

И.В.КОЛЕСНИК, А.Г.СОНИС, Б.Д.ГРАЧЕВ

Самарский государственный медицинский университет

КЛИНИЧЕСКИЙ АЛГОРИТМ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ТРОМБОЗА ВОРОТНОЙ ВЕНЫ

Статья посвящена современным представлениям о патогенезе, клинике тактике лечения тромбоза ствола и главных ветвей воротной вены. Представлены разработанные в клинике алгоритмы тактики при развитии кровотечения из варикозно расширенных вен пищевода и по применению реконструктивно-восстановительных вмешательств.

Ключевые слова: *портальная гипертензия, воротная вена, варикозно расширенные вены пищевода, эндоваскулярная хирургия, TIPSS, портокавальный анастомоз*

Колесник Игорь Владимирович - врач-хирург хирургического отделения №1 клиники пропедевтической хирургии СамГМУ. E-mail: Kolesnik-I-V@yandex.ru

Сонис Александр Григорьевич - доктор медицинских наук, заведующий кафедрой общей хирургии СамГМУ. E-mail: sonis_ag@mail.ru

Грачев Борис Дмитриевич - заведующий хирургическим отделением №1 клиники пропедевтической хирургии СамГМУ, доцент кафедры общей хирургии СамГМУ. E-mail: drgrachev@mail.ru

I.V. KOLESNIK, A.G. SONIS, B.D. GRACHEV

Samara State Medical University

CLINICAL ALGORITHM FOR THE DIAGNOSIS AND TREATMENT OF PORTAL VEIN THROMBOSIS

The article is devoted to modern concepts of pathogenesis, clinic, treatment strategies for thrombosis of the trunk and main branches of the portal vein. The article presents developed in the clinic tactics algorithms for the progression of bleeding from esophageal varices and the use of reconstructive interventions.

Keywords: *portal hypertension, portal vein, varicose veins of the esophagus, endovascular surgery, TIPSS, portocaval anastomosis*

Igor Kolesnik - surgeon of the Propedeutic Surgery Clinic of SamSMU, department No 1. E-mail: Kolesnik-I-V@yandex.ru

Aleksandr Sonis - doctor of Medical Sciences, Head of the General Surgery Department SamSMU. E-mail: sonis_ag@mail.ru

Boris Grachev - head of the Department No 1 of Propedeutic Surgery Clinic of SamSMU, associate professor at the General Surgery Department SamSMU. E-mail: drgrachev@mail.ru

Тромбоз воротной вены (ТВВ) расценивается как вторая после цирроза печени причина развития синдрома портальной гипертензии (ПГ). В европейских странах он выявляется не менее чем у 10% больных с ПГ, а в развивающихся странах его частота достигает 40% [6].

Основной опасностью данного заболевания является развитие кровотечения из варикозно расширенных вен пищевода (ВРВП). ТВВ обуславливает до 30% от общего числа таких кровотечений. Если цирроз печени осложняется кровотечением из ВРВП в 30-45%, то ТВВ – в 75-90% [4].

Цель исследования: разработать алгоритм диагностики и лечения больных с ТВВ.

Материалы и методы исследования

В хирургическом отделении №1 клиники пропедевтической хирургии СамГМУ за период 2012-2015 гг. находились на лечении 18 пациентов с ТВВ, что составило 16% от общего числа пациентов с синдромом портальной гипертензии, из них 1 пациент мужского пола, 17 - женского. Среди обследованных преобладали пациенты молодого возраста, средний возраст составил 32±7,7 лет.

Причины ТВВ удалось выявить у 16 из 18 пациентов. Врожденные и приобретенные тромбофилии выявлены у 16 из 18 пациентов. Полученные данные подчеркивают важность выявления у пациентов с ТВВ причин тромбофилии, в том числе наследственных [1].

Клиника развития ТВВ у всех наблюдавшихся нами больных была малосимптомна и протекала волнообразно – боли в животе, диспептические расстройства, субфебрилитет, что соответствует литературным данным [5]. У 7 из 18 больных заболевание манифестировало кровотечением из ВРВП. В целом, кровотечения из ВРВП были у 17 из 18 наблюдавшихся пациентов.

Инструментальная топическая диагностика начиналась с выполнения УЗИ с ЦДК. Визуализировать тромб в стволе воротной вены удалось менее чем у половины пациентов (6 из 18).

Следующим этапом топической диагностики являлось выполнение КТ или МРТ, позволявших исключить наличие компрессии воротной вены извне (онкологические заболевания, индуративный панкреатит).

Последним и решающим исследованием в выборе тактики лечения являлась возвратная спленомезентерикоportoграфия, которая позволяла визуализировать артериальное и венозное русло кишечника и селезенки, оценить паренхиматозный кровоток в селезенке и печени. На основании данного исследования нами был разработан первый этап алгоритма тактики (рис. 1).



Рис. 1. Тактический алгоритм при тромбозе воротной вены и остановленном кровотечении из варикозно расширенных вен пищевода

При остром тромбозе антикоагулянтную терапию начинали с постоянной инфузии нефракционированного гепарина, затем переходили на «лечебные» дозы фракционированного гепарина в течение 5-8 дней. Далее осуществляли переход на таблетированные препараты. Использование варафарина у больных с компримированной белковосинтетической функцией печени оказалось небезопасным. В этих случаях (4 пациента) мы назначали Ривароксобан, который уже был апробирован при схожей патологии [3].

При наличии «посттромботической болезни воротной вены», морфологическим субстратом которой является портальная кавернома, консервативное лечение не может иметь стойкого эффекта. Поэтому 17 из 18 наблюдавшихся пациентов оперированы. Разобщающие операции (Хассаба) выполнены 5-ти пациентам, спленоренальные дистальные анастомозы сформированы 3-м пациентам, еще 9-ти выполнены гибридные реконструктивно-восстановительные операции. После выполнения средне-срединной лапаротомии выделяли ствол начального отдела верхнебрыжеечной вены. После полного пережатия вены в течение 10 минут ствол вены канюлировали интродьюсером Fr 10, через который проводили дальнейшие внутрисосудистые манипуляции (патент на изобретение RU 2566923 С1 от 08.09.2014).

После проведения прямой мезентерико-portoграфии определяли дальнейшую тактику выполнения вмешательства (рис. 2). Протезирование воротной вены выполнено у 2-х пациентов. У 5-ти из 9ти пациентов обнаружен выраженный портальный фиброз. Им выполнено протезирование воротной вены после TIPSS. У 2-х пациентов реканализация воротной вены оказалась невозможной, им выполнены разобщающие операции типа Хассаба.

Феномен развития портального фиброза печени при ТВВ хотя и описан в литературе, но изучен недостаточно.

Не ясны сроки его формирования, мето-



Рис.2. Тактический алгоритм гибридного оперативного вмешательства при тромбозе воротной вены

ды диагностики совершенно не разработаны. Очевидно, что возвратная спленомезентерикопортография не дает достаточной информации для оценки этого осложнения, что диктует необходимость дальнейших исследований [2].

Результаты и выводы

Из 18-ти наблюдавшихся пациентов погибли двое. Причинами смерти стали рецидивирующие кровотечения из ВРВП. Одна из них, пациентка старческого возраста, не была оперирована из-за исходной тяжести состояния, вторая была прооперирована. В ходе гибридной операции обнаружен выраженный портальный фиброз. Выполнить TIPSS не удалось из-за особенностей сосудистой анатомии. В первые сутки после операции развился рецидив кровотечения из ВРВП и большая погибла.

Выжившие 16 пациентов наблюдались в сроки от 0,5 до 3-х лет. У всех 10-ти пациентов после выполнения реконструктивно-восстановительных операций кровотечений из ВРВП не было. Четверем из 5-ти пациентов после выполнения TIPSS с протезированием воротной вены потребовались повторные рентгенинтервенционные вмешательства с целью коррекции дисфункции шунта. После изолированного протезирования воротной вены дисфункций протеза не отмечено. Полученные данные демонстрируют преимущества данного вида вмешательств и диктуют необходимость

раннего выявления ТВВ с целью выполнения реконструктивно-восстановительного вмешательства до развития портального фиброза. Наличие неустраненного патогенетического фактора в виде тромбофилии диктует необходимость динамического наблюдения за оперированными пациентами с целью выявления и коррекции развивающихся ретромбозов области сосудистой реконструкции.

У 6-ти пациентов после выполнения разобшающих вмешательств по данным эндоскопии отмечено спаде-

ние ВРВП. Однако у всех них в сроки от 8 мес. до 2 лет отмечено прогрессирование ВРВП. Двум пациентам выполнялись этапные эндоскопические лигирования вен. Наши наблюдения подтверждают мнение о том, что разобшающие вмешательства временно способствуют профилактике кровотечения из ВРВП. Пациенты после таких операций нуждаются в динамическом эндоскопическом контроле и лечении.

Список литературы

1. Берман Ю.О. Состояние системы гемостаза при геморрагическом васкулите и генетические полиморфизмы: есть ли связь? // Аспирантский вестник Поволжья. – 2013. - № 1-2. – С. 22-26.
2. Васильев Ю.С. Характеристика стадии фиброза печени у больных с HCV-инфекцией по результатам инструментального и гистологического исследования. // Аспирантский вестник Поволжья. – 2013. - № 1-2. – С. 31-36.
3. Лядов В.К., Егиев В.Н., Волков С.В., Коробков А.О., Лядов К.В. Чрескожная чреспеченочная реолитическая тромбэктомия в лечении пострезекционного тромбоза воротной вены. // Хирургия. – 2014. - №9. – С.17-22.
4. Фандеев Е.Е. и др. Внепеченочная портальная гипертензия и тромбоз воротной вены. // Анналы хирургической гепатологии, 2015. - Том 20. - №1. - С.45- 58
5. Garbuzenko D.V. Portal hypertension – causes and complications. // Rijeca. Croatia: InTech., 2012. 146 p.
6. Khanna R., Sarin S.K. Non-cirrhotic portal hypertension – diagnosis and management.// J. Hepatol. 2014; 60 (2): 421–441.