

СЛУЧАЙ ЭФФЕКТИВНОГО ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ТРОМБОЛИТИКА – УРОКИНАЗЫ ПРИ ГЕНЕРАЛИЗОВАННОМ ВЕНОЗНОМ ТРОМБОЗЕ В БАССЕЙНАХ НИЖНЕЙ ПОЛОЙ И ВОРОТНОЙ ВЕН

В. А. ЮДИН, М. Ю. ГОЛЬДИН, С. Б. АКСЕНТЬЕВ, Р. Б. ФЕДУЛАЕВ, И. В. КОНДРУСЬ,
А. В. КУЗНЕЦОВ, М. А. НИКУЛИНА

ГБУ РО Рязанская Областная клиническая больница, Рязань

Сведения об авторах:

Юдин В.А. – д.м.н., профессор, заведующий травмоцентром первого уровня ГБУ Рязанской области «Областная клиническая больница», профессор кафедры хирургии с курсом эндохирургии ФДПО Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Рязанский государственный медицинский университет имени академика И.П.Павлова» Министерства здравоохранения РФ, e-mail: vyudin@yandex.ru

Гольдин М.Ю. – заведующий отделением пульмонологии. ГБУ Рязанской области «Областная клиническая больница», e-mail: m_qoldin@mail.ru
Аксентьев С.Б. – к.м.н. Заведующий отделением неотложной кардиологии. ГБУ Рязанской области «Областная клиническая больница», e-mail: aksentiev@mail.ru

Федулаев Р.Б. – Врач-кардиолог отделения неотложной кардиологии. ГБУ Рязанской области «Областная клиническая больница», e-mail: shyvales@mail.ru

Кондрусь И.В. – к.м.н., врач-хирург отделения гнойной хирургии ГБУ Рязанской области «Областная клиническая больница», e-mail: igorkondrus@yandex.ru

Кузнецов А.В. – д.м.н., доцент. Главный врач ГБУ Рязанской области «Областная клиническая больница». Профессор кафедры хирургической стоматологии Федерального государственного образовательного учреждения высшего образования «Рязанский государственный медицинский университет имени академика И.П.Павлова» Министерства здравоохранения РФ, e-mail: okbryaxan@yandex.ru

Никulina М.А. – Заведующая больничной аптекой ГБУ Рязанской области «Областная клиническая больница», e-mail: v.a.nikulina@rokb.ru

Представлен случай успешного лечения пациента с атипичным течением генерализованного венозного тромбоза: бассейнов нижней поллой и воротной вен, осложненного некротическим тромбоваскулитом кожи паховой области слева с применением тромболитика - урокиназы. У больного в ходе обследования установлен диагноз первичной тромбофилии (дефицит антитромбина III). В последующем больному выполнена операция спленэктомия с положительным результатом. Данное клиническое сообщение относится к категории редких случаев течения и лечения больных. Достигнут хороший клинический результат.

Ключевые слова: венозный тромбоз; урокиназа.

Возникновение и развитие системного тромбоза, особенно в молодом возрасте, достаточно редкое явление и представляет собой большую сложность в лечении, как в прочем и в определении причинных механизмов возникновения [1–5]. В доступной отечественной литературе не удалось обнаружить сведений о положительном результате применения урокиназы в случае множественного тромбоза бассейнов нижней поллой и воротной вен. Представляемый клинический случай позволяет задуматься о расширении диапазона применения тромболитической терапии при данных состояниях. Течение заболевания имело особенности, которые затрудняли диагностику и выбор рациональной терапии. Применение урокиназы, скорее было терапией «отчаяния», без особых надежд на благоприятный исход.

Описание случая:

Больной Г., 18 лет, № ист.7171, поступил первоначально в ГБУ РО «Скопинская ЦРБ», Рязанской области в связи с развившейся пневмоцистной пневмонией на фоне перенесенно-

го гриппа в январе 2016 г. Далее, через 5 суток, был переведен в пульмонологическое отделение ГБУ РО «ОКД» г. Рязани 14.01.2016г. выписан 30.03.2016 г.

Диагноз заключительный клинический основной: Первичная тромбофилия (предположительно дефицит антитромбина III).

Осложнения: илеофemorальный тромбоз слева, ТЭЛА (январь 2016г.). Двухсторонняя инфарктная пневмония. Имплантация сава-фильтра (02/2016). Ретромбоз вен левой нижней конечности. Тромбоз нижней поллой вены, общих правой и левой подвздошных вен, воротной вены, селезеночной вены, частичный тромбоз сагиттального синуса с эписиндромом и умеренным парезом в левой руке.

Сопутствующий: Аллергическая реакция на клексан по типу синдрома Стивенса-Джонсона, эозинофильного пульмонит.

Жалобы при поступлении: на влажный кашель с мокротой, наличие трофических язв левой нижней конечности в левой паховой области, приступы судорог, головную боль.

Анамнез заболевания: Заболел остро после перенесенного в начале января гриппа. В связи с развившейся пневмонией и неэффективностью лечения по месту жительства, больной переведен на стационарное лечение в пульмонологическое отделение ГБУ Рязанской области «ОКБ» где проходил обследование и лечение с 13.01 по 07.03. В связи с развившимся острым илеофemorальным тромбозом слева и подозрением на ТЭЛА пациент переведен в отделение сердечно-сосудистой хирургии ГБУ РО «ОКД» г. Рязани, где находился с 07.03. по 14.03. В этот период времени, больному была выполнена имплантация кава – фильтра и для дальнейшего лечения переведен вновь в пульмонологическое отделение ГБУ РО «ОКБ». Далее с 14.03.16 по 21.03.16 с диагнозом: Двухсторонняя постгриппозная полисегментарная пневмония с исходом в пневмофиброз. Илеофemorальный тромбоз слева. Больному по рекомендации сосудистого хирурга было назначено применение прямых и непрямых антикоагулянтов (ривароксабан 15 мг два раза в сутки, клексан 0,8 мг два раза в сутки). В ходе лечения у больного в левой паховой области появилась зона некроза кожи, который расценен как некротический васкулит по типу Стивенса-Джонсона, на фоне усиления отека левой нижней конечности. При осмотре 20.03 у больного отмечены сильные боли в животе, повышение температуры, жидкий стул. Выполнено ультразвуковое исследование брюшной полости и обнаружено наличие тромбоза в бассейнах нижней полой и воротной вен. Консилиум специалистов принял решение о переводе больного в хирургическое отделение, в связи с угрозой развития поражения паренхиматозных органов и ЖКТ, в связи с острым венозным тромбозом воротной вены и наличием локализованного некроза кожи в паховой области. Далее, 21.03.16 переведен в 1-е хирургическое отделение ГБУ РО «ОКБ» для дальнейшего лечения с диагнозом: множественный венозный тромбоз (илеофemorальный слева, нижней полой вены, воротной вены, селезеночной вены). От проведения диагностической лапароскопии решено отказаться в связи с отсутствием перитониальных симптомов и тяжестью состояния пациента.

С целью оказания прямого воздействия на внутрисосудистый распространенный венозный тромбоз в бассейнах нижней и воротной вен, решено применить тромболитическую терапию. При индексе массы тела больного 24 кг/м² с 22.03.16 по 23.03.16 была проведена тромболитическая терапия урокиназой по рекомендуемой изготовителем препарата схеме, с учетом содержания тромбоцитов на момент начала процедуры - 46•10⁹ /л: 150000 МЕ в/в в течение 20 минут, затем 100000 МЕ/час в течение 48 часов в 30 минут. Всего введено 5000000 МЕ на изотоническом растворе хлорида натрия. Терапия сочеталась с внутривенной инфузией гепарина 1000 УВ/час с контролем АЧТВ каждые 6 часов. Значение АЧТВ 22.03-23.03: 39,8; 38,4; 33,0; 26,1; 23,5; 38; 44. На фоне лечения отмечено значительное улучшение состояния: прекратились боли в животе, стабилизировалась гемодинамика, уменьшился объем левой нижней конечности (таб. 1–3).

С 29.03.16 больной переведен для дальнейшего лечения в отделение гнойной хирургии в связи с образованием тро-

фических язв верхней трети левой нижней конечности. При поступлении в отделение гнойной хирургии состояние средней степени тяжести. В сознании. Кожные покровы бледные. Температура тела в норме. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 18 в мин. АД 110/70 мм рт. ст. ЧСС 90 в мин. Живот мягкий, безболезненный. Перитониальных симптомов нет. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Физиологические отправления в пределах нормы. Легкий левосторонний спастический гемипарез. С 29.03 у больного неоднократно повторялись приступы судорог.

Таблица 1

Данные обследования иммунного статуса больного

Показатель	Результат исследования
АТ к кардиолипину суммарные Igl+A+M	2,14
Антинуклеарный фактор	<1,160
нРИФ	<1:40

Таблица 2

Исследование системы гемостаза больного от 24.03.16 г.

Показатель	Результат исследования
Активность фактора Виллебранда	>320
АЧТВ	46,7 сек
Протромбиновое время	16,8 сек
Протромбин по Квику	57,5%
МНО	1,38
Фибриноген	1,2 г/л
Активность протеина С	0,9%
Активность антитромбина III	68,9%
Фибринолиз	7,0 мин
Д-димеры	>16,0 мг/л

Данные ФГДС от 25.03 – в сравнении от 18.03.16 г – слизистая желудка умеренно отечна и гиперемирована, эрозии и геморрагии зажили.

Данные РКТ легких от 09.03.16 г – С обеих сторон в верхних и средних отделах на фоне обогащения, перестройки легочного рисунка определяются участки нарушения воздушности легочной ткани по типу матового стекла. В нижних отделах с прилежанием к костальной плевре определяются участки консолидации легочной ткани с неровными внутренними контурами. Междольковые перегородки утолщены. Корни не расширены. Проходимость бронхов не нарушена. В средостении не большое количество лимфатических узлов, параортальные увеличены до 20 мм, остальные менее 10 мм. В плевральной полости без жидкого содержимого.

РКТ от 30.03.16 – не исключается тромбоз верхнего сагитального синуса.

Динамика анализов крови больного

Дата	Эритроциты, 10 ¹² /л	Нь, Гр/л	Тромбоциты, 10 ⁹ /л	Лейкоциты, 10 ⁹ /л	Эозинофилы, %	П, %	С, %	Л, %	М, %	СОЭ, мм/ч
15.03	4,3	127	357	31,3	64	5	19	10	2	7
22.03	3,5	93	46	8,6	11	3	57	23	6	15
23.02	3,4	94	83	7,9	21	2	36	38	3	20
24.03	3,3	92	55	8,9	-	-	-	-	-	-
29.03	3,5	98	53	17,6	-	3	88	6	3	21
30.03	3,8	116	-	10,5	-	-	80	15	5	22

Выполнено РКТ головного мозга (29.03). Картина тромбоза нижней полой вены, общей правой и левой подвздошных вен, воротной и селезеночной.

30.03 – РКТ головного мозга с контрастированием.

РКТ от 25.03.16 – двухсторонняя разрешающаяся пневмония в нижних долях. Двухсторонний плеврит. Следы жидкости в полости перикарда. Лимфоаденопатия ВГЛУ и подмышечных лимфоузлов умеренно выраженная. Фокусы пневмофиброза в верхних и нижних полях слева.

По согласованию родственников больного с администрацией городской клинической больницы №36 г. Москва, больной переводится для дальнейшего лечения в профильное лечебное учреждение ГКБ №36 г. Москвы, где была произведена спленэктомия. Больной был выписан на амбулаторное лечение в удовлетворительном состоянии. Дальнейшая судьба его не известна.

Заключение

Представленный клинический случай относится к редким формам нарушения свертывающей системы крови, характеризующийся полиморфизмом проявлений и диссеминацией зон тромбообразования. Течения заболевания, не соответствует классическим клиническим стандартам, что способствовало и нестандартному способу лечения. Применение тромболитика –

урокиназы оказало положительное влияние на течение заболевания и расширило диапазон его применения.

Конфликт интересов: авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Список литературы

1. Воевода М.И., Усов С.А., Ровенских Д.Н. Метаболические тромбофилии и острый тромбоз глубоких вен нижних конечностей (сообщение I). Флебология 2015;9(3): с.11-15. doi: 10.17116/flebo20159311-15
2. Кунгурцев Е.В., Михайлов И.П., Никитина О.В., Гольдин И.М., Арустамян В.А. Тромбозис при эмболии легочной артерии у больных с тромбозом глубоких вен нижних конечностей. Флебология, 2012;6(1): с.48-51
3. Кирилочев О.К. Тромбоз нижней полой и воротной вены у новорождённых. Педиатрия. Журнал им. Г.Н.Сперанского. 2015;94(1): с.76-78.
4. Сахарюк А.П., Григоренко А.А., Тарасюк Е.С., Шимко В.В., Вереветников А.Н. Активная хирургическая тактика лечения эмбологенных венозных тромбозов в бассейнах нижней полой вены. Якутский медицинский журнал. 2015;2(50): с.84-85.
5. Шерцингер А.Г., Киценко Е.А., Любимый Е.Д., Фандеев Е.Е., Сысоева Е.П. Тромбоз воротной вены: этиология, диагностика и особенности лечения. Вестник экспериментальной и клинической хирургии. 2012;V(1): с.83-91.

EFFECTIVE USE CASE TROMBOLITIKA-UROKINASE IN GENERALIZED VENOUS THROMBOSIS IN THE LOWER BASINS OF THE HOLLOW AND PORTAL VEINS

V. A. YUDIN, M. Yu. GOLDIN, S. B. AKSENTIEV, R. B. FEDULAEV,
I. V. KONDRUS, A. V. KUZNETSOV, M. A. NIKULINA

Emergency Hospital, Ryazan

Presents a case of successful treatment of a patient with atypical for generalized venous thrombosis: basins of the inferior Vena cava and portal vein, complicated by necrotic thrombovascular skin groin area on the left with the use of thrombolytic - urokinase. The patient in the course of the survey the diagnosis of primary thrombophilia (antithrombin III deficiency). Subsequently, the patient performed surgery splenectomy with a positive result. The clinical message belongs to the category of rare cases, course and treatment of patients. Achieved good clinical results.

Key words: venous thrombosis; urokinaza