

ВЫБОР МЕТОДА ПРОФИЛАКТИКИ ПОВТОРНОЙ ТРОМБОЭМБОЛИИ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ

Швальб П.Г., Сучков И.А., Калинин Р.Е., Качинский А.Е.

Рязанский областной центр сосудистой хирургии, Рязань, Россия.

Изучая группу 148 больных с тромбоэмболией легочной артерии авторы пришли к заключению, что: 1) кава-фильтр – это надежный метод профилактики повторных тромбоэмболий легочной артерии; 2) в 17,5% случаев имплантация кава-фильтра приводит к развитию синдрома нижней полой вены с тяжелыми проявлениями венозного стаза; 3) после резекции бедренной или наружной подвздошной вены в 15,6% случаев развивается рецидив тромбоэмболии легочной артерии; 4) после резекции бедренной или наружной подвздошной вены усиление венозного застоя не наблюдается.

Ключевые слова: тромбоэмболия легочной артерии, кава-фильтр, венозный стаз.

Тромбоэмболия легочной артерии (ТЭЛА) многие десятилетия считается одним из самых тяжёлых и внезапных сосудистых заболеваний [1-3]. Известно, что летальность после первого эпизода тромбоэмболии легочной артерии достаточно высокая и чаще всего связана с массивностью поражения (эмболия ствола или крупных ветвей легочной артерии) [4-6]. Однако большая часть тромбоэмболий легочной артерии протекает в несколько эпизодов с различными временными промежутками. Этот факт сделал возможным проведение хирургической или рентгенэндоваскулярной профилактики ТЭЛА.

То, что хирургическая профилактика повторных тромбоэмболий легочной артерии вывела эту патологию из разряда фатальных не вызывает сомнений.

Обсуждению подлежат лишь методики: 1) оперативное лечение с резекцией

или клипированием магистральной вены; 2) имплантация кава-фильтра.

Цель исследования: сравнить эффективность различных методов хирургической профилактики повторных тромбоэмболий легочной артерии.

Поэтому в нашем исследовании мы попытались ответить на 4 наиболее важных, на наш взгляд, вопроса:

1. Насколько надежно защищает имплантация кава-фильтра от рецидива ТЭЛА?
2. Какова частота тромботических осложнений после имплантации кава-фильтра с развитием синдрома нижней полой вены?
3. Какова частота повторных ТЭЛА после резекция магистральной вены?
4. Состояние венозного оттока после резекции магистральной вены?

Материалы и методы исследования. В период с 2005 года по 2009 год в Рязанском областном центре сосудистой хирургии находилось на лечении 148 больных с тромбоэмболией легочной артерии.

В алгоритм обследования с целью диагностики тромбоэмболии легочной артерии, выявления источника эмболии, угрозы повторных эпизодов ТЭЛА входили: тщательно собранный анамнез, осмотр, ультразвуковая доплерография и дуплексное сканирование, ультразвуковое исследование сердца. При выявлении тромбоза глубоких вен выше уровня пупартовой связки 78 (52,7%) больным выполнялось флебографическое обследование.

В зависимости от тяжести состояния больные находились в палате реанимации или в отделении.

Результаты исследования. Источник ТЭЛА был обнаружен в 146 случаях (98%). Локализация тромба была следующая: вены голени – 13 случаев (8,9%), бедренная вена – 45 случаев (30,8%), подвздошно-бедренный сегмент – 68 (46,7%), подвздошная и полая вена – 20 (13,6%).

Резекция бедренной вены выше устья глубокой вены бедра выполнялась у 26 больных (17,8%), резекция наружной подвздошной вены – у 6 больных (4,1%), имплантация кава-фильтра произведена у 114 больных (78,1%).

После имплантации кава-фильтра рецидивов ТЭЛА не было (успех – 100%).

При резекции наружной подвздошной или бедренной вены было 5 случаев (15,6%) повторных ТЭЛА, в срок до 3-х месяцев после операции.

Таким образом, в качестве жизнеобеспечивающего мероприятия – преимущество за имплантацией кава-фильтра. Особенно эта процедура эффективна при непрерывно рецидивирующей форме ТЭЛА, когда улучшение в состоянии наступает сразу же после имплантации кава-фильтра за счет прекращения эмболической «бомбардировки», хотя в перфузионно-вентиляционном синдроме ничего не меняется.

Однако если фильтр действительно выполняет роль ловушки, то в послеоперационном периоде, у ряда больных должна наблюдаться окклюзия нижней полой вены иногда с тяжелыми проявлениями венозного стаза, что имело место у 20 больных (17,5%).

В отличии от этих цифр после резекции бедренной вены ниже глубокой и наружной подвздошной вены усиления венозного застоя не наблюдается.

Выводы

1. Имплантация кава-фильтра – надежный метод профилактики повторных тромбоэмболий легочной артерии.
2. В 17,5% случаев имплантация кава-фильтра приводит к развитию синдрома нижней полой вены, с тяжелыми проявлениями венозного стаза.
3. После резекции бедренной или наружной подвздошной вены в 15,6% случаев развивается рецидив тромбоэмболии легочной артерии.
4. После резекции бедренной или наружной подвздошной вены усиления венозного застоя не наблюдается.

Литература

1. Prevention of postoperative venous thromboembolism: an update // Clagett G.P. Am. J. Surg. – 1994. – P. 168.
2. Сравнительная оценка эффективности поли- и моновалентной антитромботической терапии тромбоза глубоких вен нижних конечностей // Баешко А.А., [и др.], «Ангиология и сосудистая хирургия». – 2000. – Т.6, №2. –

С.67-71.

3. Клиническая ангиология. Покровский А.В. – М.: Медицина, 2004. – 1700 с.
4. Флебология. Савельев В.С. – М.: Медицина, 2001 – 659 с.
5. Основы клинической флебологии. Шевченко Ю.Л., [и др.]; М.: Медицина, 2005. – 312 с.
6. «Профилактика послеоперационных венозных тромбоемболических осложнений», Российский консенсус; М., 2000. – 20 с.

**ВИБІР МЕТОДУ ПРОФІЛАКТИКИ
ПОВТОРНОЇ ТРОМБОЕМБОЛІЇ ЛЕГЕНЕВОЇ АРТЕРІЇ
Швальб П.Г., Сучков І.А., Калініна Р.Є., Качинський А.Є.**

При вивченні групи 148 хворих з тромбоемболією легеневої артерії автори дійшли висновку, що: 1) кава-фільтр – це надійний метод профілактики повторних тромбоемболій легеневої артерії; 2) в 17,5% випадків імплантація кава-фільтра приводить до розвитку синдрому нижньої порожнистої вени з важкими проявами венозного застою; 3) після резекції стегнової і зовнішньої здухвинної вени в 15,6% випадків розвивається рецидив тромбоемболії легеневої артерії; 4) після резекції стегнової чи зовнішньої здухвинної вени підсилення венозного застою не спостерігається.

Ключові слова: тромбоемболія легеневої артерії, кава-фільтр, венозний застій.

**CHOISE OF THE PROPHYLAXY METHOD
OF RECURRENT PULMONARY ARTERY TROMBOEMBOLISM
Shvalb P.G., Suchkov I.A., Kalinin R.E., Kachynsky A.Ye.**

On the ground of the study of 148 patients with pulmonary artery thromboembolism the authors concluded, that: 1) vena cava filters – this is the reliable prophylaxy method of recurrent thromboembolism of pulmonary artery. 2) in 17,5% of causes implanted vena cava filters causes the development of venous congestion; 3) in 15,6% of cases recurrent thromboembolism of pulmonary artery occurs after the resection of femoral and external

iliac veins; 4) increase of venous congestion was not observed after the resection of femoral or external iliac veins.

Key words: pulmonary artery thromboembolism, vena cava filters, venous congestion.