

Первым заведующим отделения был назначен С.Г. Сунграпов, который руководил им на протяжении 10 лет. С ним работал сплоченный коллектив, в составе которого в разное время трудились: врачи А.В. Очиров, П.В. Алексеев, М.К. Малаханов, О.В. Дугаров, Ж.В. Буджапов, О.Д. Очиров, Э.А. Балдаев, В.Г. Кудряшов, Х.Ц. Гармаева, В.А. Филиппов, А.Н. Онтоев, к.м.н. Э.Б. Хандажапов (ныне работает в Уганде), Н.С. Армаев (сейчас зав. отделением ОРИТ в городской больнице № 56 г. Москва), д.м.н. А.В. Ошоров (ныне научный сотрудник НИИ нейрохирургии им. Бурденко); В.А. Апханов (ныне зав. ОРИТ в родильном доме № 17 г. Москва); Ц.П. Чагдуров, В.В. Бархаев, С.М. Куриганов, Т.В. Казанцева, З.Ч. Батомункуев, Ж.А. Эшеев, Ж.П. Доржиев, А.А. Хангаев, В.В. Мантатов, А.Р. Будаев, А.А. Шодоев, Ю.В. Лапина, и многие другие. Все врачи оставили о себе добрую память и плодотворно продолжают трудовую деятельность в различных лечебных учреждениях.

Весомый вклад в процесс выздоровления больных вносят медицинские сестры - анестезисты. Первой старшей медсестрой была Н.И. Кириенко. Большой вклад в работу отделения внесли медицинские сестры анестезисты: Т.А. Полянская, С.В. Андриевская, Т.С. Фетисова, Т.Г. Хомякова, В.Ц. Будаев, Г.Н. Цыбикдоржиев, З.Ц. Самсонова, Б.В. Цыренова (ныне старшая м/с), Л.Д. Аюшина, С.Б. Бальдинова, С.Д. Гомбоева, Е.В. Сиродкина, Д.А. Бадмин, А.О. Осоронова и другие. В экспресс лаборатории ОРИТ бесценно трудятся В.Ф. Шишмарева, С.З. Андренова, Л.В. Яковлева.

Отделение реанимации и интенсивной терапии всегда являлось сосредоточением новых медицинских технологий нашей больницы и поэтому практически все сотрудники прошли обучение в крупнейших клиниках страны. В работу внедрено множество технологий, которые помогали выздоравливать пациентам, находящимся в критическом состоянии, в том числе: гемосорбция, ликворосорбция, гемодиализ и другие методы почечнозаместительной терапии, перфузия крови через ксеноселезенку, аутологичная донация крови, сложные методы респираторной поддержки, интегральной оценки тяжести состояния больных, различные методики мониторингирования состояния больных и другие. Используя данные, полученные в лечебном процессе на базе РКБ, в диссертационном совете Иркутского государственного медицинского университета защищена кандидатская диссертация на тему: «Экстракорпоральная антибиотикопрофилактика инфекционных осложнений холецистэктомии больных желчнокаменной болезнью пожилого и старческого возраста», по специальности 14.00.27 — хирургия и 14.00.37 — анестезиология и реаниматология. Врачами отделения на центральных базах (НИИ общей реаниматологии, НИИ нейрохирургии им. Бурденко, НИИ скорой помощи им. Джанелидзе) защищены 3 кандидатские и одна докторская диссертации по анестезиологии и реаниматологии. Выпущено множество научных статей.

На сегодняшний день в отделении успешно трудятся врачи: зав. отделением к.м.н. В.А. Филиппов, В.Ю. Фомичев, Г.Ц. Раднаева, Т.В. Будаева, П.Д. Бажеев, Ж.В. Будажапов, С.Г. Сунграпов, З.Ч. Батомункуев, М.В. Шойнхорова, к.м.н. Ж.П. Доржиев, С.М. Куриганов. Основными приоритетами развития отделения являются: респираторная поддержка сложными режимами, почечно-заместительная терапия, терапия больных с отеком головного мозга (прямое манометрирование), кровосберегающие технологии и аутодонорство.

Отделение на сегодня является организационно-методическим центром оказания помощи реанимационным больным в республике.

Большое внимание уделяется подготовке новых врачебных кадров. В 2008 году организовано обучение в клинической ординатуре БГУ первых 10 врачей анестезиологов-реаниматологов.

Наиболее важным в работе считается поддержание доброжелательного микроклимата в отделении, формирование командного духа и уважение к старшим коллегам. Во многом это определило хорошее отношение бывших коллег, которые в настоящее время работают в разных стационарах страны, за границей и даже вне медицины.

От всего сердца поздравляем с юбилеем больницы всех, кто внес свою лепту в работу отделения, желаем им крепкого здоровья, материального благополучия и всего самого наилучшего! Мы помним вас.

В.Е. Хитрихеев, Д.Д. Доржиев, В.П. Саганов

ЛЕЧЕНИЕ МНОЖЕСТВЕННЫХ ТОНКОКИШЕЧНЫХ СВИЩЕЙ В УСЛОВИЯХ ПЕРИТОНИТА

ГОУ ВПО «Бурятский государственный университет» (Улан-Удэ)

Перфорационные множественные тонкокишечные свищи, имеющие небольшие размеры нередко бывают следствием травмирования кишечной стенки при операциях по поводу спаечной кишечной непроходимости. При этом часто свищи, открывающиеся в свободную брюшную полость, возникают на месте повреждения перерастянутой кишки, десерозации стенки при разделении спаек. Аналогичные свищи возникают при прободении стрессовых язв, при перфорациях кишки инородными телами.

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.

Анализированы 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 клиничко-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