РЕЗУЛЬТАТЫ ЭНДОВАСКУЛЯРНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНОГО С ПОСТТРОМБОТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ, ОСЛОЖНЕННОЙ ТРОФИЧЕСКОЙ ЯЗВОЙ

Хамдамов Улугбек Рузиевич - к.м.н.
Бухарский филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи (Бухара, Узбекистан)
Абдурахманов Мамур Мустафаевич - д.м.н., профессор
Бухарский Государственный Медицинский Институт (Бухара, Узбекистан)
Темиров Суръат Негматуллаевич - д.м.н.
Центральный госпиталь МВД (Ташкент, Узбекистан)

Резюме. *Баллонная ангиопластика и стентирование все шире применяются для лечения посттромботических изменений в системе полых вен. Благодаря дуплексному ультразвуковому исследованию, которое позволяет с наибольшей степенью достоверности определить как протяженность, так и степень сужения венозных сегментов, появляется возможность выбора венозного стента подходящего диаметра. Восстановление полноценного венозного просвета приводит к нормализации кровотока и устранению венозной гипертензии. Нерешенным представляется вопрос лечения посттромботических обструкций левых подвздошной вены. Представлен случай успешного эндоваскулярного лечения пациента с посттромботической болезнью вследствие перенесенного тромбоза. При проведении МРТ-флебографии и ультразвукового дуплексного исследования диагностированы обструкция левых общей и наружной подвздошных вен. Произведено стентирование левых общей и наружной подвздошных вен. Отек левой нижней конечности купировался через 2 недели. В течение месяца исчезло имевшее место чувство тяжести в ногах, значительно уменьшилась утомляемость к концу рабочего дня и зажилы трофической язвы.*

Ключевые слова: *посттромботическая болезнь, венозная трофическая язва, венозное стентирование, обструкция.*

ТРОФИК ЯРАЛАР БИЛАН АСОРАТЛАНГАН ПОСТТРОМБОТИК КАСАЛЛИК БИЛАН ОҒРИГАН БЕМОРНИ ЭНДОВАСКУЛЯР ДАВОЛАШ НАТИЖАЛАРИ

Ҳамдамов Улуғбек Рўзиевич – т.ф.н.
Республика шошилинч ёрдам илмий маркази Бухоро филиали (Бухоро, Ўзбекистон)
Абдураҳмонов Мамур Мустафоевич – т.ф.д., профессор
Бухоро Давлат Тиббиёт Институти (Бухоро, Ўзбекистон)
Темиров Суръат Негматуллаевич - т.ф.д.
ИИВ Марказий госпитали (Тошкент, Ўзбекистон)

Резюме. *Замонавий тиббиётда баллон ангиопластика ва стентлаш пастки ковак вена тизимидаги ўзгаришларни даволаш учун кўпроқ фойдаланилмоқда. МРТ-флебография дуплекс ультратовуш текшируви туфайли веноз сегментларнинг торайиш даражасини юқори ишончлилик билан аниқлашга имкон беради ва бу текширувлар натижасида мос диаметрдаги веноз стентни танлаш мумкин бўлади. Веноз стентлашдан кейин тўлиқ веноз қон оқимини тиклаш ва веноз гипертензияни бартараф этишга олиб келади.Чап ёнбош венасининг тромбоздан кейинги обструкциясини даволаш масалалси ҳал этилмаган.*

Бу мақолада тромбоз туфайли постромботик касаллиги бўлган беморни муваффақиятли эндоваскуляр даволаш натижаси келтирилган. МРТ-флебогарфия ва дуплекс ультратовуш текшируви чап умумий ва ташқи ёнбош веналарининг обструкцияси аниқланиб, бу веналарни стентлаш амалга оширилди. Чап оёқнинг шишиши 2 ҳафтадан кейин йўқолди. Бир ой ичида оёқларда оғирлик ҳисси йўқолди ва иш кунининг охирида чарчоқ сезиларда даражада камайиб, энг асосийси веноз трофик яралар тўлиқ битишига эришилди.

Калит сўзлар: *посттромботик касаллик, веноз трофик яра, веноз стентлаш, обструкция.*

RESULTS OF ENDOVASCULAR TREATMENT OF A PATIENT WITH POSTTHROMBOTIC DISEASE COMPLICATED BY TROPHIC ULCERS

Khamdamov Ulugbek Ruzievich - Ph.D.
Bukhara branch of the Republican research center for emergency medical care (Bukhara, Uzbekistan)
Abdurakhmanov Mamur Mustafaevich - D.M.Sc., professor
Bukhara State Medical Institute (Bukhara, Uzbekistan)
Temirov Surat Negmatullaevich - D.M.Sc.
Central Hospital of the Ministry of Internal Affairs (Tashkent, Uzbekistan)

Resume. *Balloon angioplasty and stenting are increasingly used to treat post-thrombotic changes in the vena cava system. Thanks to duplex ultrasound, which makes it possible to determine with the greatest degree of reliability both the extent and degree of narrowing of the venous segments, it becomes possible to select a venous stent of a suitable diameter. Restoring a full venous lumen leads to normalization of blood flow and elimination of venous hypertension. The issue of treatment of postthrombotic obstruction of the left iliac vein seems unresolved. A case of successful endovascular treatment of a patient with postthrombotic disease due to thrombosis is presented. MRI venography and duplex ultrasound examination diagnosed obstruction of the left common and external iliac veins. Stenting of the left common and external iliac veins was performed. The swelling of the left lower extremity resolved after 2 weeks. Within a month, the feeling of heaviness in the legs disappeared, and fatigue at the end of the working day decreased significantly.*

Key words: *postthrombotic disease, venous trophic ulcer, venous stenting, obstruction.*

Актуальность. Обструкция подвздошных вен и нижней полой вены, возникающая вследствие перенесенного острого венозного тромбоза, может иметь различные клинические проявления [1, 2]. У большинства больных с обструкцией проксимальных венозных сегментов заболевание проявляется наличием отека, трофических нарушений в виде гиперпигментации, липодерматосклероза, трофических язв. У некоторых больных важное место в клинической картине занимают рецидивирующие тромбофлебиты поверхностных вен [3]. В ряде случаев, несмотря на выраженность сужения глубоких вен, посттромботическая болезнь (ПТБ) протекает бессимптомно [5, 6]. Достоверная корреляция между клиническими проявлениями ПТБ и степенью сужения глубоких вен отсутствует, поэтому больным с хронической венозной недостаточностью (С3-С6) показано проведение комплекса диагностических мероприятий, направленных на оценку проходимости подвздошных вен и нижней полой вены [2, 5]. Наиболее информативным методом исследования, позволяющим с высокой достоверностью оценить изменения в глубоких венах, произвести количественную оценку степени венозной обструкции и ее протяженности является дуплексное исследование [6]. Наличие у пациентов с клиническим классом заболевания С3 и выше обструкции подвздошных вен и/или нижней полой вены, составляющих 50% просвета и более, являются показанием для стентирования глубоких вен [2].

Клиническое наблюдение. Пациент Б., 37 лет, обратился на консультацию в клинику Бухарского филиала РНЦЭМП (Бухара) с жалобами на наличие отеков левой голени, повышенную утомляемость и тяжесть в левой нижней конечности после физической нагрузки и в конце рабочего дня. Более выраженный постоянный отек левой голени не проходил даже после продолжительного ночного отдыха. Отек правой голени появлялся в основном после длительного трудового дня и купировался к утру после сна. Дважды за прошедший год пациент переносил тромбофлебит притоков большой подкожной вены на бедре, на голени левой нижней конечности, несмотря на регулярный прием Таблетки Ривароксабана в дозе 15 мг 1табх2 раз в день с последующим 20 мг 1табх1 раз в день, постоянно.

В 2020 году у больного был диагностирован острый илиофеморальный тромбоз левой нижней конечности без флотации. Пациенту назначена антикоагулянтная терапия (ривароксабан). В течение года он носил компрессионный трикотаж II класса компрессии и лишь изредка отмечал появление отека левой голени после физических нагрузок.

При осмотре обращал на себя внимание отек левой голени: окружность её на уровне лодыжки на 2 см, а на уровне голени – на 3 см превышала таковую на тех же уровнях правой нижней конечности. Варикозной трансформации поверхностных вен и трофических изменений кожных покровов отмечается левой голени.

Пациенту выполнено ультразвуковое исследование вен нижних конечностей. На левой нижней конечности бедренная вена частично реканализирована, до 50% просвета ее занята посттромботическими внутрисосудистыми шварами. Левая бедренная вена, глубокая бедренная вена, подколенная и большеберцовые вены со свободным просветом, окрашивающимся при цветовом картировании, полностью сдавливаются при компрессии. Большая и малая подкожные вены на левой нижней конечности не расширены, клапаны состоятельные. Полностью оценить состояние правых и левых подвздошных вен при ультразвуковом исследовании не представлялось возможным из-за избыточно выраженной подкожно жировой клетчатки.

Больному выполнены МРТ-флебография (рис. 1) и ультразвуковое исследование левых бедренной вены, общей и наружной подвздошных вен, нижней полой вены. (рис 2).

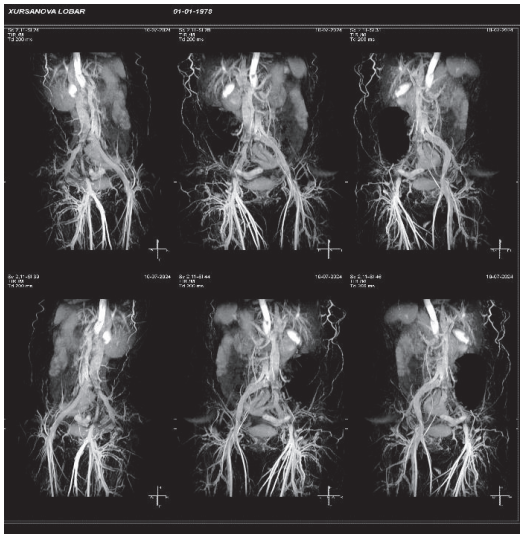


Рис. 1. **МРТ-флебограмма, окклюзия левой подвздошной вены**

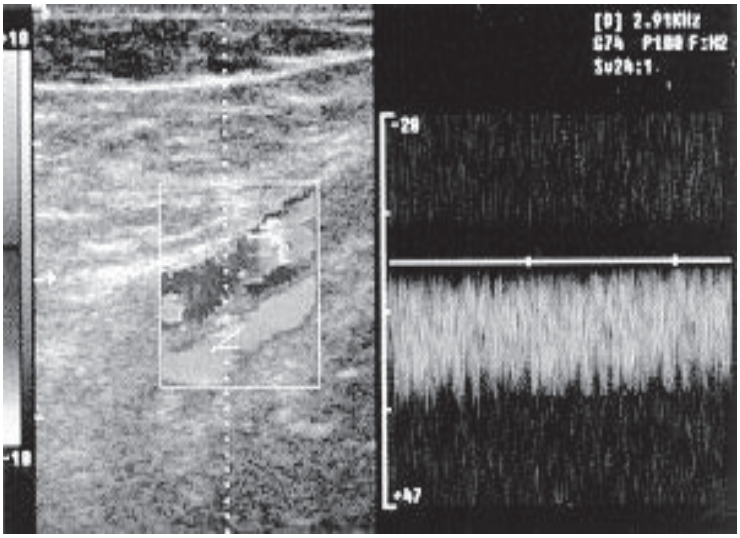


Рис. 2. **УЗИ картина окклюзии левой подвздошной вены**

Последовательно выполнены флебография левых бедренной вены, общей и наружной подвздошных вен, нижней полой вены. При этом бедренная вена пунктирована в средней трети бедра с расчетом на возможное выполнение по результатам диагностического исследования ангиопластики и стентирования проксимальных сегментов глубоких вен. По результатам флебографии обнаружены выраженные венозные коллатеральные пути венозного оттока, значительная обструкция левой наружной подвздошной вены, которая контрастировалась в меньшей степени, нежели обходные пути оттока. (рис. 3).



Рис. 3. **Контрастная флебография левой подвздошной вены**

Принято решение о выполнении ангиопластики и стентирования левых общей, наружной подвздошных вен. Произведена дилатация левых общей, наружной подвздошных вен. В подвздошные вены установлен стент ABRE 14 мм, длиной 100 мм по принципу стент в стент с нахлестом в 3 см (рис. 4). После установки стентов проведена постдилатация стентов баллонными катетерами соответствующего диаметра. Проксимальная зона расположения стента –

начальная часть нижняя полая вена. Дистальная зона установки стента – бедренная вена выше места впадения глубокой бедренной вены.

При контрольной флебографии контрастный препарат свободно распространяется по левым общей и наружной подвздошным венам и нижней полой вене (рис. 5).

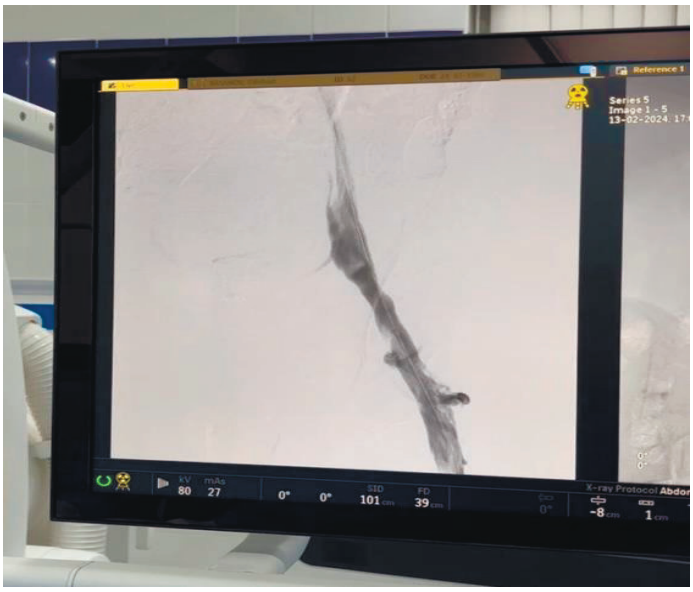


Рис 4. **Этапы баллоной ангиопластики левой подвзошной вены**

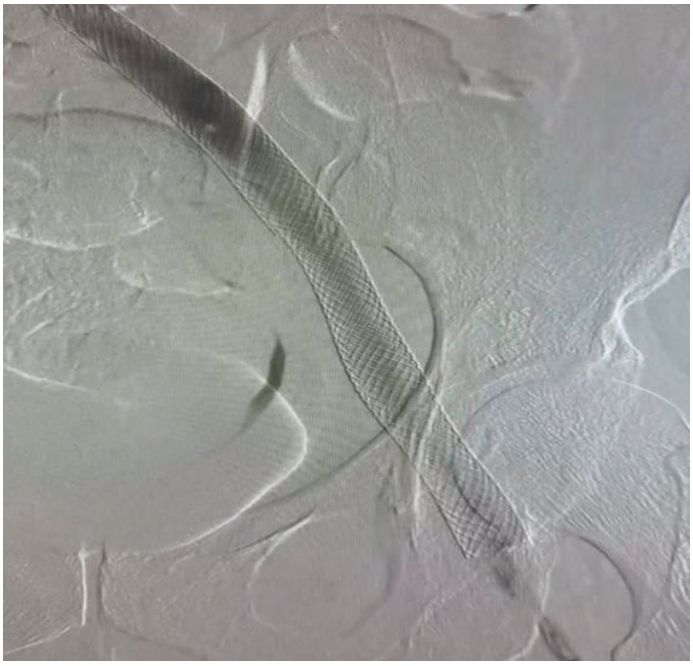


Рис. 5. **После ангиопластики и стентирование левой подвзошной вены**

Коллатеральные вены не контрастируются. В послеоперационном периоде больному назначена антикоагулянтная терапия: низкомолекулярные гепарины (Клексан из расчета 1 мг/кг 2 раза в день) в течение, 3 сутки с последующим переходом на Ривароксабана 15 мг 1 табх2 раз в день, 30 дней. Активизация пациента через 3 часа после операции с одновременным назначением компрессионного трикотажа (гольфы II класса компрессии). Выписка из стационара осуществлена после проведения контрольного ультразвукового исследования на следующий день. В течение 2 последующих дней пациента беспокоил умеренно выраженный болевой синдром в поясничной области, являющийся достаточно типичным для данного вида операций и купирующийся однократным приемом нестероидных противовоспалительных препаратов.

При контрольных ультразвуковых исследованиях на следующий день, через 1 неделю, 1 месяц, 3 месяца стентированные вены полностью проходимы. На следующий день после операции пациент отметил исчезновение тяжести в левой нижней конечности, появление «мягкости икроножных мышц» левой голени. Отек левой нижней конечности купировался через 2 недели. В течение месяца исчезло имевшее место ранее чувство тяжести в ногах, зажили трофическую язвы голени, значительно уменьшилась утомляемость к концу рабочего дня.

Обсуждение. Баллонная ангиопластика и стентирование современные медицине стали все шире применяться для лечения обструкции в системе полых вен. Показанием к хирургическому лечению в большинстве случаев служит клинический класс заболевания С3-С6 (классификация CEAP) в сочетании с выявлением более чем пятидесятипроцентного сужения просвета глубоких вен [2, 6]. В ряде случаев вопрос о стентировании глубоких вен рассматривается и при рецидивирующих тромбофлебитах поверхностных вен у больных ПТБ. Основой определения состояния глубоких вен являются инвазивные методы диагностики с неоспоримым на сегодняшний день преимуществом дуплексное исследование глубоких вен нижних конечностей перед флебографией, позволяющего с высокой точностью выявить сужение просвета вены, оценить его протяженность и степень обструкции [5].

В особом подходе к лечению нуждаются больные с ПТБ осложнением трофическим язвы, перенесшие тромбоз глубоких вен левой нижней конечности, следствием которого является обструкция левых подвздошных вен. На фоне сообщений о высокой эффективности стентирования подвздошных вен вопрос о его необходимости у подобного рода пациентов остается открытым [1]. Выполнение ангиопластики и стентирования глубоких вен одной из пораженных нижних конечностей не приводит к ухудшению течения ПТБ и повышению класса венозной недостаточности на противоположной нижней конечности [4]. Вероятной причиной является наличие функционирующих коллатеральных путей оттока, дренирующих кровь в контралатеральные глубокие вены, просвет которых восстановлен посредством стентирования.

Таким образом, стентирование левых общей, наружной подвздошных вен является безопасной операцией с низкой частотой осложнений, которая позволяет добиться эффективного восстановления кровотока с устранением выраженных клинических проявлений посттромботической болезни.

ЛИТЕРАТУРА

1. Guanella R., Kahn S.R. Post-thrombotic syndrome: current prevention and management strategies. Expert Rev. Cardiovasc. Ther. 2012; 10:12: 1555–1566.

2. Raju S. Best management options for chronic iliac vein stenosis and occlusion. J. Vasc. Surg. 2013; 57: 4: 1163–1169.

3. Neglén P., Berry M.A., Raju S. Endovascular surgery in the treatment of chronic primary and post-thrombotic iliac vein obstruction. Eur. J. Vasc. Endovasc. Surg. 2000; 20: 6: 560–571.

4. Neglén P., Hollis K.C., Raju S. Combined saphenous ablation and iliac stent placement for complex severe chronic venous disease. J. Vasc. Surg. 2006; 44: 4: 828–833.

5. Neglén P. Stenting of chronically obstructed inferior vena cava filters J. Vasc. Surg. 2011; 54: 1: 153–161.

6. Mahnken A.H. CIRSE Standards of Practice Guidelines on Iliocaval Stenting. Cardiovasc Intervent Radiol. 2014; 37(4): 889-897

7. Neglén P., Raju S. Intravascular ultrasound scan evaluation of the obstructed vein. J. Vasc. Surg. 2002; 35: 4: 694–700.