

больных. Послеоперационная летальность составила 0 %. В одном случае получено осложнение в виде панкреатогенного свища, в одном случае — рецидив псевдокисты поджелудочной железы и в одном случае — толстокишечный свищ, который закрылся самостоятельно (интраоперационно был обширный спаечный процесс брюшной полости).

Комплексный подход к выбору лечебной тактики при псевдокисте поджелудочной железы позволяет определить сроки и необходимость выполнения оперативного вмешательства, что приводит к улучшению результатов лечения этой группы больных.

**В.П. Саганов, Г.Д. Гунзынов, В.Е. Хитрихеев, Е.Н. Цыбиков, Г.Ф. Жигаев,
Ч.В. Содномов, Б.Г. Гармаев**

ТЕХНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ОПЕРАТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПРИ ДЕСТРУКТИВНОМ ПАНКРЕАТИТЕ

*ГОУ ВПО «Бурятский государственный университет» (Улан-Удэ)
Республиканская клиническая больница им. Н.А. Семашко (Улан-Удэ)
Бурятский филиал НЦРВХ СО РАМН (Улан-Удэ)*

Острый деструктивный панкреатит до настоящего времени является нерешенной проблемой неотложной хирургии. Несмотря на неоднократное обсуждение проблемы данного заболевания на различных хирургических форумах продолжают оставаться открытыми многие вопросы.

Цель исследования: обосновать особенности техники выполнения хирургических вмешательств при панкреонекрозе.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Материалом настоящей работы являются результаты обследования 99 больных острым панкреатитом различной этиологии, которые находились на лечении в хирургии Республиканской клинической больницы им. Н.А. Семашко с 2003 года по август 2009 года.

Исследуемые пациенты распределены на 7 групп больных с различными формами острого панкреатита согласно классификации Международного Симпозиума по острому панкреатиту Атланта (1992), Всероссийского съезда панкреатологов (Волгоград, 2000).

Так, 4 (4 %) больных оперировано по поводу острого панкреатита отечной формы, двум (2 %) больным с ограниченным стерильным панкреонекрозом единственным хирургическим пособием являлась лечебно-диагностическая лапароскопия. В группу ограниченного стерильного панкреонекроза вошел 31 (31 %) оперированный пациент. Группу распространенного стерильного панкреонекроза составило 13 (13 %) больных, а распространенного инфицированного панкреонекроза — 32 (32 %). 15 (16 %) пациентов оперированы по поводу стерильной и инфицированной псевдокисты поджелудочной железы, а двое (2 %) больных вошли в группу панкреатогенного абсцесса поджелудочной железы. Хирургические вмешательства предприняты у 97 (97,8 %) из них.

Показанием к хирургическому вмешательству служили:

- неэффективность комплексной консервативной терапии, о чем свидетельствовала сохраняющаяся или прогрессирующая полиорганная дисфункция независимо от факта инфицирования;
- распространенный характер поражения поджелудочной железы и забрюшинного пространства при стерильном панкреонекрозе.

В связи со значительным полиморфизмом анатомических изменений при панкреонекрозе, наряду со стандартными техническими приемами (94 больных), объем оперативных вмешательств был индивидуален (3 пациента).

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

При обширном деструктивном процессе и необходимости вмешательства на соседних с поджелудочной железой органах оперативным доступом у трех больных служил двухподреберный разрез. При полной деструкции дистальных отделов поджелудочной железы 5 больным удалили хвост органа, двум — хвост и тело, одному — выполнена тотальная панкреатэктомия. 6 больным выполнили спленэктомию: троим — в связи с аррозивным кровотечением из магистральных сосудов селезенки во время второй или третьей по счету этапной операции, троим — при обширной деструкции жировой клетчатки в области ее ворот. При тотальной панкреатэктомии и полной одномоментной секвестрэктомии, выполненной позднее 3 недель от начала заболевания оперативное вмешательство завершили дренированием сальниковой сумки и забрюшинного пространства с ушиванием брюшной стенки и проведением в послеоперационном периоде лаважа остаточной полости. При более ранней операции, вынужденно выполненной на фоне

незавершенного процесса секвестрации, считаем необходимым, учитывая крайнюю степень тяжести состояния пациентов, максимально сократить время и объем первичного вмешательства, ограничивая его лишь удалением гноя, свободно лежащих секвестров и устранением жизнеопасных осложнений (кровотечение, некроз и перфорация полого органа и т.д.) с последующим проведением повторных запланированных санаций. После завершения этапных некрсеквестрэктомий рану ушивали и переходили на лаваж забрюшинного пространства (34 больных). В послеоперационном периоде с распространенными формами панкреонекроза (45 больных) от различных причин умерло 15 пациентов (послеоперационная летальность 33,3 %), а общая летальность составила 15,2 %.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Объем хирургических вмешательств при деструктивном панкреатите зависит от объема и локализации деструктивного процесса в поджелудочной железе и забрюшинной клетчатке, наличия или отсутствия внутрибрюшных осложнений, сроков выполнения операции. Дополнительным фактором, влияющим на выбор оперативного пособия, является тяжесть состояния больного. Послеоперационная летальность остается высокой, но при этом следует учитывать, что хирургическому лечению мы подвергаем самую тяжелую категорию больных с обширным, чаще инфицированным некрозом поджелудочной железы и забрюшинной клетчатки, полиорганной дисфункцией и сепсисом.

Д.Ч. Санжиева, В.Н. Забанова

РАЗВИТИЕ ЛАБОРАТОРНОЙ СЛУЖБЫ РЕСПУБЛИКАНСКОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЫ ИМ. Н.А. СЕМАШКО

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

Клинико-диагностическая лаборатория Республиканской больницы была создана в августе 1956 года. Возглавляла ее Ю.Г. Корнакова, участник ВОВ, врач 1 категории. С 1963 по 1985 г. клинико-диагностической лабораторией руководила Вандышева Энгельсина Афанасьевна, Заслуженный врач БурАССР, Отличник здравоохранения, врач высшей категории. Более 25-ти лет ею отдано организации лабораторной службы больницы и республики в целом, под ее руководством подготовлена целая плеяда высококлассных специалистов клинической лабораторной диагностики. Большой вклад в развитие лабораторной службы внесли ветераны КДЛ, врачи Е.А. Алдарова, М.Т. Гомбоева, Н.Ц. Сультимова, Л.В. Иринчинова, В.Г. Намсараева, Л.А. Черкасова.

С 1993 по 2002 г. отделением руководила Забанова Варвара Николаевна, Отличник здравоохранения СССР, врач высшей категории, главный внештатный лаборант МЗ РБ. За все эти годы кадровый потенциал КДЛ возрос с 19,5 до 54 штатных единиц. Поэтапно организовывались клинический, биохимический, коагулогический, изосерологический, бактериологический отделы. В состав КДЛ до 2001 г. входила и лаборатория Республиканского роддома, где работали врачи Н.П. Устьянцева, В.И. Простакишина, Н.Г. Улахинова.

В 1980 г. для отделения реанимации и интенсивной терапии была создана экспресс-лаборатория, где с самого начала работают В.Ф. Шишмарева, Заслуженный врач РБ, Отличник здравоохранения РФ, лаборант С.З. Андренова. В 1959 году была создана лаборатория РЭЦ. У ее истоков стояла Скуратова Агриппина Прокопьевна, Заслуженный врач БурАССР, под ее руководством были внедрены общеклинические, биохимические, гормональные исследования на спектрофотометрах. Вместе с ней начинали работать лаборант Г.Н. Чебунина — Отличник здравоохранения СССР, Плюснина Алла Александровна — заведующая лабораторией РЭЦ с 1969 по 2009 г., Отличник здравоохранения РФ, врач высшей категории; врачи Р.П. Малакшинова, Н.К. Кошмарова, С.С. Цыдыпылова, лаборанты А.Р. Кондратюкова, М.Е. Лошкарева, А.А. Семенова, Т. Манжикова, З.Ц. Дашибылова, Л.С. Плетнева.

В настоящее время лабораторная служба состоит из 8 отделов: клинико-гематологический, биохимический, коагулогический, изосерологический, серологический, токсикологический, экспресс-лаборатория и лаборатория РЭЦ. Лабораторные исследования выполняются на высокотехнологичном оборудовании зарубежных фирм «Sapphire», «ВСТ», «Мек», «SAS-1Plus, SAS-2», «Stat fax», «Gem-premier», «Cobas», «Hemochron» и др. высококвалифицированными специалистами под руководством заведующей КДЛ, главного внештатного специалиста по клинической лабораторной диагностике МЗ РБ Д.Ч. Санжиевой.

В отделении проводятся 140 видов исследований:

- гематологические, в том числе: морфология и цитохимия костного мозга, осмотическая резистентность эритроцитов;
- общеклинические, в том числе: диагностика заболеваний, передающихся половым путем, спермограмма, риноцитограмма, диагностика демодекса, микозов, гельминтозов;