

Г.Д. Гунзынов, Е.Н. Цыбиков, А.Д. Быков, Б.Ц. Бальжинмаев, Ч.В. Содномов.,
Б.Г. Гармаев, В.П. Саганов, Б.С. Хабинов

БЛИЖАЙШИЕ И ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛЬНЫХ РЕЗЕКЦИЙ

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

Цель: изучить ближайшие и отдаленные результаты панкреатодуоденальных резекций у больных с хроническим псевдотуморозным панкреатитом и раком поджелудочной железы.

Нами рассмотрены ближайшие результаты у 49 больных после панкреатодуоденальных резекций (ПДР), выполненных в различных вариантах по поводу опухолей головки ПЖ и хронического панкреатита в хирургическом отделении № 1 Республиканской клинической больницы имени Н.А. Семашко. У 10 больных прослежены отдаленные результаты указанной операции. В 6 случаях при гистологическом исследовании был верифицирован хронический псевдотуморозный панкреатит, в остальных наблюдениях — аденокарцинома. Возраст пациентов составил $51 \pm 9,1$ года. Мужчин было 28, женщин — 21.

Для уточнения диагноза, помимо общеклинических и биохимических анализов, нами применялись УЗИ, КТ, ЭРХПГ, онкомаркеры (СА-19-9, СА-242), рентгенография легких.

При уровне билирубина крови $> 150 - 200$ ммоль/л, ПДР выполняли двухмоментно, причем на первом этапе производили декомпрессию желчных путей и определяли возможность выполнения радикальной операции. В начальный период на первом этапе ПДР отдавали предпочтение билиодигестивным анастомозам (холецисто-холедох-гепатикозентеростомия). В более поздний период декомпрессию желчных путей осуществляли методами наружного дренирования.

Поджелудочно-кишечные соустья нами были выполнены в 2-х вариантах: панкреатозентеростомия «конец в конец» преимущественно при мягкой железе и узком вирсунговом протоке и — панкреатикозентеростомия «конец в бок» при широком диаметре панкреатического протока и плотной капсуле железы. В обоих случаях в главный панкреатический проток устанавливался «потерянный» дренаж из перфорированной полихлорвиниловой трубки. При применении первой модификации для профилактики несостоятельности анастомоза считали обязательным конструкцию анастомоза с расположением культи ПЖ на инвагинированную серозную оболочку кишки.

При втором варианте вмешательства производилось прецизионное анастомозирование вирсунгова протока в бок петли тонкой кишки атравматическими нитями в 4/0 — 5/0.

При формировании билиодигестивных анастомозов в ряде случаев была выполнена холецистоэнтеростомия. Тяжелые послеоперационные осложнения наблюдались в 8 случаях рака ПЖ преимущественно на раннем этапе внедрения ПДР и в 4 из них явились причиной летального исхода: в 2 — от несостоятельности швов панкреатозентероанастомоза, в 1 — от печеночной недостаточности, в 1 — от внутрибрюшного кровотечения.

В одном случае несостоятельности холедохозентероанастомоза, в двух — выраженного гастростаза после пилоросохраняющей операции, в одном — анастомозита желудочно-кишечного соустья осложнения были разрешены консервативным путем.

Летальность в ближайшем послеоперационном периоде составила 8,2 %.

Отдаленные результаты прослежены у 11 больных: у 10 пациентов, оперированных по поводу злокачественной опухоли и у 2 — с хроническим панкреатитом. Сроки выживания пациентов с раком составили 1 — 10 лет. 9 пациентов умерли в сроки от 1 до 3 лет от рецидива опухолевого процесса, 1 пациент — через 10 лет после ПДР от двустороннего пиелонефрита. У одного больного с хроническим панкреатитом через 5 лет после ПДР отмечается хорошее качество жизни.

С.Б. Дамбаева

ИСТОРИЯ РАЗВИТИЯ ПРИЕМНОГО ОТДЕЛЕНИЯ

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

История развития областной (ныне Республиканской клинической) больницы началась 4 августа 1924 г., когда по инициативе Совнаркома и НКЗ БМАССР, ВЦИК РСФСР своим постановлением передал лазарет Красного Креста Бурят-Монголии Наркомздраву, который 1 сентября 1924 г. реорганизовал городскую больницу в областную. При этой больнице впервые был создан приемный покой, занимавший одну комнату со штатом работников из трех человек среднего и младшего медперсонала. Вся масса