

НЕСТАНДАРТНЫЙ СЛУЧАЙ В ЛЕЧЕНИИ ФЛОТИРУЮЩЕГО ТРОМБОЗА НИЖНЕЙ ПОЛОЙ ВЕНЫ

В.Б. Лоенко – к.м.н., хирург отд. РХМДиЛ

А.В. Губенко – зав.отд. сосуд. хирургии

Г.И. Ситников – зав.отд. РХМДиЛ

Д.В. Смяловский – хирург отд. РХМДиЛ

*Омская областная клиническая больница
Россия
Омск*

Тромбоз глубоких вен – острое заболевание, характеризующееся образованием тромба в просвете вены с более или менее выраженным воспалительным процессом и нарушением тока крови.

Для возникновения тромбоза в вене необходимы условия, получившие названия триады Вирхова (замедление тока крови, изменение ее состава и повреждение сосудистой стенки). При этом роль каждого из этих факторов в патогенезе различных форм тромбоза может быть разной.

В послеоперационном периоде тромбоз глубоких вен встречается в среднем в 27–30% наблюдений, а в 2–10 % случаев приводит к тромбоэмболии легочной артерии (ТЭЛА). В связи с чем, эти нозологии ассоциируют между собой и объединяют в понятие венозного тромбоза (тромбоэмболические осложнения – ТЭО). Число больных с ТЭО основного заболевания растет с каждым годом. В США ежегодно регистрируется около 50 тыс. случаев, в Германии – 10 тыс. летальных исходов ТЭЛА, а 45–95% больных, перенесших распространенный тромбоз глубоких вен нижних конечностей, страдают выраженными формами хронической венозной недостаточности, что ограничивает их социальную активность [1].

В этиологии венозных тромбозов важное значение придается травме, в том числе операци-

онной; воспалению или изменению эндотелия в ответ на инфекционный раздражитель; повышению активности свертывающей системы крови, а также снижению функции противосвертывающей системы крови; нарушению нервной регуляции сосудистого тонуса и лимфатического оттока.

Риском развития фатальной ТЭЛА являются высокие тромбозы, когда флотирующая часть тромба распространяется в интра- и/или супраренальный отделы нижней полой вены (НПВ), что требует от врача активной хирургической тактики. Эндоваскулярная катетерная тромбэктомия с использованием тромбэктомических устройств и тромбозэкстракторов различных конструкций (тромболайзеров, гидролайзеров, аспирационных устройств) является перспективным, эффективным методом лечения этой категории больных [2]. В связи с этим, профилактика, диагностика и лечение уже возникшего венозного тромбоза на этапе, предшествующем его переходу к эмболическим осложнениям, представляет собой актуальную проблему современной медицинской науки.

Клиническое наблюдение

Пациентка Ю., 33, лет поступила в приемный покой Омской областной клинической больницы 25.07.2011 г. с жалобами на резко возникший отек левой нижней конечности. Из анам-

неза известно, что пациентка страдает варикозной болезнью нижних конечностей более 10 лет. В июне 2011 г. больная заметила уплотнение и покраснение по ходу расширенных вен на голени слева.

04.07.2011 г. выполнена левосторонняя венэктомия. 14.07.2011 г. больная отметила появление отечности левой нижней конечности.

При осмотре на правой нижней конечности имеются варикозно расширенные, извитые подкожные вены. На левой нижней конечности послеоперационные рубцы. Отечность левой голени +3 см, левого бедра +4 см. Мышцы плотные, болезненные при пальпации. Пульсация артерий сохранена на обеих нижних конечностях на всем протяжении. При дуплексном сканировании вен нижних конечностей визуализировали флотирующий тромб в левой подвздошной вене. На основании полученных данных был установлен диагноз: Острый илиофemorальный флеботромбоз слева.

Для оценки риска ТЭЛА при флотирующем тромбозе левой подвздошной вены и решения вопроса о необходимости установки венозного кава-фильтра были выполнены каваграфия и ангиопульмонография (АПГ). При проведении АПГ признаков тромбоэмболии легочной артерии не выявлено (рис. 1). При проведении каваграфии диагностирован протяженный флотирующий тромб в левой подвздошной вене с переходом на НПВ. Верхушка тромба определялась на уровне печеночных вен (рис. 2).



Рис. 1. Ангиопульмонография.

Из-за высокого риска фрагментации тромба с последующим развитием ТЭЛА первичная установка кава-фильтра без тромбэкстракции (тромбэктомии) противопоказана. Были обсуждены следующие предложения:

- тромбэктомия из правого предсердия на фоне искусственного кровообращения с последующей установкой кава-фильтра в НПВ;
- пликация НПВ с предварительной тромбэктомией флотирующего тромба;
- эндоваскулярная тромбэкстракция (тромбэктомия) флотирующего тромба НПВ с последующей установкой кава-фильтра, но ввиду отсутствия специализированных инструментов для эндоваскулярной тромбэкстракции данная методика не могла быть выполнена;
- эндоваскулярная тромбэктомия флотирующего тромба НПВ непрофильным инструментом с последующими тромболизом и установкой кава-фильтра.

Для тромбэктомии флотирующего тромба из НПВ нами был использован тонколатексный баллонный катетер низкого давления (до 3 атм.) CODA (Cook) с длиной рабочей части 36 мм, предназначенный для усадки стент-графта при эндопротезировании брюшного или грудного отдела аорты. Через правую общую бедренную вену в НПВ (выше уровня «головки» флотирующего тромба) был установлен баллонный катетер CODA (Cook) диаметром 4 см и раздут при давлении до 2 атм.



Рис. 2. Флотирующий тромб в НПВ.



Рис. 3. Этап установки кава-фильтра в НПВ.



Рис. 4. Каваграфия при раздутом баллоне.



Рис. 5. Контрольная ангиография без признаков флотирующего тромбоза НПВ.

Одновременно из надключичного доступа в НПВ, выше раздутого баллона, был заведен кава-фильтр «Зонтик». Выполнена тромбэктомия до уровня правой подвздошной вены и одновременно с этим произведено низведение кава-фильтра ниже уровня левой почечной вены и его полное раскрытие. На рисунках 3 и 4 представлены этапы установки кава-фильтра с последующим ангиографическим контролем НПВ. На ангиограммах признаков флотирующего тромбоза НПВ выше установленного кава-фильтра не выявлено. Тромболизис (альтеплаза 100 мг – 10 мг болюсно и

90 мг системно) выполнен перед удалением тонколатексного баллонного катетера.

После удаления баллонного катетера, при контрольных каваграфии (рис.5) и АПГ признаков флотирующего тромбоза нижней полой вены и ТЭЛА не выявлено.

В послеоперационном периоде пациентке проведена антикоагулянтная терапия и через 12 дней она была выписана в удовлетворительном состоянии.

Таким образом, для принятия решения в экстренных ситуациях необходимо обсуждать, в том числе, и нестандартные подходы в обследовании и лечении пациентов с различными вариантами острых состояний и осложнений в сердечно-сосудистой хирургии.

Несмотря на то что описанный выше способ лечения флотирующего венозного тромбоза в настоящее время не может быть рекомендован для повсеместной медицинской практики, выполнение эндоваскулярной тромбэктомии флотирующего тромба из НПВ возможно в некоторых нестандартных ситуациях, в том числе и непрофильным инструментом с последующими тромболизисом и установкой кава-фильтра и в условиях специализированных центров, имеющих большой опыт в области эндоваскулярной хирургии. Описанный выше способ лечения флотирующего тромбоза НПВ может послужить поводом для медицинских производителей расширить профильность применения уже выпускаемого инструментария. ■

Список литературы

1. Руководство по клинической ангиологии в 2-х томах. (Под редакцией А.В. Покровский). М.: Медицина. 2004; 757.
2. Савельев В.С., Гологорский В.А., Кириенко А.И. Флебология. Руководство для врачей. М.: «Медицина», 2001; 351-375.
3. Кириенко А.И., Матюшенко А.А., Андрияшкин В.В. Тромбоэмболия легочных артерий: диагностика, лечение и профилактика. *Consilium Medicum* 2001; 3 (6): 289-292.
4. Кириенко А.И., Кошкина В.М., Богачева В.Ю. Амбулаторная ангиология. М.: Литтерра, 2007; 237.
5. Horlander K.T., Mannino D.M., Leeper K.V. Pulmonary embolism mortality in the United States, 1979-1998: an analysis using multiple-cause mortality data». *Arch. Intern. Med.* 2003; 163 (14): 1711–7.
6. Silverstein M.D., Heit J.A., Mohr D.N. Trends in the incidence of deep vein thrombosis and pulmonary embolism: a 25-year population-based study. *Arch. Intern. Med.* 1998; 158 (6): 585–93.
7. Torbicki A., Perrier A., Konstantinides S., et al. Guidelines on the diagnosis and management of acute pulmonary embolism: the Task Force for the Diagnosis and Management of Acute Pulmonary Embolism of the European Society of Cardiology (ESC). *Eur. Heart J.* 2008; 29 (18): 2276–315.
8. Wells P.S., Anderson D.R., Rodger M., Stiell I., Dreyer J.F., Barnes D., Forgie M., Kovacs G., Ward J., Kovacs M.J. Excluding pulmonary embolism at the bedside without diagnostic imaging: management of patients with suspected pulmonary embolism presenting to the emergency department by using a simple clinical model and d-dimer. *Ann Intern Med.* 2001; 135 (2): 98–107.
9. Le Gal G, Righini M., Roy P.M., et al. (February 2006). «Prediction of pulmonary embolism in the emergency department: the revised Geneva score». *Annals of Internal Medicine.* 144 (3): 165–71.

Адрес для корреспонденции:

Лоенко Виталий Борисович
 Г. Омск, ул. Березовая-3
 E-mail: loenkovb@mail.ru