

СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2013

УДК 616.37-06.2-06:616.34-005.1]-089

А.Ю. Разумовский, А.Н. Смирнов, А.Г. Маннанов, И.Е. Галибин, Е.Ю. Ермоленко

КОМБИНИРОВАННОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОСЛОЖНИВШЕЙСЯ АРРОЗИВНЫМ КРОВОТЕЧЕНИЕМ КИСТЫ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Кафедра детской хирургии (зав. — проф. А.Ю. Разумовский) ГБОУ ВПО "Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова" Минздрава России, Москва; ГУЗ "Детская городская клиническая больница № 13 им. Н.Ф.Филатова" (главный врач — канд. мед. наук К.В. Константинов), Москва

Елена Юрьевна Ермоленко, e-mail: elena-ermolenk@yandex.ru

В оригинальной статье представлено комбинированное лечение кисты поджелудочной железы, осложненной аррозивным кровотечением у девочки 8 лет, которая в течение 2 лет наблюдалась по поводу хронического панкреатита, панкреонекроза, псевдокист хвоста и тела поджелудочной железы после лапароскопической санации брюшной полости и дренирования кисты большого размера и в сентябре 2013 г. была госпитализирована в хирургическое отделение ДГКБ № 13 с клиникой массивного желудочно-кишечного кровотечения, с жалобами на боль в животе и мелену.

В результате проведенного обследования и хирургического лечения был сделан вывод, что такое массивное кишечное кровотечение было обусловлено наличием артериовенозного свища (АВС) и надпеченочной портальной гипертензией, что привело к резкому расширению вен желудка. Создание соустья между кистой головки поджелудочной железы с просветом кишки позволяет исключить в дальнейшем нарушение оттока панкреатического сока из протоковой системы поджелудочной железы и обострения панкреатита.

Ключевые слова: киста поджелудочной железы, панкреатит, желудочно-кишечное кровотечение, дренирование кисты, селективная ангиография

A.Yu. Razumovsky, A.N. Smirnov, A.G. Mannanov, I.E. Galibin, E.Yu. Ermolenko

COMBINED TREATMENT OF COMPLICATED ARROSIVE HEMORRHAGE IN PANCREATIC CYST

N.I.Pirogov Russian National Research Medical University, Moscow;
N.F.Filatov Children's City Hospital No 13, Moscow

The authors describe combined treatment of complicated arrosive hemorrhage in pancreatic cyst in a 8 year old that had pancreatitis, pancreonecrosis, pseudocysts of pancreatic head and tail after laparoscopic sanation of the abdominal cavity and drainage of a large cyst. In September 2013, the patient was admitted to the Surgical Department of N.F.Filatov Children's City Hospital No 13 with massive gastrointestinal hemorrhage and complaints of abdominal pain and melena. The results of the study and surgical treatment suggested that hemorrhage was due to the presence of arteriovenous fistula and suprahepatic portal hypertension responsible for acute dilatation of gastric veins. Anastomosis between the pancreatic head cyst and bowel lumen allowed to exclude pancreatic juice outflow from the duct system and exacerbation of pancreatitis.

Key words: pancreatic cyst, pancreatitis, gastrointestinal hemorrhage, cyst drainage, selective angiography

Клиническая картина кист поджелудочной железы зависит от их этиологии, патоморфологических особенностей, локализации, величины и количества, а также от наличия связи полости кисты с главным панкреатическим протоком [1]. Лечение кист поджелудочной железы у детей представляет большую сложность: операции на органах гепатопанкреатодуоденальной зоны — одни из наиболее трудных в тактическом и техническом отношении [2]. В связи с низкой частотой встречаемости данной патологии описание единичных наблюдений может представлять большой клинический интерес как для детских хирургов, так и хирургов общего профиля.

Больная К., 8 лет, госпитализирована в отделение неотложной и гнойной хирургии Детской городской клинической больницы № 13 им. Н.Ф.Филатова в экстренном порядке с направляющим диагнозом геморрагического эрозивного гастрита, врожденного порока развития поджелудочной железы, хроническо-

го панкреатита (стадия обострения), кисты головки поджелудочной железы (кровоизлияние в кисту).

Из анамнеза известно, что 2 года назад ребенок находился на лечении в нашей клинике по поводу хронического панкреатита, панкреонекроза, псевдокист хвоста и тела поджелудочной железы. Проведено оперативное лечение, выполнена лапароскопическая санация брюшной полости и дренирование одной кисты большого размера. По дренажу в течение первых 4—5 дней поступал панкреатический секрет — до 20 мл/сут, затем выделение секрета постепенно прекратилось. Дренаж был удален на 26-е послеоперационные сутки. При контрольном УЗИ поджелудочной железы остаточная полость кисты не визуализировалась, но выявлялась неоднородность ткани поджелудочной железы. Девочка была выписана в удовлетворительном состоянии. Далее пациентка находилась под нашим наблюдением. На фоне диеты и ферментотерапии ее состояние остава-



Рис. 2. Данные КТ: вены желудка расширены. Киста в области головки поджелудочной железы. Селезенка увеличена, отечна за счет сброса крови по артериовенозному свищу.

лось стабильным, редко отмечались жалобы на боли в животе.

При очередном обострении заболевания (сентябрь 2012 г.) на УЗИ определена киста головки поджелудочной железы (размером 15×15 мм). Родителям дана рекомендация госпитализировать больную в хирургическое отделение. Но лишь через несколько дней с клиникой массивного желудочно-кишечного кровотечения, с жалобами на боль в животе, мелену бригадой скорой медицинской помощи ребенок был доставлен в больницу. Состояние при поступлении тяжелое. Уровень гемоглобина 67 г/л. При осмотре живот напряжен и болезнен при пальпации. Проведена фиброэзофагогастродуоденоскопия, при которой визуализированы множественные острые линейные эрозии с подслизистыми кровоизлияниями, а также деформация луковицы двенадцатиперстной кишки за счет внешнего сдавления. Данных, подтверждающих продолжающееся активное кровотечение, не получено. В течение 3 дней больная находилась в отделении реанимации и интенсивной терапии, где ей проводили инфузионную, гемостатическую и антибактериальную терапию. В биохимическом анализе регистрировалась незначительная гиперAMILАЗЕМИЯ — до 490 МЕ/л (норма до 450 МЕ/л). При ультразвуковой диагностике органов брюшной полости поджелудочная железа визуализировалась с большими техническими трудностями из-за отека тканей. Вирсунгов проток не расширен. В проекции головки — тонкостенное жидкостное включение размером приблизительно 35×16 мм, правее него и чуть каудальнее — образование до 4 см в диаметре, преимущественно средней эхогенности, с отдельными жидкостными включениями. В образовании прослеживается маятникообразный тип кровотока (to-and-from pattern), подтвержденный доплерографически, питающая артерия идет от головки поджелудочной железы (*a. pancreatoduodenalis*).

При спиральной компьютерной томографии (КТ) органов брюшной полости выявлена типично расположенная кистозно-измененная поджелудочная железа. Кисты содержат жидкость. В головке железы определяются две самые большие из них — $3,5 \times 1,5$

и $1,5 \times 1,5$ см, в области хвоста — до 2,5 см. Условно неизменная железистая ткань визуализируется на границе тела и хвоста. Каудальнее головки поджелудочной железы, прилегающее к нисходящему отделу двенадцатиперстной кишки и нижней полой вены и сдавливающее их, находится дополнительное гиперденное объемное образование размером $55 \times 52 \times 32$ мм. КТ-плотность содержимого около 75 ед. Н. После контрастного усиления КТ-плотность образования не увеличивается, но в составе данного образования начинает дифференцироваться расширенный до $1,0 \times 1,5$ см артериальный сосуд, который является ветвью желудочно-дуоденальной артерии. Создается впечатление истечения крови из этого патологически расширенного сосуда (рис. 1, см. на вклейке). Вены дуоденогастральной области значительно расширены, извиты (варикозное расширение), рис. 2. Селезенка расположена обычно, значительно увеличена. Контуры четкие, внутренняя структура однородная. При повторной ультразвуковой доплерографии органов брюшной полости отмечается сохранение спленомегалии. Около головки, правее и немного ниже сохраняется парциально тромбированная полость псевдоаневризмы общим диаметром до 52 мм, при этом нетромбированная полость, в которую открывается панкреатодуоденальная артерия, имеет размер до 11×13 мм, на приносящей артерии сохраняется кровоток to-and-from pattern.

Для уточнения места, откуда истекает кровь в полость кисты, проведена диагностическая селективная ангиография. Выполнена катетеризация чревного ствола и проведена диагностическая целиакография. По данным целиакографии контрастируется гиперплазированный ствол селезеночной артерии, а также при селективной катетеризации печеночной артерии визуализируется аневризматическое расширение со сбросом в венозную систему. Питающим сосудом является *a. gastroduodenalis*. Произведена суперселективная катетеризация данного сосуда. Одномоментно выполнена закрытая эндоваскулярная эмболизация окклюзирующим материалом (гидрогель 1000 мкм — 2 см). При контрольной ангиографии зона артериовенозного свища с аневризматическим расширением не определяется. После эмболизации состояние ребенка существенно улучшилось. Болевой синдром купирован. В связи с тем что риск интраоперационной кровопотери после эмболизации значительно снизился, решено провести радикальное оперативное лечение в ближайшее время. На 3-и сутки после процедуры больная была оперирована.

Выполнена лапаротомия, проведена ревизия поджелудочной железы, наложен цистоэнтероанастомоз по Ру. Доступ — верхне-поперечная лапаротомия. В области малого и большого сальника определяются резко расширенные вены. Селезенка умеренно увеличена. Вскрыта сальниковая сумка, ткани вокруг поджелудочной железы резко отечны, инфильтрированы. В области головки поджелудочной железы отмечается округлое плотное образование до 5 см в диаметре. Произведена пункция кисты, получена темная старая кровь со сгустками. По передней стенке кисты проходят верхнебрыжеечная артерия и вена, которые интимно спаяны со стенкой кисты. В связи с этим

доступ к кисте решено произвести через мезоколон. При мобилизации нижней брыжеечной вены от стенки кисты была повреждена задняя стенка вены. Дефект стенки вены ушит (ПДС 6.0). Широко вскрыта стенка кисты поджелудочной железы (рис. 3, см. на вклейке). Киста заполнена сгустками крови. Сгустки аспирированы, признаков кровотечения в кисту нет. На расстоянии 15 см от связки Трейца тощая кишка пересечена, сформирована петля тощей кишки длиной 20 см и выполнен цистоэнтероанастомоз по Ру. Сформирован межкишечный анастомоз конец в бок. На рану наложены швы.

Послеоперационный период протекал гладко, без осложнений. Энтеральный прием жидкой пищи начат на 5-е сутки. Выписана в удовлетворительном состоянии из стационара на 12-е сутки. Осмотрена через 1 мес, жалоб нет. Размеры остаточной полости в головке поджелудочной железы 12 × 10 мм.

На основании результатов проведенного обследования и хирургического лечения можно сделать вы-

вод, что такое массивное кишечное кровотечение было обусловлено наличием артериовенозного свища и портальной гипертензии (надпеченочная форма), что привело к резкому расширению вен желудка. Соустье кисты головки поджелудочной железы с просветом кишки позволяет исключить нарушение оттока панкреатического сока из протоковой системы поджелудочной железы и обострение панкреатита.

ЛИТЕРАТУРА

1. Костюченко А.Л., Филин В.И. Неотложная панкреатология. СПб.; 2000: 247—53.
2. Исаков Ю.Ф., Дронов А.Ф. Детская хирургия: национальное руководство. М.; 2009: 405—10.

REFERENCES

1. Kostyuchenko A.L., Filin A.L. Emergency pancreatology. SPb.; 2000 (in Russian).
2. Isakov Yu.F., Dronov A.F. Children's surgery: National leadership. Moscow; 2009 (in Russian).

Поступила 15.02.13

ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

© Н.В. ЗАЙЦЕВА, М.В. ЛЕВИТСКИЙ, 2013

УДК 614.2-051

Н.В. Зайцева¹, М.В. Левитский²

РОЛЬ РУКОВОДИТЕЛЯ В ФОРМИРОВАНИИ ОРГАНИЗАЦИОННОЙ КУЛЬТУРЫ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ

¹НИИ социологии медицины, экономики здравоохранения и медицинского страхования ГБОУ ВПО "Первый МГМУ им. И.М. Сеченова" Минздрава России, 119021, Москва, Россия; ²ГБУЗ "Детская городская поликлиника № 91" Департамента здравоохранения города Москвы, 115446, Москва, Россия

Зайцева Наталья Викторовна, e-mail: znata168@yandex.ru

В статье представлены результаты медико-социологического исследования организационной культуры двух государственных бюджетных учреждений Департамента здравоохранения Москвы. Полученные данные показывают, что управленческая роль руководителя современного учреждения здравоохранения, представляющего собой поликультурное образование, должна сочетать в себе патерналистскую позицию, необходимую для поддержания органической организационной культуры, и административную позицию с центрированием внимания на процессах реинжиниринга и построения рациональной инфраструктуры организации, необходимых для поддержания бюрократической организационной культуры. Обосновывается необходимость внедрения в практическую деятельность руководителей медицинских организаций приемов по регулярной оценке организационной культуры медицинской организации, овладения знаниями о социологических и социально-психологических особенностях коллективов, использования программ обучения и оценки деятельности в создании кадрового резерва на должность руководителя учреждения здравоохранения.

Ключевые слова: управленческая роль руководителя, организационная культура, управление персоналом

THE ROLE OF THE CHIEF OF A MEDICAL FACILITY IN THE FORMATION OF ITS ORGANIZATIONAL CULTURE

Zaitseva N.V., Levitsky M.V.

Research Institute of Sociology of Medicine, Health Economics and Medical Insurance; I.M. Sechenov First Moscow State Medical University; Children's City Polyclinic No 91, Moscow Health Department

Results of a medico-sociological study of organizational culture in two state budgetary facilities of Moscow Health Department are presented. It is shown that managerial activities of the chief of a modern medical facility is a polycultural phenomenon combining the paternalistic position needed to maintain organizational culture and the administrative position, with main attention given to re-engineering processes and development of the rational mechanisms for the maintenance of bureaucratic organizational structure. The rationale is proposed for the introduction of methods of regular assessment of organizational culture of a medical facility into activities