

**И.В. Шуликовская, С.А. Кыштымов, Э.В. Шинкевич, М.Г. Богданова, В.Г. Куторкин,
А.Г. Макеев**

ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ТРОМБОФЛЕБИТА БОЛЬШОЙ ПОДКОЖНОЙ ВЕНЫ

ГУ НЦРВХ ВСНЦ СО РАМН (г. Иркутск)

ГОУ ВПО ИГМУ (г. Иркутск)

ГУЗ «Иркутская государственная областная клиническая больница» (г. Иркутск)

Острый тромбоз глубоких вен — самое частое осложнение варикозной болезни. А восходящий тромбоз глубоких вен (ТГВ) является потенциально опасным для развития ТЭЛА. Традиционно пациенты с острым тромбозом лечатся в общехирургических отделениях, где терапия ограничивается чаще всего назначением антикоагулянтов. В свою очередь, такая тактика не всегда является правильной.

Мы проанализировали результаты лечения 32 пациентов, находившихся на лечении в отделении сосудистой хирургии ГУЗ Иркутская областная клиническая больница с 2002 по 2007 гг. Для определения проходимости и диагностики недостаточности клапанов подкожных и магистральных вен нижних конечностей использовали метод цветного дуплексного сканирования венозного кровотока.

Таким образом, у 21 пациента диагностирован тромбоз ГВВ на голени с верхушкой тромба на уровне нижней трети бедра, у 8 больных выявлен тромбоз на уровне средней трети бедра, у 3 человек — на уровне верхней трети бедра (3–4 см от сафено-фemorального соустья).

Всем пациентам с тромбозом ГВВ до нижней трети бедра было назначено консервативное лечение. В обязательном порядке использовали антикоагулянты, флеботоники, НПВС и компрессионную терапию. На 7–9 сутки выполняли ультразвуковой контроль. У всех больных наблюдалась положительная динамика, роста тромба не было. Отмечено быстрое стихание воспалительного процесса. Данной группе пациентов была выполнена флебэктомия через 3 мес. после перенесенного тромбоза и купирования явлений воспаления. Осложнений не было. Пациентам, с границей тромбоза на уровне средней и верхней трети бедра в срочном порядке была проведена кроссэктомия и удаление ствола ГВВ до уровня средней трети бедра. Также назначалась противовоспалительная, антикоагулянтная терапия, компрессионное лечение. Через 3 мес. этой группе больных выполнена флебэктомия в полном объеме. Осложнений не наблюдали.

Дифференцированный подход к лечению больных с острым тромбозом глубоких вен и вовремя выполненное оперативное вмешательство позволяет в короткий срок купировать явления воспаления и избежать такого грозного осложнения, как ТЭЛА.

**В.М. Шумейко, Б.А. Сотниченко, В.И. Макаров, О.Н. Дмитриев, О.И. Щепетильникова,
Р.А. Гончарук**

ЛЕЧЕНИЕ ТРАВМАТИЧЕСКИХ ПОВРЕЖДЕНИЙ ПЕЧЕНИ

ГОУ ВПО «Владивостокский государственный медицинский университет Росздрава» (г. Владивосток)

В клинике факультетской хирургии ВГМУ за последние 33 года оперировано 636 человек в возрасте от 5 до 78 лет с повреждениями печени. Закрытые повреждения печени диагностированы в 55,7 % случаев (46,3 % мужчин и 9,4 % женщин), а ранения печени — в 44,3 % случаев (36,2 % мужчин и 8,2 % женщин). Изолированное повреждение органа определялось у 60,1 % пациентов, сочетанные — у 39,9 %. Транспортная травма явилась причиной повреждения печени в 44,5 % случаев, бытовая травма — в 32,7%, падение с высоты — в 14,9 %, и в 7,9 % случаев отмечена травма на производстве. В числе открытых повреждений печени ножевые ранения отмечены у 82,6 % травмированных, огнестрельные ранения органа — лишь у 17,4 % пострадавших. Торакоабдоминальные ранения наблюдались в 12,9 % случаев. 69,3 % поступивших находились в состоянии алкогольного опьянения.

При закрытой травме печени доминировали множественные повреждения органа, они отмечены у 54,9 % всех пострадавших. Чаще всего при сочетанной травме повреждались селезенка, тонкая кишка и ее брыжейка, почки, поджелудочная железа, желудок, мочевого пузыря и нижняя полая вена, реже — двенадцатиперстная кишка, ободочная кишка и другие органы. Необходимо отметить, что при закрытой травме печени у 40,6 % травмированных выявлены переломы ребер.

При оценке характера повреждения и глубины повреждения, согласно классификации В.С. Шапкина, подкапсульные и внутриорганные гематомы наблюдали в 13,8 %, повреждения I ст. отмечены у 37,1 % пациентов, II ст. — у 25,5 %, III ст. — у 17,2 %, IV ст. — у 5,7 %. Клиническая картина характеризовалась

симптомами внутреннего кровотечения и острого живота. Наиболее общими и часто встречающимися признаками были травматический и геморрагический шок, болевой синдром, признаки перитонита. Основными диагностическими процедурами, позволяющими выявить повреждения печени, явились лапароскопия, лапаросцентез, УЗИ, рентгенография, селективная ангиография, холангиография и КТ.

Применение лапароскопии в сочетании с селективной ангиографией и УЗИ-исследованием позволило у 84 больных с закрытой травмой живота диагностировать подкапсульные и внутриорганные гематомы, а также поверхностные разрывы печени без признаков продолжающегося кровотечения. Всем этим пациентам было проведено успешное консервативное лечение под динамическим эндоскопическим наблюдением. Лишь 1 больному из этой группы проведено пункционное дренирование инфицированной гематомы.

У 381 больного после тщательного гемостаза проводили ушивание раны печени простыми узловыми или блоковидными швами. При повреждении сосудистых секреторных ножек, нарушении кровоснабжения или размозжении части органа выполняли типичные резекции (19) или атипичные «резекции обработки» печени (73). Дренирование глубоких ран печени проведено у 29 больных, все они выздоровели без осложнений. Предне-верхняя гепатопексия по Хиари-Алферову или задне-нижняя по Шапкину применялись по показаниям у 26 пострадавших. Билиарную декомпрессию при тяжелых повреждениях печени и внепеченочных желчных путей выполнили в 42 случаях, используя холецисто- или холедохостомию.

Летальность при травме печени прежде всего была связана с массивностью множественных тяжелых сочетанных повреждений. Так, из 254 пострадавших, имевших сочетанные повреждения, умерли 65 (25,6 %), а из 382 больных с изолированными повреждениями — 37 (9,6 %). Осложнения в послеоперационном периоде наблюдалось у 28,3 % пострадавших.

Таким образом, повреждения печени сопровождаются высокой летальностью и часто дают тяжелые осложнения. Правильное решение тактических задач, совершенствование методов временного и окончательного гемостаза, выбор метода оперативного вмешательства с учетом характера повреждения органа и его внутриорганных структур способствуют улучшению результатов лечения повреждений печени.

А.Ю. Щур, Р.А. Белоус, Д.Ф. Болгов, О.Б. Вдовин, Е.А. Степаненко, Д.А. Яцышин, С.С.Вавилов, Б. М. Стасюк, Н. Е. Смирнова

ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ВОРОНКООБРАЗНОЙ ДЕФОРМАЦИИ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ У ДЕТЕЙ

Амурская областная детская клиническая больница (г. Благовещенск)

Воронкообразная деформация грудной клетки (ВДГК) — это порок развития, проявляющийся в различных по глубине и форме искривлениях грудины и ребер, приводящих к уменьшению объема грудной полости, смещению органов грудной клетки, искривлению позвоночника. Помимо косметического дефекта, ВДГК может приводить к функциональным нарушениям со стороны сердечно — сосудистой и дыхательной систем. Единственным способом устранить ВДГК является хирургическая пластика. В настоящее время известно около 50 способов коррекции ВДГК.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В хирургическом отделении Амурской областной детской клинической больницы за 10 лет пролечено 78 детей с ВДГК, в возрасте от 4 до 17 лет. Мальчиков было 52, девочек 26. В коррекции воронкообразной деформации грудины — реберного комплекса, мы использовали методики операций Равича-Гросса, D. Nuss. Клиническое исследование включало в себя: жалобы, чаще на косметический недостаток; определение вида, типа и размеров деформации, а также данные антропометрии: объем воронкообразного западения; соотношение передней и задней полуокружностей грудной клетки. По рентгенограммам грудной клетки определяли индекс Гижикой (ИГ), по которому оценивали степень ВДГК.

Выбор методики оперативного пособия зависел от размеров, симметричности и степени деформации. При II — III степени симметричной ВДГК мы использовали торакопластику по D. Nuss, которых выполнили 15. Операцию выполняли по классической методике, проводя коррекционную пластину в созданном субстернальном пространстве, через разрезы в межреберьях по краю деформации и субкисфoidalном доступе, длиной до 2,0 см. При симметричной, асимметричной ВДГК IV степени с выраженной деформацией ребер и грудины, мы дополняли операцию Т-образным продольным рассечением грудины до верхнего уровня ее деформации. Торакопластику по Равичу-Гроссу выполняли при ассиметричных, плосковогнутых воронкообразных деформациях. Через широкий дугообразный дос-