

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-холеохо-гепатикоэнтеростомия). В более поздний период декомпрессию желчных путей осуществляли методами наружного дренирования.

Поджелудочно-кишечные соустья нами были выполнены в 2-х вариантах: панкреатоэнтеростомия «конец в конец» преимущественно при мягкой железе и узком вирсунговом протоке и — панкреатикоэнтеростомия «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 панкреатоэнтероанастомоза, в 1 — от печеночной недостаточности, в 1 — от внутрибрюшного кровотечения.

В одном случае несостоятельности холедохэнтероанастомоза, 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

больных, поступавших в пять отделений (терапевтическое, хирургическое, детское, гинекологическое и родильное) на 120 коек, проходила через приемный покой. Все больные принимались в одном месте, обстановка была трудная. Первичный осмотр и санобработка проводились в тяжелых условиях.

11 декабря 1956 г. больнице дан статус «Республиканская больница им. Н.А. Семашко», вступил в строй терапевтический корпус. Одним из первых приказов по новой республиканской больнице является приказ от 12.06.56 г. о принятии медсестрой приемного покоя Д.Ф. Федоровой с заработной платой 450 рублей в месяц с возложением на нее ответственности за имущество приемного покоя. Зачислена медсестрой в порядке перевода М.М. Шилкова от 12.06.56 г. с заработной платой 600 рублей в месяц, с 01.06.56 г. приняты санитары Е.Е. Гусева, И.Д. Гусева, Д.Е. Гусев; Н.Д.-С. Дмитриева — с 11.06.56 г., В.Ф. Найтова — с 12.06.56 г.

С 1957 по 1960 г. больницу возглавлял к.м.н. М.О. Петушинов, внесший значительный вклад в укрепление материально-технической базы больницы. Особое внимание уделял развитию вспомогательных служб, в том числе приемному покою. В этом году были сданы в эксплуатацию основные лечебные корпуса новой республиканской больницы. В конце 50-х и в начале 60-х годов с введением новых лечебных корпусов больницы в каждом из них открываются приемные покои.

С 1963 по 1994 г. трудилась медсестрой приемного отделения И.К. Сапунова, ветеран войны, ветеран труда; также трудились медсестры, ветераны труда Г.В. Ковальчук, А.Н. Кабушева, А.Е. Мариуцо, В.П. Санжиева, Л.Р. Батомункуева, Л.И. Цыбденова, С.Н. Шкедова, Т.И. Халбадарова, С.К. Доржиева. Ушли на заслуженный отдых, проработав по 33 – 34 года в приемном отделении, сестра-хозяйка Р.А. Кобыляцкая, кладовщица по приему вещей Л.И. Дюкова. Трудилась долго, даже после достижения пенсионного возраста, медсестра Ж.И. Банщикова. Работает более 30 лет медсестра Л.Д. Дагбаева, более 20 лет работает медсестра Э.Ц. Бадмаева, более 15 лет — Ц.Ц. Намдыкова, Г.Ц. Цыренова, М.Я. Зандынова, Д.Ц. Шалданов.

Первой заведующей приемным покоем была Жукова Надежда Ивановна, проработавшая 33 года в стенах республиканской больницы. Опытнейший врач высшей категории, заслуженный врач республики Надежда Ивановна совмещала работу врача-невролога с заведованием приемным отделением. Ее сменил в последующем на посту зав. отделением приемного покоя Дырдуев Балдан Раднаевич, врач-нефролог, заслуженный врач РБ. С 1988 по 1990 г. приемным отделением заведовала С.Н. Данзанова, в 1990 г. она перешла в кардиологическое отделение РКБ. Сейчас заведует приемным отделением с февраля 1990 года врач С.Б.-Ц. Дамбаева, с 1996 г. работали врачами-ординаторами Л.Ф. Хамаганова, З.М. Занабадарова, А.Б. Ускеева, И.В. Дашибальжирова, Д.С. Саргаева, Э.Б. Цыбжитова, Э.Б. Жалсанова, А.Н. Алексеева.

Начиная с 1924 г., приемный покой вырос в мощное подразделение больницы — приемно-диагностическое отделение со штатом работников из 62 человек, из них 5 врачей, 19 медсестер, 5 медрегистраторов, 33 санитарки. Работают постоянно хирург и нейрохирург, в последнее время хирургом работает Ж.Б. Мункуев, нейрохирурги работают по графику. Отделение располагает необходимой реанимационной аппаратурой, все приемные покои снабжены ЭКГ-аппаратами, приемный покой хирургии снабжен электроэнцефалоскопом, в приемном покое терапии имеется небулайзер. Проводится в отделении качественный иммунологический тест для специфического определения миокардиального тропонина Т в крови (тропонинный тест), определяется уровень сахара в крови, по показаниям проводится УЗИ обследование, ФГДС, КТ, рентгенография органов, работает экспресс-лаборатория. В дежурные дни и в нерабочее время задействована, согласно графику, большая группа специалистов: хирурги, нейрохирурги, травматологи, уролог, реаниматологи, анестезиологи, отоларинголог, ангиохирург, торакальный хирург, эндокринолог, стоматолог, терапевт, невролог, окулист.

Разрабатывается компьютерная программа введения экстренных больных, внедряется вид электронной истории болезни, готовится к сдаче новый приемный покой хирургического корпуса № 3.

Д.Б. Дашацыренова, А.К. Гаврилова, Л.М. Гармаева, Г.П. Носкова

АНАЛИЗ ЭТИОЛОГИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ ЗА 2005–2008 ГГ.

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

Одной из актуальных проблем хирургии всегда были и остаются желудочно-кишечные кровотечения (ЖКК). Целью нашего исследования явилось изучение причин и структуры желудочно-кишечных кровотечений у пациентов, прошедших через приемное отделение хирургии за период 2005 – 2008 гг.

В таблице 1 отмечается, что поток больных с желудочно-кишечными кровотечениями за 4 года по количеству приблизительно одинаков. Среди больных с ЖКК превалирует мужская половина населения (2005 – 61 %; 2006 – 61 %; 2007 – 63 %; 2008 – 65 %).