеноза гортани. Все дети находились на диспансерном учете и обязательно осматривались не реже 4 раз в год. Для наблюдения за состоянием гортани детей мы наряду с не прямой ларингоскопией использовали ультразвуковое сканирование. Папилломы гортани выявлялись в виде экзогенных образований (в норме голосовая щель эконегативна). Можно было также определять их баллотирование в просвете, размеры, локализацию.

Использование нами сочетанного противорецидивного лечения в течение двух лет у одного мальчика не привело к исчезновению папиллом. У четырех детей удалось стабилизировать и уменьшить размер папиллом и улучшить голосовую функцию без хирургического вмешательства. Только троем детям за два года производилось однократное удаление папиллом гортани при их рецидивирующем росте, что в два раза реже, чем до используемого способа. Ингаляции проспицина вызывали некоторое жжение в горле у детей, но в целом переносились удовлетворительно. Патологических изменений в анализах крови не было отмечено ни у одного ребенка.

Таким образом, предложенное нами сочетанное использование проспицина ингаляционно и циклоферона внутримышечно / внутрь можно успешно применять для профилактики и лечения рецидивов папилломатоза гортани у детей.

## **TREATMENT AND PROPHYLAXIS OF RELAPSES OF THE WAY OF PAPILLOMATOSIS IN CHILDREN**

*M. V. Subbotina*

(The Department of Otorhinolaryngology of ISMU)

There has been suggested the method of combined use of inhalations with cytostatic prospidin and parenteral/internal introduction of cycloferon for the treatment and prophylaxis of relapses of larynx papillomatosis in children.