

ТРОМБОЗ ВОРІТНОЇ ВЕНИ ПРИ ГЕПАТОЦЕЛЮЛЯРНОМУ РАКУ ПЕЧІНКИ

Стойка В.І., Русин А.В., Русин В.І.

Ужгородський державний університет, м. Ужгород

Вступ. Гостра оклюзія стовбура ворітної вени супроводжується симптомами, які нагадують клініку ілеуса. Захворювання підлягає негайному хірургічному лікуванню. При хронічному перебігу патологічний процес продовжує знаходитись у ворітній вені, частково звужуючи просвіт останньої, або повністю його перекриваючи. Цей патологічний процес приєднується, як правило, до захворювань органів черевної порожнини. Крім того, стовбур судини може бути здавлений ззовні (екстравазальна компресія) пухлиною підшлункової залози або позаочереваєного простору. В просвіті ворітної вени можуть також знаходитись кавернозні структури [1, 2].

При всіх цих випадках спостерігаються симптоми допечінкової форми портальної гіпертензії: спленомегалія з гіперспленізмом або без нього; спленомегалія з гіперспленізмом і варикозно-розширеними венами стравоходу; спленомегалія з гіперспленізмом, варикозно розширені вени стравоходу та виниклий після кровотечі резистентний асцит.

В більшості випадків синдром допечінкової портальної гіпертензії є наслідком закінченого основного процесу, котрий, як правило, не відіграє в подальшому ніякої ролі в клініці портальної гіпертензії.

Матеріали та методи. Як приклад, наводимо виписку з історії хвороби 4877/261. Хворий А. 1953 р. народження надійшов до пульмонологічного відділення ОКЛ 28.03.2000р. зі скаргами на підвищення t° , що супроводжувалося ознобами щовечора, загальну слабкість, втрату апетиту. Хворим себе вважає з лютого 2000р., коли у нього з'явилась субфебрильна t° , слабкість. Хворий приймав аспірин продовжував працювати. 4.03.2000р. у хворого з'явилась нудота, біль у правому підребр'ї, жовтяниця, світлий стілець. Ургентно був госпіталізований в інфекційне відділення Свалявської ЦРЛ з підозрою

на вірусний гепатит. В результаті обстеження гепатит було виключено, запідозрена правобічна пневмонія хворий був переведений у пульмонологічне відділення.

В результаті лікування стан хворого не покращувався, в зв'язку з чим 28.03.2000р. його переведено до пульмонологічного відділення ОКЛ м.Ужгорода.

Об'єктивно: стан хворого середньої важкості, склери субіктеричні. Р-80 уд. за 1 хвилину, АТ-110/70 мм рт.ст. В легенях – укорочений легеневий звук, справа у нижніх відділах дихання дещо ослаблене, хрипів нема. Число дихань за хвилину 22.

Череву м'яке, селезінка пальпується, симптоми подразнення очеревини від'ємні. Стілець та сечовиділення в нормі.

З діагнозом “гостра правобічна нижньодолева пневмонія? Лихоманка незрозумілого генезу” хворий почав проходити обстеження згідно з алгоритмом, прийнятим у таких випадках.

31.03.2000р. при ультразвуковому обстеженні черевної порожнини у хворого було запідозрено пухлину правої долі печінки, що підтвердилося 05.04.2000р. результатами комп'ютерної томографії. 06.04.2000 хворого оглянув професор Русин В.І. Рекомендовано: переведення в хірургічне відділення, доплеросонографія, пункційна біопсія.

При доплеросонографії (рис. 1) знайдено тромбоз ворітної вени з різким збільшенням ЛШК по печінковій артерії, турбулентність кровопотоку в ворітній вені до рівня її тромбозу та від'ємний кровопотік в інтрагепатальних гілках ворітної вени вільних від тромботичних мас.

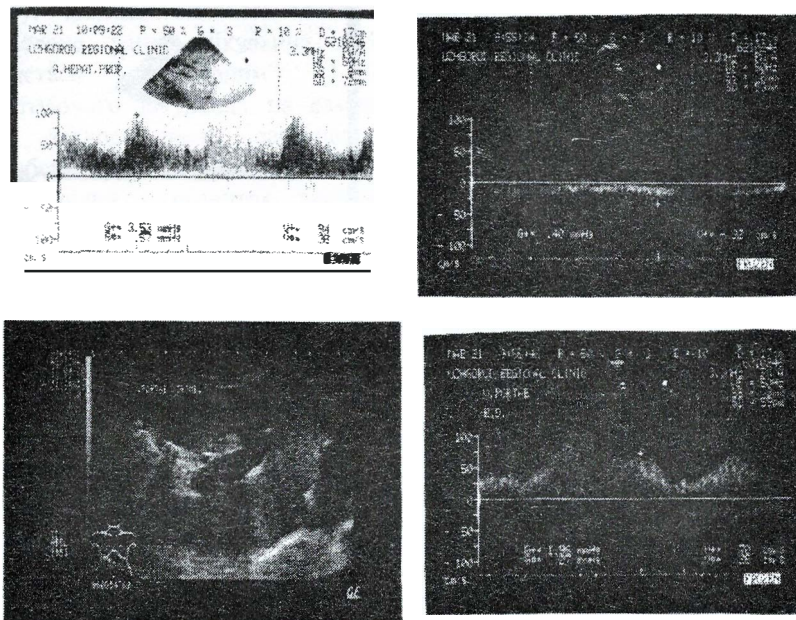


Рис. 1. Дуплексне сканування судин портальної системи хворого А.
 1а. Різко збільшена лінійна швидкість кровопотоку в печінковій артерії (94 см/сек).
 1б. Интрагепатально в гілках ворітної вени реєструється від'ємний кровопоток.
 1в. Сканограма ворітної вени, заповненої тромботичними масами.
 1г. Турбулентний кровопоток в ворітній вені до оклюзії останньої.

Заключення пункційної біопсії № 4013-17 – в матеріалі розростання гепатоцелюлярного рака.

Поряд з протизапальним лікуванням хворому призначено фраксипарін по 3,0x2 р., реополюглюкін 200,0x2 р. в/в, трентал 10,0 в/в, аспірін 0,125 мг + курантіл 1т.х2 р. на добу.

У зв'язку з наростанням явищ портальної гіпертензії на фоні тромбозу ворітної вени 19.04.2000р. хворому виконана катетеризація однієї з гілок верхне брижової вени катетером Cava-Fix аж до місця тромбозу. Уся подальша тромболітична дезагрегантна, антибіотикотерапія, включаючи одноразове введення стрептодекази 2,5 МЕ, проводилось через цей катетер, підключений до інфузомату SEP- 10 S.

Через 3 доби селективного введення тромболітиків та дезагрегантів на контрольній доплеросонографії (рис.2) спостерігається реканалізація ворітної вени, тромб став обтічний, об'ємний приток до системи ворітної вени зменшився, про що свідчить покращення об'ємної швидкості кровопотоку в селезінковій вені.

Обговорення. Тромбоз ворітної вени може локалізуватися в різних її ділянках, в тому числі і селезінковій вені. Цьому сприяють новоутвори печінки, головки підшлункової залози, екстравазальна компресія іншої етіології. Тромбозу ворітної вени також сприяють сповільнений кровопотік у ворітній вені і низький венозний тиск, відсутність пульсаційної хвилі, наявність клапанів, кавернозних трансформацій в просвіті вени. Найбільш часто пілтромбоз буває ускладненням цирозу печінки, поліцистемії,

ентероколіту, апендициту, геморою, які приводять до тромбозування в системі брижових, гемороїдальних вен.

Гострий тромбоз ворітної вени розвивається раптово, супроводжуючись болями в череві, кров'янистим блюванням, колапсом, швидким збільшенням селезінки.

Хронічний пілтромбоз розвивається більш тривало - від кількох місяців до кількох років. В більшості випадків, окрім цирозів печінки в стадії компенсації та субкомпенсації не характерно збільшення печінки. Селезінка, як правило, завжди збільшена. В клініці протікання захворювання переважають шлунково-кишкові кровотечі, біль в епігастрії, селезінці. При тромбозі на фоні цирозу печінки він відрізняється швидкою декомпенсацією і швидким прогресуванням портальної гіпертензії [3].

Підозра на гострий пілтромбоз повинна виникати, коли після травми черева, операцій на печінці і портальній системі раптово з'являється портальна гіпертензія. Хронічний пілтромбоз можна запідозрити при раптовому розвитку асцити і портальної гіпертензії у хворих на цироз або рак печінки. Критерієм достовірності діагнозу служать дані спленопортографії, целіокографії. З неінвазивних методів- дуплекссканування, яке дає чітку візуалізацію портальної системи, повне перекриття або обтічність тромба, величину об'ємної швидкості кровопотоку, його зворотне направлення, значне компенсаторне збільшення кровопотоку в печінковій артерії.

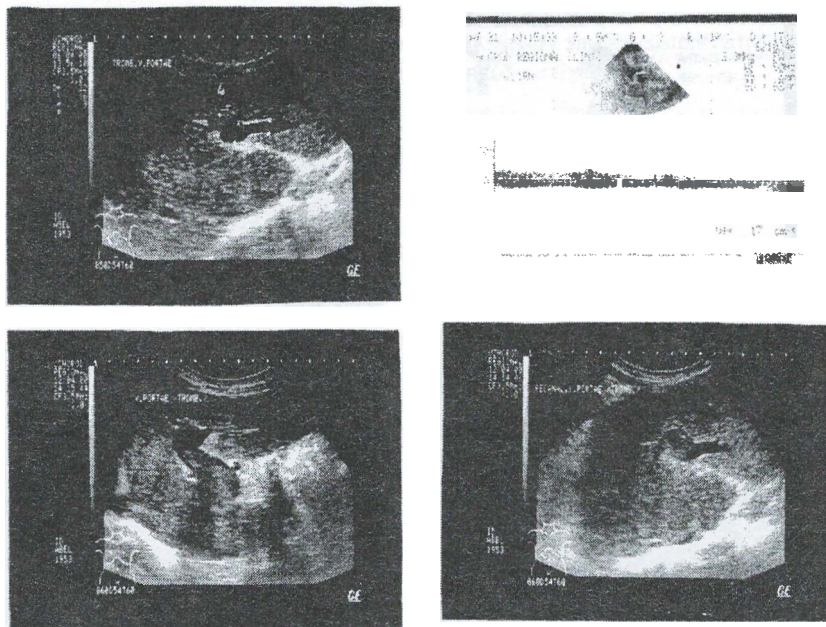


Рис.2. Дуплексне сканування судин портальної системи хворого А.

1а. Часткова реканалізація в біфуркації ворітної вени, ліва гілка прохідна.

1б. Кровопотік в селезінковій вені 17 см/сек.

1в. Часткова реканалізація ворітної вени (обтічний тромб) поздовжній зріз.

1г. Реканалізація внутрішнього просвіту тромба на 10 добу лікування.

Загальний стан хворого покращився, t° нормалізувалась, селезінка зменшилась по довжині осі на 2,5 см, по ширині осі на 1,5 см.

Висновки. Запропонований активний тромболітичний метод з подовженою постійною

інфузією ворітної вени через селективно підведений катетер до тромбу ворітної вени сприяє швидкому лізису тромбу і реканалізації, яка сприятливо впливає на протікання патологічного процесу.

ЛІТЕРАТУРА

1. Короткий В.Н., Фурманенко Н.Ф., Дырда Н.А., Колосовий І.В., Теплий В.В. «Профилактика и лечение тромбоза системы воротной вены в неотложной хирургии». Клінічна хірургія.- 1966. № 2-3, с.31.
2. Русин В.І., Переста Ю.Ю., Русин А.В., Болдижар О.О., Чаварга М.І., Раммаль А.Х. «Лікування портальної гіпертензії у хворих цирозом печінки». Ужгород, 1999, с.125.
3. Подымова С.Д. «Болезни печени», Москва, «Медицина», 1998, с.703.

SUMMARY

PORTAL VEIN THROMBOSIS AT HEPATOCELLULAR CANCER OF A LIVER

Stoyka V.I., Rusin A.V., Rusin V.I.

Duplexscanning makes possible the visualization of the portal system, the detection of the cloud borders, the determination of volumetrical and linear blood flow and its direction, extent of a recanalization, compensator increasing of blood flow in hepatic artery. The prolonged thrombolytic therapy through the selectively delivered catheter to a place of a portal vein thrombosis is offered.