

Персистирующая левая верхняя полая вена, выявленная при проведении имплантации подкожной венозной порт-системы у пациентки с раком молочной железы. Клиническое наблюдение.

Куликов Е.П., Шанаев И.Н., Хромых Н.И., Аббасов А.Э.

Рязанский государственный медицинский университет имени академика И. П. Павлова

E-mail: c350@yandex.ru

Персистирующая левая верхняя полая вена имеет клиническое значение при необходимости установки центральных венозных катетеров. В онкологии установка венозных порт-систем является важной медицинской процедурой, позволяющая проводить длительные сеансы химиотерапии. Наличие вариантной анатомии системы верхней полой вены является основной причиной неудач или осложнений, таких как неправильное позиционирование катетера и непреднамеренная канюляция коронарного синуса с последующей перфорацией сердца.

Цель: Ознакомить врачей практического здравоохранения с редким вариантом анатомии верхней полой вены.

Пациенты и методы: В исследование было включено 845 пациентов, проходивших операцию по имплантации подкожной венозной порт системы с 2024 по 2025 гг. Операции проводились под местной анестезией на ангиографическом комплексе SIEMENS ARTIS ZEE. Персистирующая левая верхняя полая вена была выявлена у одной пациентки (0,1%).

Клиническое наблюдение

Женщина 50 лет с диагнозом злокачественное новообразование левой молочной железы была направлена на установку подкожной венозной порт – системы. В анамнезе у пациентки сердечно-сосудистых заболеваний не было, при опросе жалоб со стороны сердечно – сосудистой системы не предъявляла.

Во время проведения операции была пунктирована правая внутренняя яремная и заведён диагностический проводник. После рентген контроля было выявлено, что проводник располагается левее трахеи и левого бронха. Была несколько раз проведена попытка переустановить проводник, однако его положение не менялось (рис.1). Решено было установить интродьюсер и провести катетер от порт – системы. Без технических сложностей был спозиционирован проксимальный кончик катетера на уровне пересечения с левым бронхом, проведен пробный забор крови (рис.2). Далее был сформирован подкожный «карман» для порт – системы в области дельтовидно-пекторальной бороздке справа, порт – система подсоединена к катетеру и имплантирована.

После операции пациентка была направлена на дополнительное обследование в объеме ультразвукового исследования сердца компьютерно-томографической флебографии.

По данным ультразвукового исследования сердца: Устье верхней полой вены в типичном месте не лоцируется; коронарный синус расширен до 18 мм. Ультразвуковые признаки персистирующей левой верхней полой вены (возможно единственной) (рис.3).

По данным компьютерно-томографической флебографии верхняя полая вена расположена по левому краю средостения, впадает в коронарный синус, далее в области основания сердца в правое предсердие (рис.4).

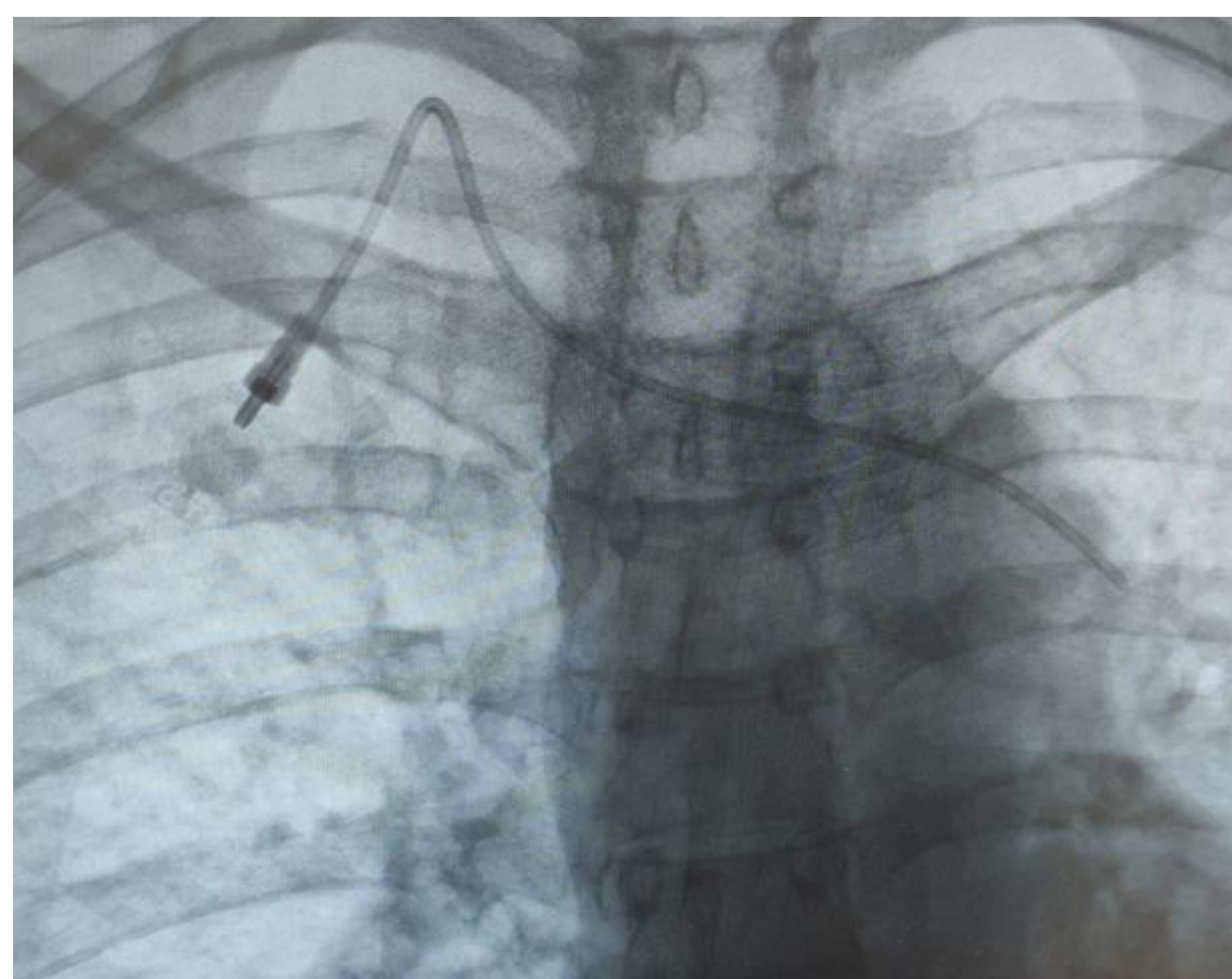


Рис.1. Рентгенограмма проведения диагностического проводника.



Рис.2. Рентгенограмма установленной подкожной венозной порт - системы.

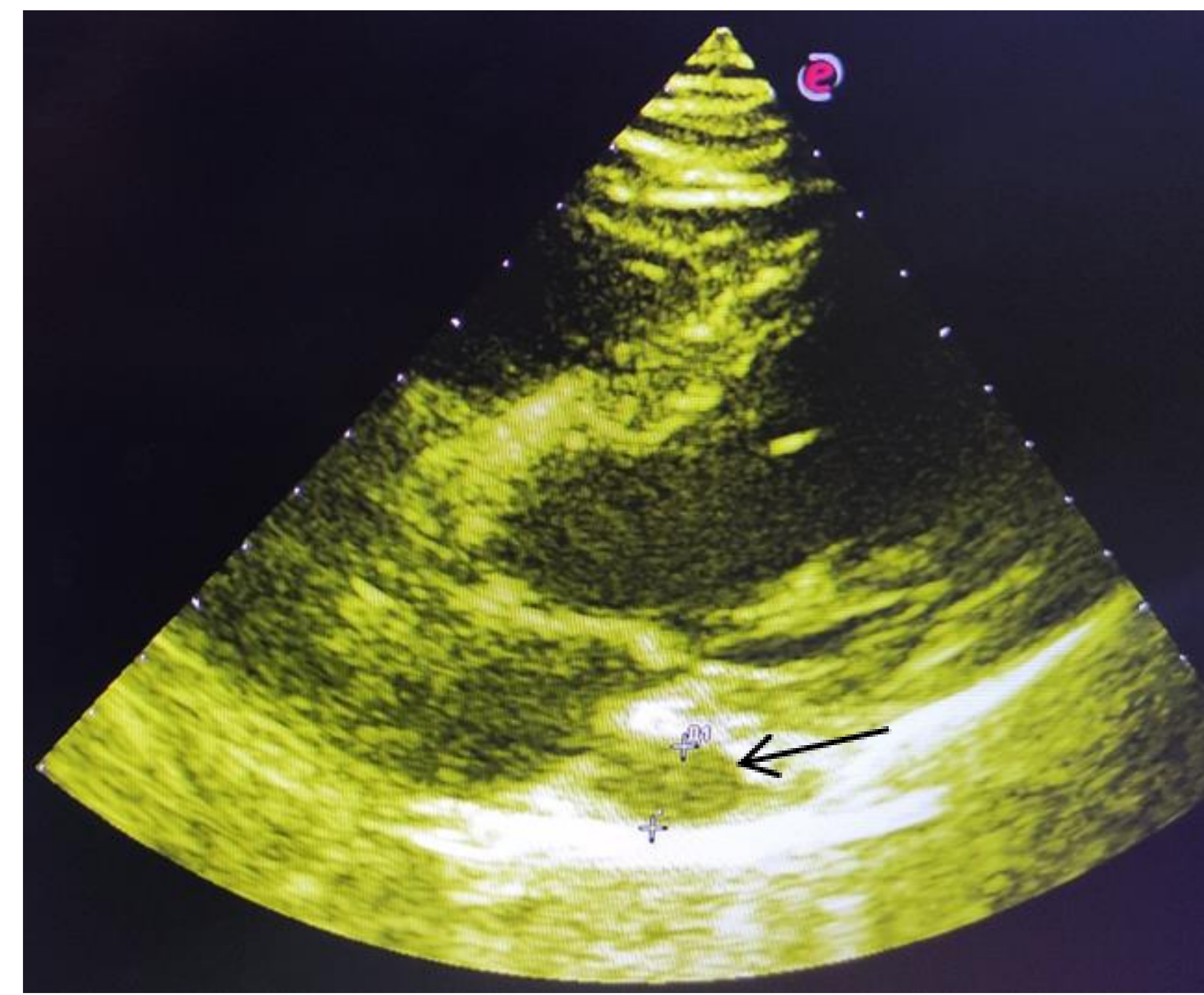


Рисунок 3. Ультразвуковая сканограмма сердца. Стрелочкой показан расширенный коронарный синус.

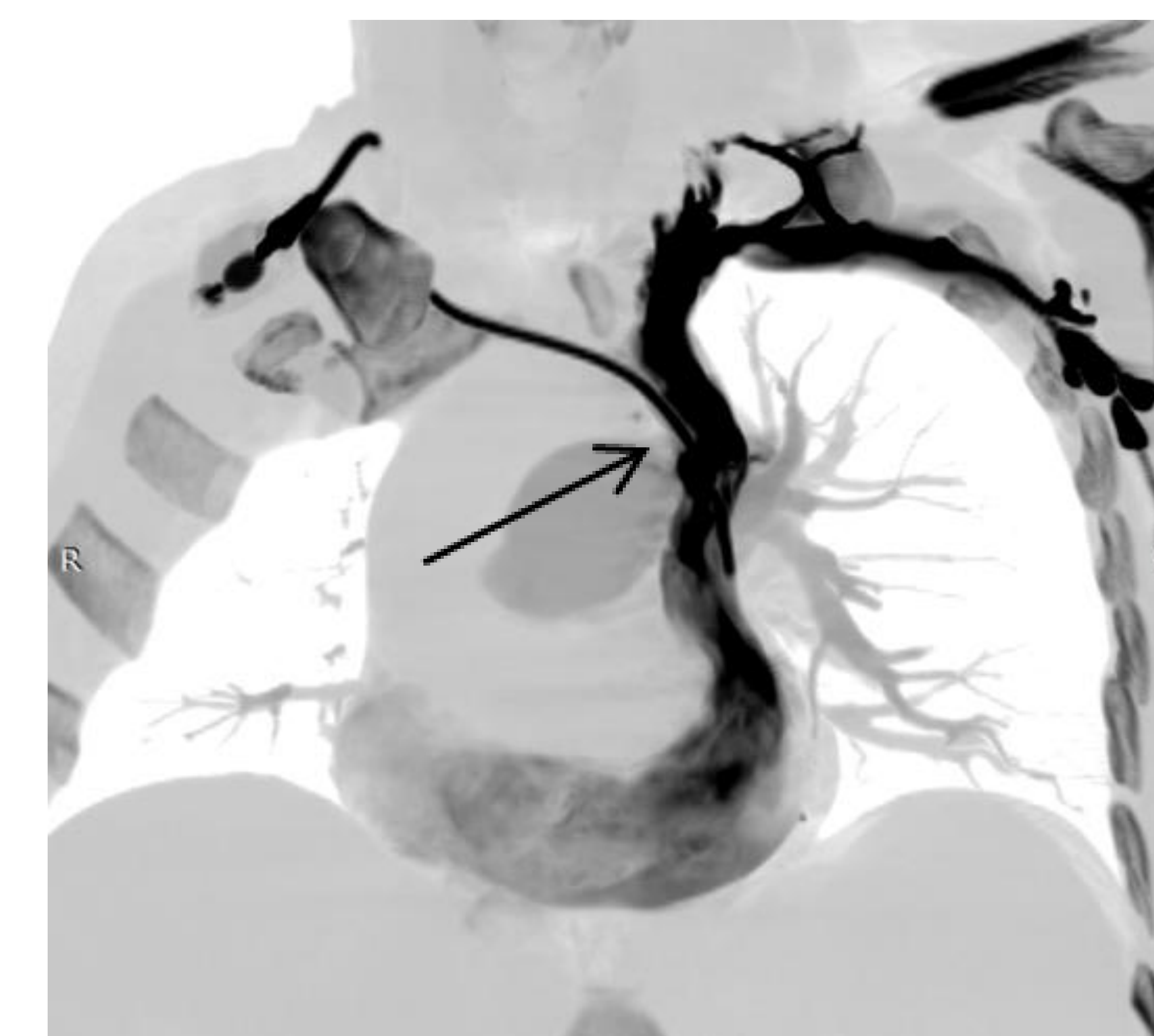


Рис.4. Компьютерная флебограмма. Стрелочкой показана персистирующая левая верхняя полая вена.

Заключение

Персистирующая левая верхняя полая вена - достаточно редкая клиническая находка среди онкологических пациентов. Врачи практического здравоохранения должны знать об этой сосудистой аномалии, требующей тщательной диагностики, чтобы избежать ятрогенных повреждений во время инвазивных процедур.