

Возникновение подобных свищей всегда сопровождается развитием перитонита различной степени выраженности. Высокая летальность, тяжелые осложнения, нерешенность многих вопросов борьбы с абдоминальной хирургической инфекцией приводят к поиску патогенетически обоснованных методов консервативного и оперативного лечения с целью улучшения непосредственных результатов и качества жизни пациентов. Целью исследования явилось улучшение результатов лечения множественных тонкокишечных свищей в условиях перитонита путем разработки и применения методики создания бесшовного компрессионного анастомоза.

Анализируются результаты лечения 23 больных с несформированными кишечными свищами. Среди них было 16 (69,6 %) мужчин и 7 (30,4 %) женщин, средний возраст составил $46,6 \pm 12,8$ года. Причинами образования кишечных свищей были острые воспалительные заболевания органов брюшной полости, закрытые и открытые травмы живота, преимущественно с сочетанными повреждениями паренхиматозных и полых органов. Всем больным, кроме клинико-лабораторного обследования, по показаниям выполняли весь спектр инструментальных методов исследования, включающий в себя рентгенологические, ультразвуковые, эндоскопические методы исследования в различных разрешительных способностях.

Всем больным была выполнена разработанная методика операции, в основе которой лежит принцип создания бесшовного соустья с использованием конструкции из сверхэластичного материала с памятью формы. Показаниями к выполнению операции были наличие 2-х и более свищей тонкой кишки как в условиях распространенного гнойного перитонита при плановых программированных санациях брюшной полости — 17 (73,9 %) случаев, так и при несформированных тонкокишечных свищах в условиях отграничения воспалительного процесса в брюшной полости — 6 (26,1 %). Летальный исход наступил у 7 (30,4 %) больных при некупируемых явлениях гнойного перитонита и возникновением в 2-х случаях дополнительных тонкокишечных свищей при состоятельности компрессионного анастомоза. В 2-х случаях отмечена несостоятельность компрессионного анастомоза на 3–4 сутки, выявленная при плановой санации, выполнена резекция свищесущего отдела тонкой кишки с выведением энтеростомы.

Таким образом, отсутствие инородных включений по линии шва, идеальный гемостаз, низкая микробная проницаемость и, как следствие, заживление первичным натяжением, дозированная компрессия на сдавливаемые ткани позволяют шире применять предлагаемый способ анастомозирования в условиях перитонита. Результаты исследования показывают, что оптимальное применение новых способов хирургического лечения приводит к улучшению ближайших послеоперационных результатов.

А.М. Хунхинов, Б.О. Дугаржапов

СЛУЧАЙ ЭКСТРЕННОГО ПОДКЛЮЧЕНИЯ ИСКУССТВЕННОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ОПЕРАЦИИ НА РАБОТАЮЩЕМ СЕРДЦЕ

Республиканская клиническая больница им. Н.А. Семашко (Улан-Удэ)

Больной О., 50 лет, проживающий в Северобайкальском районе, работающий, с диагнозом ИБС. Стенокардия напряжения II–III ст. Гипертоническая болезнь III ст., риск 4, поступил в отделение сердечно-сосудистой хирургии 12.05.08 г. с жалобами на боли за грудиной давящего характера при ходьбе и эмоциональных нагрузках, купирующихся приемом нитратов, повышение АД до 220 мм рт. ст. Из анамнеза известно, что находится на учете кардиолога, рефрактерен к проводимой консервативной терапии. При проведении коронарографии выявлен коронаросклероз с мультифокальным диффузным поражением сосудов. Учитывая данные коронарографии, неэффективность проводимой консервативной терапии больной подготовлен на оперативное лечение в объеме маммарокоронарного шунтирования в ПМЖА, АКШ в ПКА на работающем сердце 20.05.08 г.

После выполнения маммарокоронарного шунтирования ПМЖА ниже Д2 на работающем сердце, была произведена ревизия ПКА, которая вследствие множественных бляшек на всем протяжении признана не пригодной шунтированию. При проведении ревизии ПКА у больного отмечалась фибрилляция предсердий с дальнейшим переходом в фибрилляцию желудочков. Проводимая интенсивная медикаментозная терапия, реанимационные мероприятия в полном объеме, шестнадцатикратная внутренняя дефибриляция успеха не имела. АД не определялось. На фоне начатого прямого массажа сердца, параллельно проводилась подготовка к экстренному подключению искусственного кровообращения. Проводился прямой массаж сердца в течение 40 минут, четырехкратная дефибриляция, подключение временной ЭКС, интенсивная медикаментозная терапия. После подключения искусственного вспомогательного кровообращения в режиме умеренной гипотермии с min температурой 34° , сердечный ритм восстановлен, АД 80/50 на высоких дозах кардиотоников: дофамин, добутамин, адреналин. Проводилась коррекция выраженных электролитных нарушений, метаболического ацидоза, гипергликемии, антигипоксическая защита головного мозга. Вспомогательное кровообращение в течение 105 минут после ступенчатого снижения объемной скорости

остановлено. Несмотря на проводимую интенсивную терапию, отмечалось прогрессивное снижение АД до критических цифр. Вновь начато вспомогательное искусственное кровообращение с подъемом АД 80/60, рецидивирующая фибрилляция желудочков купируется шестикратной внутренней дефибрилляцией. По монитору отмечалась депрессия сегмента ST в 1, 3, avL отведениях. Сохранился высокий уровень гликемии до 24 ммоль/л, несмотря на проводимую инсулинотерапию. Повторное вспомогательное искусственное кровообращение в течение 108 минут после ступенчатого снижения объемной скорости прекращено, наложены швы. Оперативное вмешательство осуществлялось в течение 9 часов. В крайне тяжелом состоянии, продолжающейся интенсивной терапией, при АД 80/60 мм рт. ст, тахикардией до 130 уд. в мин., Цвд 7 мм рт. ст. больной переведен в палату реанимации.

В реанимации продолжалась интенсивная терапия высокими дозами кардиотоников, коррекция электролитных нарушений и ацидоза, коррекция гипергликемии, антигипоксическая терапия, гормональная терапия, антиаритмическая терапия. В течение 4 суток удалось скорректировать явления сердечно-сосудистой недостаточности, гипергликемии, водно-электролитные нарушения. На ЭКГ — признаки интраоперационного инфаркта миокарда передней стенки. Больной экстубирован, в ясном сознании, адекватен, АД в пределах 120/65 мм рт. ст. без кардиотонической поддержки, ЧСС — 90 уд. в мин., ритм синусовый, мочеиспускание самостоятельное. Интенсивная терапия в палате реанимации в течение 4 суток позволила стабилизировать больного и перевести в отделение сердечно-сосудистой хирургии, где после продолжавшегося лечения в течение двух недель больной был выписан в удовлетворительном состоянии под наблюдение кардиолога по месту жительства.

Слаженная и квалифицированная работа операционно-анестезиологической бригады позволила справиться с возникшим крайне тяжелым и угрожаемым для жизни осложнением. Данное состояние требовало проведение баллонной контрапульсации. Возникает необходимость приобретения баллонного контрапульсатора. Подключение экстренного искусственного кровообращения дало возможность сохранить жизнь больному. Наличие в составе бригады перфузиолога, даже при операциях на работающем сердце, является жизненно важным условием сердечно-сосудистой хирургии.

Е.Н. Цыбиков

ИСТОРИЯ БУРЯТСКОГО ФИЛИАЛА УЧРЕЖДЕНИЯ РОССИЙСКОЙ АКАДЕМИИ МЕДИЦИНСКИХ НАУК НАУЧНОГО ЦЕНТРА РЕКОНСТРУКТИВНОЙ И ВОССТАНОВИТЕЛЬНОЙ ХИРУРГИИ СИБИРСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ РАМН

*Республиканская клиническая больница им. Н.А. Семашко (Улан-Удэ)
Бурятский филиал НЦРВХ СО РАМН (Улан-Удэ)*

В январе 1983 года на базе Республиканской больницы им. Н.А. Семашко Республики Бурятия была создана группа научных сотрудников от Иркутского филиала ВНЦХ АМН СССР. Основной целью этой организации было изучение и внедрение в практику здравоохранения научных исследований в гастроэнтерологии новейших технологий медицины.

Первым руководителем этой научной группы назначен Еши Нянюевич Цыбиков, кандидат медицинских наук, заведующий хирургическим отделением Республиканской больницы. Членами — кандидат медицинских наук Василий Михайлович Кузнецов, кандидат медицинских наук Светлана Лаврентьевна Хинчеева, Баир Иринчинович Игнатъев, кандидат медицинских наук Бимба Содбоевич Данзанов.

За время существования (1983 — 1991 гг.) в Бурятском филиале результаты научных исследований были обобщены в 74 печатных научных статьях (местная, центральная и зарубежная), получено 6 авторских свидетельств, опубликована 1 монография, 6 выступлений с докладами на Всесоюзных и Всероссийских съездах и конференциях. Подготовлены 3 докторских диссертаций, одна из которых защищена Еши Нянюевичем Цыбиковым в 2002 году по теме: «Диагностика, клиника и лечение гастроэзофагеальной рефлюксной болезни».

Распад СССР, прекращение финансирования привел к закрытию филиала, и хирургической науки Республики Бурятия.

9 октября 2002 г. Президиум Российской академии медицинских наук решил восстановить Бурятский филиал, и директором его вновь утвержден Еши Нянюевич Цыбиков, доктор медицинских наук; сотрудниками Бурятского филиала стали: Геннадий Федорович Жигаев — доктор медицинских наук, профессор, Заслуженный деятель науки РФ; М.П. Рябов — кандидат медицинских наук, доцент.

Изменилась тематика научных исследований: механизмы управления процессами регенерации при заболеваниях внутренних органов и опорно-двигательного аппарата, новые технологии в медицине — применение прогнозирования, профилактика и лечение дегенеративно-дистрофических нарушений опорно-двигательного аппарата, инфекционных осложнений.