



НУРМЕЕВ И.Н., РАШИТОВ Л.Ф., ГИЛЬМУТДИНОВ М.Р.

УДК 616.151.5

Казанский государственный медицинский университет, г. Казань

Проблемы обеспечения постоянного сосудистого доступа у больных с комбинированной патологией системы свертывания врожденного характера и тромбогеморрагическим синдромом

Пациенты с врожденной комбинированной патологией системы свертывания с тромбогеморрагическим синдромом нуждаются в постоянном сосудистом доступе для обеспечения поддерживающей терапии, что нередко оказывается нелегкой задачей в силу особенностей заболевания.

Традиционным способом обеспечения такого сосудистого доступа является установка имплантируемого катетера в системе верхней полой вены (через подключичный или яремный доступ). Однако длительная эксплуатация подобных устройств у больных тромбогеморрагическим синдромом приводит к тромботической окклюзии вен системы верхней полой вены. Следующим уровнем доступа является бедренный.

Нами осуществлен поиск путей и обеспечение постоянного сосудистого доступа у больного с врожденным комбинированным дефицитом витамин-К-зависимых факторов свертывания (II, VII, IX, X, S-С белков) и тяжелым течением тромбогеморрагического синдрома, что обуславливало потребность в ежедневных инфузиях препаратов факторов свертывания и гепарина. Из анамнеза: для обеспечения постоянного венозного доступа многократно выполнялись катетеризации яремных и подключичных вен с обеих сторон. По данным УЗИ выявлен посттромботический синдром

с окклюзией яремных и подключичных вен с обеих сторон. Согласно полученным данным традиционный доступ в систему верхней полой вены невозможен, но была подтверждена сохранность подвздошных вен с обеих сторон.

Классическая установка имплантируемого катетера с выводом наружных концов на бедре была исключена в связи с высокой активностью пациента (занятия бегом).

Пациенту была проведена операция: модифицированная имплантация катетера BROVIAC Lifecath expert 5 fr 75 cm. Устройство установили в просвет левой бедренной вены, с формированием подкожного тоннеля вверх и выводом внешних концов на кожу левой подвздошной области. Интраоперационный рентгенологический контроль положения катетера показал расположение внутреннего конца катетера в просвете нижней полой вены. Катетер зафиксирован и подшит к коже по общепринятым правилам. Известны отдаленные результаты: год эксплуатации без замены катетера.

Таким образом, приведенное наблюдение демонстрирует имеющиеся технические сложности и возможности реализации постоянного сосудистого доступа у больных с врожденной комбинированной патологией системы свертывания с тромбогеморрагическим синдромом.