

УСПЕШНОЕ ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ТРОМБОЗА СИСТЕМЫ НИЖНЕЙ ПОЛОЙ ВЕНЫ И ПРАВЫХ КАМЕР СЕРДЦА

В.А. Порханов, К.О. Барбухатти, А.А. Завражный, Г.Н. Антипов, А.В. Маркасьян*, О.В. Стригина,
Н.Б. Карахалис

Краевая клиническая больница № 1 им. С.В. Очаповского – Центр грудной хирургии, 350000, Краснодар, ул. Российская, 140
* Кубанский государственный медицинский университет, 350063, Краснодар, ул. Седина, 4, markasyan@list.ru

В 1856 году Р. Вирхов (R. Virchow) описал 3 механизма внутрисосудистого образования тромбов: 1) замедление тока крови (стаз); 2) изменение состава крови (гиперкоагуляция); 3) повреждение стенки сосуда [7]. На первом месте по частоте первичного тромбообразования, несвязанного с непосредственной травмой, стоит тромбоз мышечных вен голени. В.С. Савельев и соавт. отмечают, что первичный тромботический процесс может также локализоваться в общей, наружной или внутренней подвздошных венах. Из всех тромбозов магистральных вен нижних конечностей первичное тромбообразование в этой области имеет место в 10–15% всех наблюдений [3]. Пусковым механизмом тромбообразования подвздошных вен наиболее часто служит возрастание затруднения оттока (беременность, роды) или местное усиление коагуляции (воспаления или операции на органах малого таза) [4], опухолевый процесс. Первичный тромбоз нижней полой вены из-за ее большого диаметра и высокой скорости кровотока встречается еще реже, чем первичный тромбоз общей подвздошной вены. Лишь у некоторых больных развитие непроходимости нижней полой вены может быть первичным. Это лица с врожденными аномалиями нижней полой вены в виде перегородок, диафрагм, атрезий. Таким образом, у большинства больных тромбоз нижней полой вены является следствием восходящего илеофemorального тромбоза [2].

Тактической программой лечения острых венозных тромбозов в настоящее время должно быть восстановление кровотока по магистральным венам, предупреждение эмболии легочной артерии и развития посттромботической болезни. Наличие флотирующего эмбологенного тромбоза, неосложненного или осложненного эмболией легочной артерии и ее ветвей, считают абсолютным показанием к неотложному хирургическому вмешательству [4]. Тромбоз системы нижней полой вены и правых камер сердца требует агрессивного подхода. Авторы рекомендуют выполнять тромбэктомии из нижней полой вены и правого предсердия в условиях искусственного кровообращения и циркуляторного ареста [1, 5, 6] для лучшей экспозиции и, таким образом, достижения более хороших результатов.

Мы представляем наш опыт лечебно-диагностической тактики при тромбозе системы нижней полой вены и правых камер сердца.

Больная М., 38 лет, поступила в Центр грудной хирургии 08.09.2009 г. в крайне тяжелом состоянии с жалобами на одышку в покое, давящую боль в правой половине грудной клетки. Из анамнеза известно, что больной 16.09.08 г. выполнена операция: экстирпация матки без придатков по поводу лейомиомы. В течение последних 1,5 мес. начала беспокоить слабость, боль в правой половине грудной клетки, одышка при физической нагрузке. 03.09.09 г. при обследовании в ведомственной поликлинике диагностирован тромбоз нижней полой вены, в связи с чем экстренно госпитализирована в реанимационное отделение МУЗ «Городская больница г. Анапа». 04.09.09 г. по заключению консультации заместителя начальника отделения реанимации и интенсивной терапии ФГУ ЦКВГ ФСБ России больной начато проведение тромболитической и антикоагулянтной терапии. Состояние больной оставалось стабильным. По согласованию с заместителем главного врача Краевой клинической больницы № 1 (ККБ № 1) по лечебной работе больная госпитализирована в ККБ № 1 – Центр грудной хирургии для определения дальнейшей тактики ведения и лечения.

В результате клинико-инструментального обследования диагноз тромбоза системы нижней полой вены подтвержден. При триплексном сканировании (ТС) вен малого таза выявлен неокклюзивный тромбоз правых общей подвздошной и внутренней подвздошной вен; неокклюзивный тромб с общей подвздошной вены переходит на нижнюю полую вену, внутренняя подвздошная вена тромбирована на всем протяжении. Почечные артерии и вены по результатам ТС проходимы. Также по данным эхокардиографии выявлен флотирующий тромб правых камер сердца (изоэхогенное образование в правых отделах неправильной формы размерами 40 × 80 мм). С целью уточнения распространенности и возможных причин тромботического поражения выполнена компьютерная томография (КТ) органов грудной клетки, брюшной полости и малого таза, при которой выявлены тромбоз нижней полой вены, правых общей

подвздошной вены и внутренней подвздошной вены (более вероятно метастатического происхождения) с распространением в правые отделы сердца (рис. 1).

Также выявлено объемное образование в полости таза, лимфаденопатия брюшной полости и забрюшинного пространства, полисерозит (асцит и двусторонний гидроторакс). КТ-данных за тромбоэмболию легочной артерии не выявлено. Дополнительно выполнена магнитно-резонансная томография (МРТ). МРТ-картина характерна для опухоли правого яичника с вероятной инвазией в правую внутреннюю подвздошную вену, тромбоза (опухолевого) правой внутренней подвздошной вены, кисты левого яичника.

Таким образом, в результате проведенного обследования установлен клинический диагноз. Основной: Подострый неокклюзивный тромбоз внутренней, общей подвздошных вен справа, нижней поллой вены с флотацией головки тромба в правых камерах сердца. С-г правого яичника? Киста левого яичника. Полисерозит (асцит, двусторонний гидроторакс). Сопутствующий: Состояние после экстирпации матки по поводу лейомиомы (16.09.2008 г.). Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, стадия ремиссии. Хронический вирусный гепатит С, минимальной степени активности.

Консилиум специалистов, учитывая клинику заболевания, данные дополнительных методов обследования, критические нарушения гемодинамики, крайне высокий риск летального исхода при естественном течении заболевания и бесперспективность консервативной терапии, принял решение о выполнении неотложной симультанной операции в объеме тромбэктомии из НПВ и правых отделов сердца, двусторонней аднексэктомии в условиях искусственного кровообращения, фармакохолодовой кардиopleгии и циркуляторного ареста.

09.09.2009 г. выполнена операция: тромбэктомия из нижней поллой вены и правых камер сердца, пликация нижней поллой вены танталовой клеммой, двусторонняя аднексэктомия в условиях искусственного кровообращения, фармакохолодовой кардиopleгии и циркуляторного ареста.

Операция: доступ – срединная стернотомия с вертикальным пересечением сухожильного центра диафрагмы. Перикардиотомия. Подключение аппарата искусственного кровообращения по схеме «восходящая аорта – верхняя поллая вена». Начало экстракорпорального кровообращения и общей гипотермии. Параллельно выполнена двухсторонняя аднексэктомия. Препараты 1 и 2 отправлены на экстренное патогистологическое исследование (ПГИ) (заключение ПГИ: фолликулярная киста левого яичника, текаматоз поверхностный, кистозная дегенерация правого яичника). Мобилизация нижней поллой вены. Гипотермия 24 °С. Наложена зажим на аорту. Кардиopleгия антеградно в корень аорты (кустодиол). Начало циркуляторного ареста. Правая атриотомия. В полости правого предсердия округлое

образование эластической консистенции, исходящее из нижней поллой вены, заполняющее всю полость правого предсердия и пролабирующее в правый желудочек. Образование свободно флотирует в полости правых камер сердца и нижней поллой вены. Параллельно выполнен продольный разрез нижней поллой вены на протяжении 5,0 см, на 3,0 см выше места слияния общих подвздошных вен. В просвете вышеописанное образование, свободно флотирующее. Образование фиксируется выше места слияния общих подвздошных вен. Из просвета нижней поллой вены дистальный фрагмент освобожден от места фиксации с последующей тотальной эвакуацией образования через правое предсердие. Получен препарат размерами 30,0 × 5,0 см.

Шов ПП нитью пролен 4-0. Бикавальная канюляция. Параллельно шов нижней поллой вены нитью пролен 4-0. Нижняя поллая вена клипирована

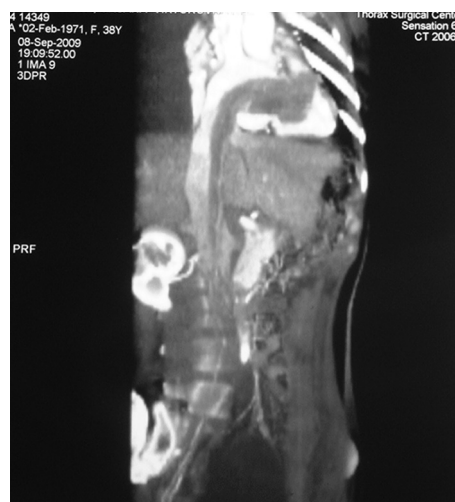


Рис. 1. Тромбоз нижней поллой вены с распространением в правые отделы сердца. Компьютерная томография органов грудной клетки, брюшной полости и малого таза.

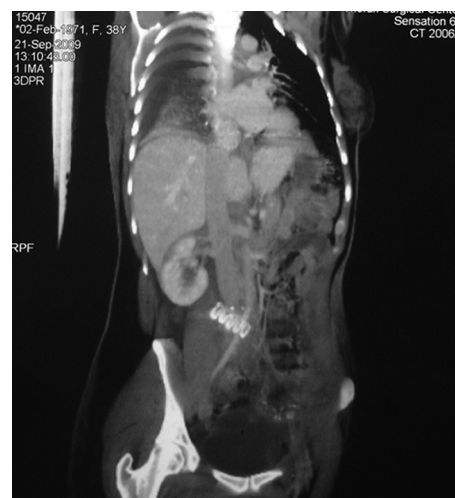


Рис. 2. Состояние после тромбэктомии нижней поллой вены и правых камер сердца, пликации нижней поллой вены танталовой клеммой. Компьютерная томография органов грудной клетки, брюшной полости и малого таза.

танталовой клеммой. Клемма фиксирована узловым швом этибонд 2-0 к т. iliofemoralis. Снят зажим с аорты. Начато общее согревание. Профилактика аэроэмболии. Восстановление сердечной деятельности после разряда дефибриллятора. Типичное окончание операции. Время ИК – 97 мин, время пережатия аорты – 20 мин, время циркуляторного ареста – 13 мин.

По результатам патогистологического исследования препарат 1 – опухолевый рост не обнаружен, хронический сальпингит, серозная цистаденома яичника, кистозные фолликулы; препарат 2 – опухолевый рост не обнаружен, хронический сальпингит, фолликулярная киста яичника; препарат 3 – организованный тромб с реканализацией, вторичной васкуляризацией. Послеоперационный период протекал относительно благоприятно, осложнений не было. Заживление послеоперационной раны первичным натяжением. При контрольной КТ данных за тромбоз системы нижней поллой вены и правых камер сердца не выявлено (рис. 2).

Пациентка выписана на 15-е сутки после операции в удовлетворительном состоянии для продолжения лечения в условиях реабилитационного центра.

Нами представлен клинический случай успешно-го хирургического лечения тромбоза системы нижней поллой вены и правых камер сердца у больной гинекологического профиля. Причинами тромботического поражения системы нижней поллой вены у данной пациентки могли явиться как гинекологическая патология, так и ранее перенесенная операция экстирпации матки. Выбранная тактика диагностического поиска и хирургического лечения оправдала себя в конкретном случае. Следует отметить, что сочетание ультразвуковых и лучевых методов диагностики позволяет определить распространенность тромботического поражения, размеры тромба, наличие флотации, степень обструкции и выраженность гемодинамических нарушений, а также возможные причины тромбообразования и, следовательно, возможность симультанного лечения больного. В нашем случае, как и в работах других авторов [5–7], оптимальным тактическим решением явилось выполнение тромбэктомии в условиях гипотермии и циркуляторного ареста. Данная методика позволила

создать прекрасную экспозицию и, как следствие, быстрое и качественное выполнение хирургического пособия. Тромбэктомия из нижней поллой вены была дополнена пликацией последней танталовой клеммой с целью создания препятствия для продвижения эмболов в легочную артерию при развитии рецидива тромботического поражения. В целом, выполненное симультанное оперативное лечение носило характер этиопатогенетического и симптоматического. Кроме того, хотелось бы отметить, что только в условиях многопрофильного лечебного учреждения с хорошей диагностической и лечебной базой возможно эффективное оказание медицинской помощи пациентам данной категории.

Тромбоз системы нижней поллой вены и правых камер сердца является весьма редкой патологией, однако требующей активной диагностической и лечебной тактики ввиду критичности состояния пациентов. С нашей точки зрения, оптимальным и единственно возможным тактическим решением при оперативном лечении тромбоза нижней поллой вены и правых камер сердца является выполнение тромбэктомии в условиях гипотермии и циркуляторного ареста с дополнением одним из паллиативных методов (пликация нижней поллой вены и др.).

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Бранд Я.Б., Долгов И.М., Сагиров М.А. и др. // Кардиология и сердечно-сосудистая хирургия. 2009. Т. 2, № 2. С. 90–91.
2. Бураковский В.И., Бокерия Л.А. Сердечно-сосудистая хирургия. М.: Медицина, 1989. 752 с.
3. Савельев В.С., Думпе Э.П., Яблоков Е.Г. Болезни магистральных вен. М.: Медицина, 1972. 440 с.
4. Стойко Ю.М., Лыткин М.И., Шайдаков Е.В. Венозная гипертензия в системе полых вен. СПб., 2002. 276 с.
5. Fujii H., Ohashi H., Tsutsumi Y., Onaka M. // Eur. J. Cardiothorac. Surg. 2002. V. 22. P. 319–320.
6. Garcia N.D., Morasch M.D., Sam A.D. et al. // Ann. Vasc. Surg. 2003. V. 17. P. 686–689.
7. Virchow R. // Arch. Pathol. Anat. 1856. V. 10. P. 225–228.

Поступила в редакцию 8 декабря 2009 г.,
после доработки – 6 февраля 2010 г.