

**И.В. Шуликовская, С.А. Кыштымков, 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 ТГВ 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 ТГВ 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 ТГВ 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