

ХИРУРГИЯ СЕРДЦА И СОСУДОВ, РЕНГЕНЭНДОВАСКУЛЯРНАЯ ХИРУРГИЯ

ЭНДОВАСКУЛЯРНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТА С ТРОМБОТИЧЕСКОЙ ОККЛЮЗИЕЙ НИЖНЕЙ ПОЛОЙ И ПОДВЗДОШНЫХ ВЕН НА ФОНЕ ПОСТОЯННОГО КАВА-ФИЛЬТРА

Аленичев А. В.

Научный руководитель: к.м.н. доцент Счастливцев Илья Вениаминович
Кафедра общей хирургии и лучевой диагностики лечебного факультета
Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н. И. Пирогова

Контактная информация: Аленичев Александр Владимирович — студент 4 курса Лечебного факультета.
E-mail: alenichev@yandex.ru

Ключевые слова: посттромботическая окклюзия нижней полой вены; кава-фильтр; стентирование нижней полой вены.

Актуальность исследования: имплантация кава-фильтра может приводить к развитию комплекса опасных осложнений в виде его окклюзии с последующим развитием синдрома нижней полой вены, тяжелой формы посттромботической болезни. Открытые хирургические вмешательства на нижней полой вене выполняются крайне редко и могут привести к развитию серьёзных осложнений. Данные об эндоваскулярной коррекции данной патологии представлены единичными сообщениями о возможности выполнения реканализации, баллонной ангиопластики и стентирования нижней полой вены через ранее установленный кава-фильтр.

Цель исследования: оценить осуществимость эндоваскулярных вмешательств у пациента, страдающего хронической окклюзией нижней полой вены на фоне имплантированного постоянного кава-фильтра.

Материалы и методы: представлен клинический случай пациента Б., 62 лет. После перенесенного в 2007 году тромбоза глубоких вен нижних конечностей, осложнившегося тромбоэмболией легочной артерии? ему был имплантирован отечественный кава-фильтр «Корона». В декабре 2016г. он поступил в КБ №1 УДП РФ с синдромом нижней полой вены, сопровождавшимся выраженным болевым синдромом, отёком половых органов и нижних конечностей, невозможностью ходьбы. Диагностированы окклюзии нижней полой вены в области кава-фильтра и дистальнее, правой и левой общих подвздошных вен на всём протяжении, правой общей бедренной вены. Одномоментно выполнены частичная реканализация правой и левой наружных подвздошных вен и левой общей подвздошной вены, а также нижней полой вены до уровня кава-фильтра и катетерный тромболитизис Активлизе в течение трёх суток с изначальным введением болюса 5 мг/час, на вторые сутки 2 мг/час, на третьи сутки 1 мг/час. Со вторых суток отмечалось отчётливое уменьшение отёчности нижних конечностей. Через 3 дня выполнены реканализация, транслюминальная баллонная ангиопластика и стентирование нижней полой вены с переходом на левые общую подвздошную, наружную подвздошную и общую бедренные вены. Имплантировано 3 стента: первый стент «Egis» размерами 24×120 мм установлен сквозь кава-фильтр с применением баллонной преддилатации области фильтра баллоном 10×40 мм, затем выполнена постдилатация стента двумя баллонными катетерами 10×40 мм и 7×30 мм. Далее имплантированы 2 стента «Wallstent» размерами 14×60 и 10×70 мм в левые общую подвздошную, наружную подвздошную, общую бедренные вены. В качестве дальнейшего лечения больному назначен ривароксабан 20 мг/сут и ТромбоАСС 100 мг/сут.

Результаты: осложнений во время оперативного вмешательства не было, на контрольной ангиографии хороший результат, стенты проходимы. Спустя 3 года отмечается положительная

динамика, изменений стентированных участков нет. На фоне проводимой терапии осложнений не отмечено. Методика восстановления венозного оттока путем реканализации, ангиопластики и стентирования нижней полой вены на протяжении, с установкой стента через ранее имплантированный кава-фильтр, высокоэффективна.

Литература

1. Neglen P., Olivier J. et al. Stenting of chronically obstructed inferior vena cava filters // J Vasc Surg. — 2011. — №54 (1). — P. 153–161.
2. Wahlgren C., Wahlberg E., Olofsson P. Endovascular treatment in postthrombotic syndrome // Vasc Endovascular Surg. — 2010. — № 44(5). — P. 356–360.
3. Nazzal M., Chan E. et al. Complications related to inferior vena cava filters: a single-center experience // Ann Vasc Surg. — 2010. — №24. — P. 480–486.”