

ПРОТОКОЛ ЗАСЕДАНИЯ
от 23 декабря 2008 года

Председатель – профессор Ю.Д. Волынский

МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ И ПРОФИЛАКТИКИ
ВЕНОЗНОГО ТРОМБОЗА
И ТРОМБОЭМБОЛИИ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ

ДОКЛАД

Е.П. Кохан, И.К. Заварина, К.Ю. Токарев, А.В. Образцов,
В.А. Иванов, Ю.А. Бобков, С.А. Терехин

3-й ЦВКГ им. А.А. Вишневского, Красногорск

Целью этой работы стало улучшение результатов диагностики, лечения и профилактики тромбозов легочной артерии (ТЭЛА) у больных с острым тромбозом глубоких вен (ТГВ) нижних конечностей, изучение особенностей и частоты фатальной ТЭЛА у пациентов с различной патологией, определение влияния кава-фильтра (КФ) на частоту летальных исходов от ТЭЛА.

По данным публикаций последних лет вновь разгорелась дискуссия о целесообразности применения КФ с целью профилактики ТЭЛА. Мнения ученых разнополярны. Общеизвестно, что эта патология – третья по частоте причина внезапных летальных исходов (Баешко А.А., 2001; Покровский А.В., 2005). И в настоящее время проблема все так же далека от решения. Экономические затраты на диагностику и лечение венозных тромбозов и тромбозов легочной артерии значительны и имеют стойкую тенденцию к увеличению. В.С. Савельев (2003) характеризует актуальность вопроса так: «Наряду с онкологическими заболеваниями, СПИДом и атеросклерозом одна из важнейших проблем в современной клинической медицине – послеоперационные венозные тромбозы и тромбозы легочной артерии (ВТЭО)».

По данным различных исследований (Савельев В.С., 2001, АИДА, 2005) максимально часто ВТЭО встречается при протезировании тазобедренного сустава.

Частота летальности от ТЭЛА в популяции

в Европе по различным сообщениям – до 200 тысяч в год, в США – до 300 тысяч в год.

В 3-м ЦВКГ им. А.А. Вишневского с 1994 по 2007 год выявлено, что внутригоспитальная летальность от ТЭЛА колеблется от 4 до 20% в год.

По литературным и нашим данным источники ТЭЛА – в основном бассейн нижней полой вены (НПВ), что обусловлено анатомическими особенностями кровообращения нижних конечностей. Формирование тромбоза в системе легочной артерии, правых камерах сердца связано с грубыми нарушениями общего кровообращения, патологией сердца, что встречается достаточно редко (табл. 1).

При подозрении на венозные тромбозы и тромбозы легочной артерии ультразвуковое ангиосканирование (УЗАС) – основной метод первичного этапа диагностики, контроля за эффективностью лечения, метод, предшествующий определению алгоритма дальнейшего обследования и лечения. В большинстве случаев информация, полученная при УЗАС, позволяет определиться с тактикой хирургического лечения.

Рентгенконтрастные эндоваскулярные методы исследования ставят точку в диагностическом алгоритме. Ретроградная илиокаваграфия обязательно предшествует имплантации КФ.

В связи с высокой разрешающей способностью ультразвуковых исследований восходя-

Таблица 1.

Источник ТЭЛА	%
Система НПВ	85
Система ВПВ	3
Правые отделы сердца	1
Не установлен	11

Примечание: НПВ – нижняя полая вена; ВПВ – верхняя полая вена.

щая флебография в настоящее время применяется редко.

Первые имплантации фильтров осуществлялись в 1984 году при непосредственном участии профессоров Е.П. Кохана и В.И. Прокубовского.

В России в 80 центрах только в 2006 году имплантировано 1699 КФ, в 3-м ЦВКГ им. А.А. Вишневого – 33 КФ.

С 1991 по 2007 год имплантировано 322 КФ. У 105 больных их применяли при флеботромбозе без проявлений ТЭЛА. При ТГВ, осложненном ТЭЛА, – 217 КФ. В настоящее время тактика в отношении имплантации КФ пациентам с неосложненным ТГВ пересмотрена. За эти годы рецидив ТЭЛА у больных с имплантированным КФ, ставший причиной летального исхода, констатировали в 5 случаях. По данным аортографии источником были правые отделы сердца, ствол легочной артерии.

В 1994–2007 гг. летальность от ТЭЛА уменьшалась на фоне постоянного роста числа лечившихся больных и количества имплантируемых в год КФ.

При этом на диаграмме прослеживается второй этап, в котором отмечено снижение количества имплантаций КФ. Это годы более активного применения прямых антикоагулянтов, появления низкомолекулярных гепаринов, пропаганды эластической компрессии (ЭК). В это же время была пересмотрена тактика в отношении флеботромбоза, не осложненного ТЭЛА.

На основании литературных данных (Rutherford, 2005), а также результатов Европейского общества сердечно-сосудистых хирургов и интервенционных радиологов (2007) и нашего опыта были определены такие показания к имплантации КФ (3-й ЦВКГ им. А.А. Вишневого, 2008):

- при невозможности проведения адекватной антикоагулянтной терапии;
- рецидивирующая массивная ТЭЛА на фоне верифицированного тромбоза глубоких вен при невозможности применения других методов хирургической профилактики;
- флотирующий протяженный тромб в илиокавальном сегменте;
- эпизод ТЭЛА у пациентов с онкологическими или системными заболеваниями, истинными тромбофилиями, стойкими спинальными расстройствами.

Была изучена судьба 81 больного в отдаленном (от года до 20 лет) периоде после имплантации КФ. Основное осложнение – тромбоз НПВ на уровне КФ с формированием симптома НПВ, который может развиваться в результате и эмболии в фильтр, и тромбоза КФ как инородного тела в просвете сосуда. Постепенное развитие симптома НПВ отмечено у 18 больных, а тромбоз КФ манифестировал внезапно у 7 пациентов. В течение первого года последний наблюдали у 16 пациентов.

Больным с сохраненным просветом НПВ на уровне КФ непрямые антикоагулянты (НАК) назначали в 85,7% случаев, ЭК использовали в 73,2%. При тромбозе НПВ на уровне КФ НАК принимали 16% больных, ЭК использовали менее 5% пациентов. Зависимости частоты тромбоза КФ от конструкции не выявлено.

Дальнейшую разработку методики лигирования магистральных вен нижних конечностей мы считаем перспективной в случаях развития флеботромбоза с флотацией верхушки тромба. Это основано на лечении 21 пациента с флотирующим тромбом в общей бедренной вене. Флотирующую верхушку удаляли через венотомическое отверстие над устьем глубокой бедренной вены.

Обязательное условие – она должна быть свободна от тромбов, а источник тромбоза – по-

верхностная бедренная вена лигируется. По показаниям возможно сочетание прямой тромбэктомии из вен с имплантацией удаляемого КФ. В отдаленном периоде рецидивирующий тромбоз наблюдали у одного оперированного больного.

При диагностической кавографии у 7 пациентов выявлен флотирующий тромб НПВ. Совместными усилиями с рентгенохирургами была выполнена катетерная тромбэктомия. Все операции завершали имплантацией КФ.

Выводы

- Имплантация КФ позволяет значительно снизить внутригоспитальную летальность от ТЭЛА.
- Имплантация КФ должна проводиться по строгим показаниям.
- Конструкция КВ должна предусматривать возможность его удаления.
- Использование ЭК и НАК предупреждает развитие тромбоза НПВ в отдаленном периоде у больных с КФ.

Обсуждение

Вопрос: Ваш опыт тромбэкстракции из НПВ? Использовали ли вы «Ангиоджет»?

Ответ: Эту операцию делают две бригады: сосудистые хирурги формируют доступ к внутренней яремной вене, а рентгенхирурги осуществляют катетерную тромбэктомию из НПВ. Нами проведено 7 вмешательств. Опыта применения «Ангиоджета» у нас нет из-за отсутствия необходимой аппаратуры.

Вопрос: Были ли у вас случаи смещения или миграции КФ? Расскажите о методах диагностики и лечения синдрома НПВ.

Ответ: Дислокации КФ за указанный период мы не наблюдали. Отмечен единичный случай миграции стент-фильтра из общей подвздошной вены в легочную артерию, который был извлечен катетерным способом без осложнений.

Методы диагностики синдрома НПВ те же, что и при прочей патологии вен нижних конечностей. Лечение включает тромболитическую, антикоагулянтную, венотоническую, нестероидную противовоспалительную терапию, ЭК, различные варианты хирургической коррекции хронической венозной недостаточности.

Вопрос: Как часто встречался синдром НПВ без характерной клинической картины?

Ответ: Подобный вариант течения этой пато-

логии без симптоматики в виде «головы медузы», выраженной венозной недостаточности мы наблюдали у одного молодого пациента.

Вопрос: Причины изменения показаний к имплантации КФ?

Ответ: Мы считаем возможным отказаться от имплантации КФ в случае хорошего эффекта от антикоагулянтной терапии и при окклюзионном тромбозе глубоких вен нижних конечностей, особенно при флеботромбозе, не осложненном ТЭЛА. Кроме того, появление в арсенале нашей клиники низкомолекулярных гепаринов показало их высокую эффективность при лечении флеботромбозов любой этиологии, возможность их длительного многомесячного применения с целью профилактики венозных тромбоэмболических осложнений.

Вопрос: Трудоспособность больных после имплантации КФ? Отмечали ли вы легочные кровотечения на фоне применения НАК? Есть ли у вас опыт открытой тромбэктомии из легочной артерии? Наблюдали ли вы почечную недостаточность в результате развития синдрома НПВ? Ваши предпочтения устанавливаемых КФ?

Ответ: Трудоспособность пациента после имплантации КФ зависит как от выраженности посттромботических изменений нижних конечностей, так и от тяжести сопутствующих заболеваний. Почти половина наблюдаемых больных уже до имплантации КФ были с ограниченными возможностями из-за тяжести сопутствующей патологии. Легочных кровотечений, обусловленных антикоагулянтной терапией, как и развития острой почечной недостаточности в результате тромбоза КФ, мы не отмечали. Исходя из условия вероятности его удаления при устранении эмбологенности флеботромбоза в результате лечения наиболее предпочтительным считаем КФ «Opt-Ease».

Заключительное слово председателя. Мы прослушали доклад на тему, которая уже много лет не оставляет равнодушными врачей, занимающихся лечением и профилактикой грозного осложнения – ТЭЛА. Эффективность широко применяемых методов профилактики доказана, но вместе с тем осложнения отдаленного периода заставляют пересматривать показания к имплантации КФ, искать другие, более безопасные пути. Считаю необходимым вернуться к обсуждению данной темы 26 мая 2009 года на «круглом столе».