

МАССИВНАЯ ТРОМБОЭМБОЛИЯ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ НА ФОНЕ ТЕРАПИИ РАКА ПОЧКИ: КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ

Алтайский государственный медицинский университет, г. Барнаул

Сузопова А. А., Птица Е. И., Коробейников К. К., Андриенко А. В.

Научный руководитель: к.м.н., доцент Андриенко А. В., кафедра госпитальной терапии с курсом ДПО

Аннотация. Венозные тромбоэмболические осложнения (ВТЭО) представляют серьезную угрозу для онкологических больных, особенно получающих терапию. Диагностика и лечение массивной тромбоэмболии легочной артерии (ТЭЛА) у таких пациентов осложняется наличием противопоказаний к тромболитической терапии. В статье представлено клиническое наблюдение пациента 75 лет с метастатическим раком почки, принимающего терапию – сунитиниб, у которого развилась массивная ТЭЛА с объемом поражения 97,5% (индекс Миллера 39), осложненная выраженной тромбоцитопенией ($60 \times 10^9/\text{л}$). Наличие тяжелой тромбоцитопении, применение сунитиниба и выраженность онкологического процесса позволили принять решение об отказе от тромболитика в пользу антикоагулянтной терапии.

Ключевые слова: тромбоэмболия легочной артерии, тромбоцитопения, рак почки, сунитиниб, таргетная терапия, тромболитис, антикоагулянтная терапия.

Abstract. Venous thromboembolic complications (VTE) pose a serious threat to cancer patients, especially those receiving targeted therapy. Diagnosis and treatment of massive pulmonary embolism (PE) in these patients is complicated by contraindications to thrombolytic therapy. This article presents a clinical observation of a 75-year-old patient with metastatic kidney cancer treated with sunitinib. He developed massive PE with a lesion volume of 97.5% (Miller index 39), complicated by severe thrombocytopenia ($60 \times 10^9/\text{L}$). The presence of severe

thrombocytopenia, the use of sunitinib, and the severity of the oncological process led to the decision to abandon thrombolysis in favor of anticoagulant therapy.

Keywords: *pulmonary embolism, thrombocytopenia, kidney cancer, sunitinib, targeted therapy, thrombolysis, anticoagulant therapy.*

Введение

Венозные тромбоемболические осложнения занимают одно из ведущих мест в структуре причин смертности у онкологических больных [1]. Риск развития ТЭЛА у данной категории пациентов в 4–7 раз выше, чем в общей популяции [2]. Особую группу риска составляют пациенты, получающие таргетную терапию, например, ингибиторы тирозинкиназ (сунитиниб), которые, наряду с высокой эффективностью, ассоциированы с повышением частоты фатальных сердечно-сосудистых событий и ВТЭО [3, 4]. Массивная ТЭЛА, при которой происходит обструкция более 50% легочного русла, характеризуется высокой летальностью и требует экстренных лечебных мероприятий [1, 6]. В данном клиническом случае описывается развитие массивной ТЭЛА у пациента с метастатическим раком почки, которому было проведено 17 курсов терапии сунитинибом.

Цель: анализ диагностических и терапевтических подходов при массивной ТЭЛА у онкологических пациентов с противопоказаниями к тромболитической терапии.

Материалы и методы

Проведен ретроспективный анализ истории болезни пациента 75 лет с диагнозом ЗНО правой почки T3N0M1, находившегося на лечении в терапевтическом отделении №2 КГБУЗ «Городская больница №8, г. Барнаула».

Описание клинического случая

В приемное отделение КГБУЗ «Городская больница №8, г. Барнаула» в экстренном порядке поступил пациент 75 лет с жалобами на одышку в покое, головокружение, чувство нехватки воздуха, отек левой нижней конечности.

Из анамнеза заболевания известно: утром 09.09.25 отметил появление отека левой голени и бедра, затем возникла прогрессирующая одышка. На следующий день состояние ухудшилось: появилось головокружение, чувство нехватки воздуха в покое. Бригадой СМП зарегистрирована гипотония (АД 90/60 мм рт. ст.), снижение сатурации кислорода до 88%. Пациент госпитализирован в терапевтическое отделение.

Из анамнеза жизни: установлен диагноз «ЗНО правой почки, стадия IV (T3N0M1), множественные метастазы в легких». С 24.07.23 получает таргетную терапию сунитинибом в монорежиме, на момент поступления завершил 17-й курс терапии. Сопутствующие заболевания: ожирение I степени (ИМТ 30,35 кг/м²), гипертоническая болезнь III стадии, риск 3.

Объективный статус при поступлении: Состояние тяжелое. Сознание ясное. Кожные покровы бледные. Отечность всей левой нижней конечности. Со стороны сердечно-сосудистой системы: границы сердца смещены влево, тоны сердца приглушены. Пульс 106 уд/мин, АД 90/60 мм рт. ст. SpO₂ – 88%. При аускультации легких дыхание ослаблено.

Результаты обследования

По данным лабораторных исследований: тромбоциты – 60×10^9 /л, D-димер – 3060 нг/мл, фибриноген – 2,24 г/л.

По данным инструментальных исследований:

ЭКГ (10.09.25): Синусовая тахикардия, нарушение процессов реполяризации.

Дуплексное сканирование вен НК (11.09.25): Оклюзионный тромбоз вен подвздошно-бедренно-подколенно-берцового сегмента слева.

КТ органов грудной клетки с контрастированием (09.09.25): Выявлены признаки массивной ТЭЛА. Индекс Миллера составил 39 баллов, что соответствует объему поражения легочного русла – 97,5%. Также подтверждено наличие множественных метастатических очагов в легких и признаки легочной гипертензии.

ЭхоКГ (15.09.25): Фракция выброса ЛЖ 61%. Выявлено выраженное расширение правых отделов сердца и левого предсердия, умеренная

легочная гипертензия, что является маркерами острой перегрузки правых отделов на фоне ТЭЛА.

Установленный диагноз

Основной: С64 ЗНО правой почки, стадия IV (Т3N0M1), множественные метастазы в легких. Таргетная терапия сунитинибом (17 курсов), стадия IV.

Осложнения: Онкоассоциированный рецидивный подвздошно-бедренный окклюзионный флеботромбоз слева. Массивная тромбоэмболия легочной артерии (09.09.25) (Индекс Миллера 39) с объемом поражения 97,5%. ОДН II ст.

Сопутствующий: Ожирение I ст. Гипертоническая болезнь III ст., 3 ст., риск 3. ХБП: С3б (38 мл/мин/1,38м²).

Лечение

Лечащим врачом было принято решение о начале антикоагулянтной терапии гепаринами в дозе 50000 МЕ через инфузомат в/в 2500 МЕ в час с 09.09.25 по 16.09.25, ривароксабан 15 мг 2 р в день с 16.09.25 по 26.09.25. На фоне проводимой терапии отмечена положительная динамика: стабилизация гемодинамики, улучшение показателей оксигенации, по данным контрольного дуплексного сканирования от 19.09.25 – признаки частичной реканализации тромботических масс. Пациент выписан в удовлетворительном состоянии для дальнейшего амбулаторного наблюдения.

Обсуждение

Несмотря на массивную тромбоэмболию, было принято решение о недопустимости проведения тромболизиса. Это может быть объяснено следующими фактами:

1. Тромбоцитопения ($60 \times 10^9/\text{л}$) – прямое противопоказание к тромболизису, так как возможны геморрагические осложнения.

2. Международные гайдлайны лечения венозных тромбоэмболий при раке рекомендуют применение гепаринов и/или оральных антикоагулянтов [5].

3. Пациентам со злокачественными опухолями тромболитичес не рекомендован, из-за большей частоты геморрагических осложнений (относительный риск выше в 16 раз).

4. Сунитиниб – блокатор VEGF, сосудистого эндотелиального фактора роста, тем самым он блокирует ангиогенез опухоли, уменьшая ее кровоснабжение и рост. Однако применение этого препарата повышает риск тромбозов и кровотечений. Апоптоз эндотелия, с одной стороны, вызывает разрушение сосудов и кровотечение, с другой стороны, эндотелиальную дисфункцию и последующую активацию гемостаза. Поэтому сунитиниб не рекомендуют использовать вместе с тромболитичесом, ввиду высокого риска тромботических и геморрагических событий.

Заключение

Представленное клиническое наблюдение демонстрирует сложности ведения онкологических пациентов с массивной ТЭЛА и противопоказаниями к тромболитической терапии. Выраженная тромбоцитопения требует индивидуального подхода к выбору антикоагулянтной терапии. Важнейшую роль в диагностике играет комплексный подход, включающий клинические данные, коагулограмму, данные УЗИ вен нижних конечностей и КТ-ангиографию легких, позволяющую объективно оценить объем поражения. Консервативное ведение с использованием гепаринов и оральных антикоагулянтов может быть эффективной альтернативой тромболитичесу у данной категории больных.

Список литературы:

1. Панченко Е.П., Балахонова Т.В., Данилов Н.М. и др. Диагностика и лечение тромбоземболии лёгочной артерии: клинические рекомендации Евразийской ассоциации кардиологов для практических врачей (2021). *Евразийский кардиологический журнал*. 2021; 1(34): 44-77. <https://doi.org/10.38109/2225-1685-2021-1-44-77>. – EDN FIZAJO.

2. Куцева Т.В. Венозные тромбозмболические осложнения у онкобольных: анализ и пути решения. *Тюменский медицинский журнал*. 2014; 16(4): 36-38. – EDN SYSYTV.

3. Caprini J.A. Risk assessment as a guide for the prevention of the many faces of venous thromboembolism. *Am J Surg*. 2010; 199, № 1 (Suppl): S3–S10. <https://doi.org/10.1016/j.amjsurg.2009.10.006>.

4. Choueiri T. K. et al. Risk of arterial thromboembolic events with sunitinib and sorafenib: a systematic review and meta-analysis of clinical trials. *J Clin Oncol*. 2010; 28(13): 2280–2285. <https://doi.org/10.1200/JCO.2009.27.2757>.

5. 2019 ESC Guidelines for the diagnosis and management of acute pulmonary embolism developed in collaboration with the European Respiratory Society (ERS). S. V. Konstantinides [et al.]; ESC Scientific Document Group. *Eur Heart J*. 2020; 41(4): 543–603. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehz405>. PMID: 31504429.

6. Неймарк М.И., Акатов А. В. Сравнительная оценка эффективности методов консервативного лечения тромбозмболии легочной артерии. *Бюллетень медицинской науки*. 2017; 1(5): 65–69. [https://doi.org/10.31684/2541-8475.2017.1\(5\).65-69](https://doi.org/10.31684/2541-8475.2017.1(5).65-69). – EDN ZQJALD.

Сузопова А. А., Птица Е. И., Коробейников К. К., Андриенко А.В. Массивная тромбозмболия легочной артерии на фоне терапии рака почки: клиническое наблюдение. *Scientist*. 2026; 1(32): 1–6.
