

В 1967 г. было сформировано единое отделение на 100 коек, возглавленное заслуженным врачом РСФСР К.Д. Шопхоевым, в годы Великой Отечественной войны служившим в звании подполковника медицинской службы в должности председателя армейского военно-врачебной комиссии первого Белорусского фронта, под началом которого служил будущий министр здравоохранения МЗ РСФСР В.В. Трофимов.

С середины 60-х годов терапевтическая служба республики получила дальнейшее развитие: отделение из маломощного превратилось в высококвалифицированное, имевшее ряд профильных коек, на базе которых были организованы специализированные службы. В 1964 г. был открыт эндокринологический диспансер, в 1969 г. выделены 15 коек для гематологических больных, расширенные в 1998 г. до 25. Также в 1969 г. создано кардиологическое отделение на 40 коек с 10 ревматологическими койками, в 1972 г. — гастроэнтерологическое отделение на 40 коек. Также в 1960 г. были выделены 10 коек для работников партийно-хозяйственного актива республики, в последующем преобразованные в госпиталь инвалидов войн.

Долгие годы в отделении проработали заслуженные врачи Бурятии и Российской Федерации Р.Р. Васильева, Е.И. Мочалкина, А.И. Авачев, Г.В. Шапошникова, К.К. Кукулина, Г.Е. Мункоева, Ю.В. Мункуев, К.Д. Дугарова, С.Л. Хингеева, М.Д. Соседенко, Е.И. Витомская, В.Г. Намсараева, Н.Д. Орлова, В.А. Иванов, Э.К. Хардаев, А.П. Тимакина, Б.Р. Дырдуев, Л.В. Бадмаева, Э.Ц. Цырендоржиева, Л.А. Сергеева.

В те же годы медицинскими сестрами работали А.М. Роголева, В.И. Ефимова, З.Ф. Климова, М.А. Рандина, М.Ф. Полянская, М.И. Сукнева, С.С. Рыжакова, Г.И. Елизова, Н.К. Крум, Г.В. Белова.

В 1976 г. отделение возглавил после успешной защиты кандидатской диссертации во 2-м МОЛГМИ Э.К. Хардаев, которому в последующем были присвоены за большой вклад в развитии службы высокие звания Заслуженного врача Российской Федерации, Народного врача Республики Бурятия.

Большой вклад в становлении и дальнейшем развитии нефрологической службы внесли врачи Н.Д. Орлова, Б.Р. Дырдуев и И.В. Дашибальжирова. Отделение являлось базой подготовки не только врачебных, но и управленческих кадров: З.Б. Бадмаева — впоследствии долгие годы проработала начмедом больницы; К.Д. Шапхоев — с 1949 по 1963 гг. был главным терапевтом МЗ; Л.Д. Мадыева — более 20 лет возглавляла министерство здравоохранения БМАССР; Г.Е. Мункоева — 20 лет проработала главным терапевтом республики. Л.В. Бадмаева, проработавшая несколько лет главным терапевтом МЗ РБ, в последующем стала директором улан-удэнского филиала МСК ООО «ВОСТСИБМЕДЖАССО». А.П. Тимакина и Л.А. Сергеева в течение ряда лет также проработали заместителями главного врача по лечебной работе. Э.Ц. Цырендоржиева в настоящее время заведует консультативно-диагностической поликлиникой больницы.

В целях дальнейшего совершенствования специализированной медицинской помощи в соответствии с приказом № 633 «Об организации медицинской помощи» МЗ РФ от 13.10.2005 г. в мае 2006 г. проведено разделение отделения на 2 специализированных: гематологическое на 25 коек и пульмонологическое на 30 коек с 10 нефрокойками.

В настоящее время пульмонологическим отделением заведует Н.С. Гыргешкинова, работают перспективные врачи Д.Б. Бальжиров, А.Б. Будашеева; гематологическим отделением заведует О.Е. Очирова, работают молодые, инициативные врачи Э.Б. Жалсанова и А.Н. Алексеева, перенимающие богатый опыт заслуженного врача РБ В.Г. Намсараевой.

На сегодняшний день в этих отделениях широко используются современные стандарты ведения больных, внедряются новые методы обследования с использованием всех возможностей диагностической базы больницы: иммунологическое тестирование, компьютерная и ядерно-магнито-резонансная томография, ангиография сосудов легких и почек, ультразвуковое исследование внутренних органов и т.д.

В целях успешного решения задач по модернизации здравоохранения в отделениях возобновлена выездная форма работы: проведение тематических семинаров с сельскими врачами, консультативные осмотры больных на местах, создание методической литературы.

После запуска корпуса № 17 в 2010 г. будет продолжена дальнейшая работа по развитию специализированных служб: запланировано открытие нефрологического отделения на 25 коек, что позволит повысить качество оказываемой помощи больным с заболеваниями почек и мочевыводящих путей.

Богатая на события и лица история отделения будет иметь достойное продолжение.

М.Б. Скворцов, М.А. Кожевников, З.Б. Бальжинимаяев

РУБЦОВЫЕ СТРИКТУРЫ У ДЕТЕЙ

ГОУ ВПО «Иркутский государственный медицинский университет» (Иркутск).

Основным методом лечения рубцовых стриктур пищевода (РСП) у детей является бужирование. Протяженные послеожоговые стриктуры, осложнившиеся во время бужирования кровотоком или перфорацией, пептические стриктуры пищевода и стриктуры, не поддающиеся консервативному лечению, требуют хирургического лечения.

Многие хирурги предпочитают толстокишечную пластику пищевода. Тонкокишечная пластика применяется редко из-за неблагоприятных особенностей строения ее сосудов. Пластика пищевода трансплантатом из желудка у больных с РСП выполняется редко, в то же время, по мнению многих авторов, желудок является наиболее физиологичным материалом для пластики пищевода.

Клиника госпитальной хирургии ИГМУ располагает опытом лечения более 1400 больных со стриктурами пищевода с 1975 по 2004 год. За этот период мы пролечили 238 больных, заболевших в детском возрасте. Послеожоговые стриктуры пищевода были у 227, пептические стриктуры пищевода — у 11. Диагноз РСП подтвержден рентгенологическими и эндоскопическими исследованиями. Нами у 75 из них выполнены реконструктивные операции на пищеводе и желудке. Желудок в качестве трансплантата использован у 36. Детей в возрасте от 2 до 16 лет было 28, больных в возрасте от 16 до 76 лет — 8. По поводу пептической стриктуры пищевода оперированы 8 больных. У 3-х больных с РСП ранее была перфорация после бужирования. Резекция пищевода из абдомино-цервикального доступа с пластикой целым желудком в заднем средостении и анастомозом на шее (РП из АЦД с ЭГП и ПЖА на шее) выполнена 33 больным, операция Гаврилуу — 2, операция Гэрлока — 1.

ТЕХНИКА ОПЕРАЦИИ

Под эндотрахеальным наркозом производим верхнесрединную лапаротомию, саггитальную диафрагмотомию по А.Г. Савиных, мобилизуем желудок с сохранением *A. Gastrica dextra* и *A. Gastroepiploica dextra*, питающих будущий трансплантат, мобилизуем пищевод в заднем средостении абдоминальным трансдиафрагмальным доступом. Левосторонним шейным доступом выделяем шейный отдел пищевода и после полной мобилизации пищевода в заднем средостении пересекаем пищевод на шее и низводим в абдоминальную рану. С целью профилактики гастростаза выполняем пальцевую пилородилатацию. Проводим желудок на шею в ложе удаленного пищевода. Верхушку желудочного трансплантата фиксируем на шее к предпозвоночной фасции. Анастомоз накладываем послойно в 2 ряда швов, затем формируем антирефлюксный клапан. При необходимости дренируем плевральную полость и полость средостения. Для декомпрессии и питания устанавливаем назогастральный зонд.

Кормление через назогастральный зонд начинаем на 2-е сутки. Зонд из желудка удаляем на 9 — 10 сутки после рентгенологического исследования с водорастворимым контрастом.

В раннем послеоперационном периоде осложнения возникли у 9 больных. Трахеомалация с экспираторным стенозом и дыхательной недостаточностью — у 2 (одному ребенку наложена трахеостома), частичная несостоятельность швов пищеводно-желудочного анастомоза на шее возникла у 2 больных. Внутривнутрибрюшное кровотечение возникло у одной больной, ей были выполнены 2 релапаротомии, но источник кровотечения не был обнаружен. Ранняя спаечная болезнь с острой кишечной непроходимостью — у 1 (выполнены 2 релапаротомии). Нагноение послеоперационной раны у 1 больного. Длительный пилороспазм у 1 больного.

Умерли двое больных по причинам, несвязанным с техникой операции. Один больной умер от асфиксии вследствие нераспознанного ранее стеноза трахеи, который проявился после экстубации. Одна больная умерла от двусторонней деструктивной пневмонии на фоне недиагностированного пневмоторакса и ателектаза легких.

В отдаленном периоде обследованы 25 человек. Стеноз анастомоза был у 11 больных. Реконструкция ПЖА на шее выполнена 1 больной, остальным проведено по 3 — 5 сеансов бужирования с последующим выздоровлением. Больному после операции Гаврилуу пластика не была закончена. Одной больной были выполнены операции для устранения длительного пилороспазма.

Отмечено значительное улучшение качества жизни у всех больных по сравнению с дооперационным периодом. Все больные самостоятельно принимают пищу, отмечена существенная прибавка в весе и росте за короткий период после операции.

Таким образом, непосредственные и отдаленные результаты пластики пищевода желудком у детей по нашим предварительным данным оставляют благоприятное впечатление и позволяют нам считать резекция пищевода из абдомино-цервикального доступа с одномоментной эзофагогастропластикой в заднем средостении и пищеводно-желудочным анастомозом на шее операцией выбора.

М.Б. Скворцов, Е.В. Нечаев, В.И. Боричевский, Т.Ф. Ангапов

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПИЩЕВОДНО-ТРАХЕАЛЬНЫХ СВИЩЕЙ

ГОУ ВПО «Иркутский государственный медицинский университет» (Иркутск)

Лечение пищеводно-трахеальных и пищеводно-органных свищей — одна из сложнейших проблем современной торакальной хирургии. Трудности хирургического лечения обусловлены рядом анатомии-