

2. В первую неделю после солнечного ожога при оптической когерентной томографии отмечается фокальный отёк сетчатки в фовеолярной зоне, затем формируется ламеллярный дефект.

3. В отдалённые сроки остаётся ламеллярный дефект, не сопровождающийся дегенеративными изменениями.

4. Оптическая когерентная томография служит наиболее информативным методом диагностики солнечной макулопатии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Преображенский П.В., Шостак В.И., Балаше-

вич Л.И. Световые повреждения глаз. — Л.: Медицина, 1986. — С. 51–63.

2. Ehrh O., Tavcar I., Eckl-Tütz G. Microperimetry and reading saccades in retinopathia Solaris. Follow-up with the scanning laser ophthalmoscope // *Ophthalmologie*. — 1999. — Vol. 96, N 5. — P. 325–331.

3. Kawa P., Mankowska A., Mackiewicz J., Zagorski Z. Solar retinopathy // *Klin. Oczno*. — 1998. — Vol. 100, N 4. — P. 235–237.

4. Michaelides M., Rajendram R., Marshall J., Keightley S. Eclipse retinopathy // *Eye*. — 2001. — Vol. 2. — P. 148–151.

5. Roberts J.E. Ocular phototoxicity // *J. Photochem. Photobiol. B*. — 2001. — Vol. 64, N 2–3. — P. 136–143.

6. Wong S.C., Eke T., Ziakas N.G. Eclipse burns: a prospective study of solar retinopathy following the 1999 solar eclipse // *Lancet*. — 2001. — Vol. 357, N 9251. — P. 199–200.

УДК 616.33-006.6: 616.147.3-005.6-073.43: 616.131-005.755-08-039.7

M02

ПРОФИЛАКТИКА РАЗВИТИЯ ФАТАЛЬНОЙ ТРОМБОЭМБОЛИИ ЛЁГочНОЙ АРТЕРИИ У БОЛЬНОЙ С ОПУХОЛЬЮ ЖЕЛУДКА

Ильяс Аглямович Камалов^{1*}, Ильдар Рауфович Аглуллин², Мунир Габдулфатович Тухбатуллин², Ильдар Рафаилевич Сафин¹, Анна Юрьевна Родионова¹

¹Республиканский клинический онкологический диспансер, г. Казань,

²Казанская государственная медицинская академия

Реферат

Представлено клиническое наблюдение больной К. 71 года с опухолью желудка и сопутствующей патологией в виде тромбоза вен нижних конечностей, выявленной на этапе предоперационного обследования. Пациентка получала антикоагулянтную терапию, на фоне которой было диагностировано появление эмболоопасных тромбов вен нижних конечностей. Учитывая высокую опасность тромбоза лёгочной артерии, первым этапом пациентке была проведена имплантация кава-фильтра в инфраренальном отделе нижней полой вены. На второй день после операции по поводу опухоли желудка (субтотальная резекция желудка с лимфаденэктомией) были диагностированы отрыв и дислокация тромба из левой общей бедренной вены с последующей его фиксацией в области кава-фильтра. Достоверная ультразвуковая диагностика эмболоопасного тромбоза и своевременная имплантация кава-фильтра в нижнюю полую вену предотвратили развитие фатальной тромбоза лёгочной артерии у онкологической больной.

Ключевые слова: тромбоз вен нижних конечностей, тромбоз лёгочной артерии, рак желудка, кава-фильтр, ультразвуковое исследование вен нижних конечностей.

PREVENTION OF FATAL PULMONARY EMBOLISM IN A PATIENT WITH STOMACH CANCER I.A. Kamalov¹, I.R. Agullin², M.G. Tukhbatullin², I.R. Safin¹, A.Yu. Rodionova¹. ¹Tatarstan Regional Clinical Cancer Center, Kazan, Russia, ²Kazan State Medical Academy, Kazan, Russia. A clinical case of a 71-year old patient with stomach cancer and concomitant lower extremity deep venous thrombosis diagnosed before the surgical treatment is presented. The patient was administered anticoagulants, and despite the treatment, a diagnosis of deep venous thrombosis with high risk for thromboembolism was set up. Considering high risk for pulmonary embolism, an inferior vena cava filter was implanted in infrarenal part of inferior vena cava at the first stage. On the second day after the cancer surgery (subtotal stomach resection with lymphadenectomy), clot detachment and its dislocation from the left common femoral vein to the area where the cava filter was implanted with further fixation were diagnosed. Accurate diagnosis of lower extremity deep venous thrombosis with high risk for thromboembolism set up by ultrasonography and timely inferior vena cava filter implantation saved the patient with cancer from developing pulmonary embolism. **Keywords:** lower extremity deep vein thrombosis, pulmonary embolism, stomach cancer, cava filter, lower extremity deep vein ultrasonography.

Венозные тромбозоэмболические осложнения (ВТЭО), такие как тромбоз глубоких вен, подкожных вен (тромбофлебит) и тромбоз лёгочной артерии, существенно ухудшают показатели однолетней выживаемости онкологических больных. В большом популяционном исследовании было показано: в группе пациентов, у которых одновременно были диагностированы онкологические заболевания и ВТЭО, однолетняя выживаемость составила 12%, а в другой

(аналогичной по полу, возрасту и типу онкологического заболевания) группе, но без ВТЭО, однолетняя выживаемость составила 36% [4].

Согласно данным посмертных патологоанатомических исследований, летальные исходы среди онкологических больных в 30% случаев обусловлены тромбозом лёгочной артерии. При этом у двух третей онкологических больных, умерших от фатальной тромбоза лёгочной артерии, опухолевый процесс был курбельным либо не угрожал жизни в ближайшие месяцы [2, 3].

Адрес для переписки: ki20@bk.ru

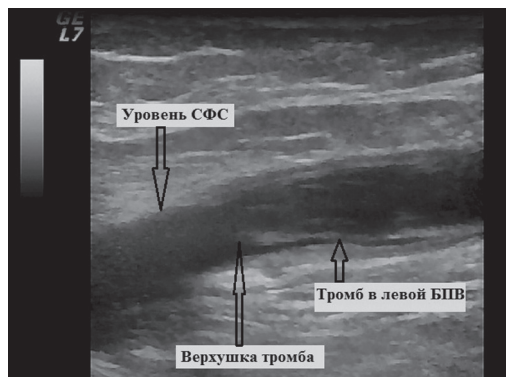


Рис. 1. Тромб в левой большой подкожной вене (БПВ) на расстоянии 8 мм от сафено-феморального соустья (СФС).

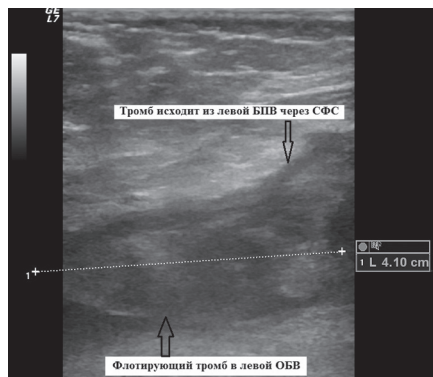


Рис. 2. Флотрирующий тромб в левой общей бедренной вене (ОБВ), исходящий из большой подкожной вены (БПВ); СФС – сафено-феморальное соустье.

Больные со злокачественными новообразованиями обладают высоким риском развития ВТЭО. Наиболее вероятные источники эмболии лёгочной артерии – тромбы в системе нижней полой вены. [1]. Эмбоопасные тромбы часто имеют неокклюзивный характер. При неокклюзивном тромбозе венозная гемодинамика существенно не страдает, часто такие пациенты не предъявляют специфических жалоб, а клинические проявления неокклюзивного эмбоопасного тромбоза бывают незначительными. Эмбоопасные тромбы вен системы нижней полой вены достоверно могут быть выявлены при ультразвуковых исследованиях (УЗИ).

Пациентка К. 71 года поступила в онкологическое отделение №3 Республиканского клинического онкологического диспансера (Казань) с диагнозом «рак желудка». При поступлении предъявляла жалобы на изжогу, боли в эпигастриальной области в течение последних 4–5 мес.

При общем осмотре пациентка нормального телосложения. Кожные покровы и видимые слизистые оболочки обычного цвета. Вены нижних конечностей умеренно варикозно изменены (визуально). Общее состояние удовлетворительное. Живот при пальпации мягкий, незначительно болезненный в эпигастриальной области. Данные видеофиброгастроуденоскопии: «Желудок в нижней трети тела и в области антрального отдела по малой кривизне с переходом на переднюю и заднюю стенки поражён инфильтративной опухолью». Данные УЗИ вен нижних конечностей: «Варикозная трансформация большой подкожной вены (БПВ) слева и её притоков по медиальным поверхностям бедра и голени. Клапанная несостоятельность сафено-феморального соустья слева и левой БПВ. Варикозная трансформация малой подкожной вены справа и её притоков по задней и медиальной поверхностям голени. Клапанная несостоятельность сафено-попliteального соустья справа». В течение последующих 3 дней никаких клинических проявлений ВТЭО у пациентки К. не было. Через 3 дня большой в плановом порядке было выполнено по-

вторное УЗИ вен нижних конечностей, во время которого был выявлен тромбоз (тромбофлебит) левой БПВ (рис. 1). Верхушка тромба находилась на расстоянии 8 мм от сафено-феморального соустья и имела небольшую подвижность на протяжении 4 см.

От предложенной операции (кроссектомии слева) пациентка К. отказалась. Были определены меры профилактики дальнейшего развития ВТЭО. Антикоагулянтную терапию проводили путём подкожного введения нефракционированного гепарина в дозе 7500 ЕД 4 раза в сутки. В течение последующих 3 дней никаких клинических проявлений дальнейшего развития ВТЭО не было. Через 4 дня после выявления тромба в проксимальном отделе левой БПВ было выполнено повторное УЗИ вен нижних конечностей (с целью мониторинга состояния тромба). В ходе указанного исследования было выявлено следующее. Ранее описанный тромб в левой БПВ увеличился в размерах и пролабировал в общую бедренную вену. Тромб в левой общей бедренной вене длиной 4 см занимал две трети её просвета по поперечному сечению, имел значительную подвижность (флотировал) и неоднородную экстенсивную структуру (рис. 2).

Кроме этого, в ходе исследования был выявлен тромб в правой подколенной вене, исходящий из медиальной икроножной вены (рис. 3).

С учётом вышеизложенных данных УЗИ, в связи с высоким риском развития фатальной тромбоэмболии лёгочной артерии пациентке была произведена имплантация кава-фильтра в инфракренальном отделе нижней полой вены эндоваскулярным методом.

Через 3 дня (05.06.13) пациентка К. была в плановом порядке прооперирована по поводу рака желудка: лапаротомия, дистальная субтотальная резекция желудка с лимфаденэктомией. На 2-й день после операции было выполнено УЗИ вен нижних конечностей, подвздошных вен, дистального отдела нижней полой вены. Ранее визуализированный флотрирующий тромб в левой общей бедренной вене, исходящий из БПВ,

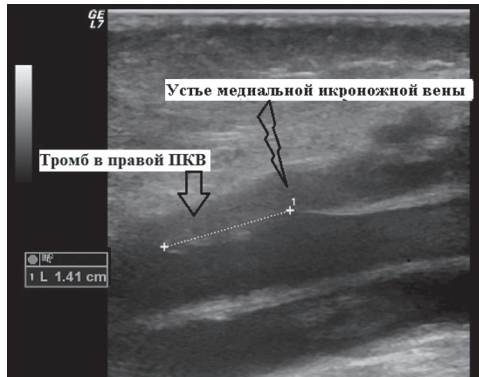


Рис. 3. Тромб в правой подколенной вене (ПКВ), исходящий из медиальной икроножной вены.

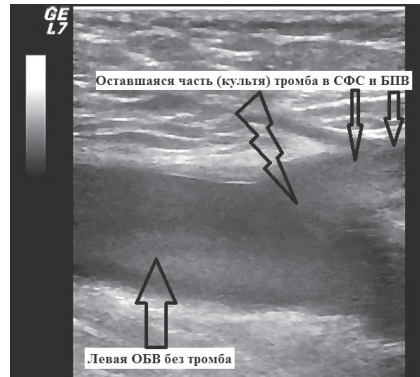


Рис. 4. Левая общая бедренная вена (ОБВ) без тромба и левая большая подкожная вена (БПВ) с оставшейся частью тромба на уровне сафено-феморального соустья (СФС).



Рис. 5. Тромбоэмбол в области кава-фильтра; НПВ – нижняя полая вена.

на момент осмотра отсутствовал, а на уровне сафено-феморального соустья визуализировалась оставшаяся часть тромба (рис. 4).

В процессе этого же исследования в нижней полой вене в области ранее имплантированного кава-фильтра визуализировался тромбоэмбол (рис. 5).

Вышеизложенные данные УЗИ показывают, что произошёл отрыв тромба из левой ОБВ с последующей фиксацией его в области ранее имплантированного кава-фильтра. Таким образом, достоверная ультразвуковая диагностика эмбоопасного тромбоза и своевременная имплантация кава-фильтра в инфраренальном отделе нижней полой вены предотвратили развитие фатальной тромбоэмболии лёгочной артерии у пациентки К.

В послеоперационном периоде пациентка получала терапию низкомолекулярными гепаринами (надропарин натрия) с последующим переводом на непрямые антикоагулянты (варфарин). Дальнейшего развития ВТЭО не было. 17.06.2013 пациентка К. в хорошем состоянии была выписана из стационара.

Вышеописанный клинический случай онкологической пациентки демонстрирует, что периодические УЗИ вен системы нижней полой вены, проводимые через определённые промежутки времени вне зависимости от степени проявления клинических признаков заболеваний вен, позволяют достоверно определить наличие эмбоопасных тромбов.

Представленный нами клинический случай иллюстрирует возможность предотвращения развития фатальной тромбоэмболии лёгочной артерии путём целенаправленного выбора меры её профилактики на основании достоверных данных ультразвуковой диагностики эмбоопасных тромбов вен нижних конечностей.

ЛИТЕРАТУРА

1. Савельев В.С. Флебология: Руководство для врачей. – М.: Медицина, 2001. – 664 с.
2. Dotsenko O., Kakkar A.K. Thrombosis and cancer // Ann. Oncol. – 2006. – Vol. 17. – P. 81-84.
3. Sallah S., Wan J.Y., Nguyen N.P. Venous thrombosis in patients with solid tumors: determination of frequency and characteristics // J. Thromb. Haemost. – 2002. – Vol. 87. – P. 575-579.
4. Sorensen H.T., Mellekjaer L., Olsen J.H. et al. Prognosis of cancers associated with venous thromboembolism // N. Engl. J. Med. – 2000. – Vol. 343. – P. 1846-1850.