Сведения об авторах:

Апаркина Елена Васильевна, кандидат медицинских наук, ассистент кафедры госпитальной терапии;
тел.: (8452)491437; e-mail: alena437539@yandex.ru

Кашкина Елена Игоревна, доктор медицинских наук, профессор, профессор кафедры госпитальной терапии;
тел.: (8452)491437; e-mail: kashkina@bk.ru

Лякишева Римма Владимировна, кандидат медицинских наук, заведующая отделением гастроэнтерологии;
тел.: (8452)491402; e-mail: lyakisheva17@mail.ru

© Коллектив авторов, 2021

УДК 616.36-005.6; 616.36-004.5

DOI – <https://doi.org/10.14300/mnnc.2021.16104>

ISSN – 2073-8137

ЦИРРОЗ ПЕЧЕНИ ВСЛЕДСТВИЕ ТРОМБОЗА ВОРОТНОЙ, ВЕРХНЕЙ БРЫЖЕЕЧНОЙ И СЕЛЕЗЕНОЧНОЙ ВЕН: ПЯТИЛЕТНЯЯ ДИНАМИКА

А. Е. Шкляев¹, А. Р. Фатхиева¹, А. Г. Бессонов², С. Ю. Зыков², И. Г. Малахова¹

¹ Ижевская государственная медицинская академия, Российская Федерация

² Первая республиканская клиническая больница, Ижевск, Российская Федерация

LIVER CIRROSIS DUE TO THROMBOSIS OF PORTAL, SUPERIOR MESENTERIC AND SPLENIC VEINS: A FIVE-YEAR DYNAMICS

Shklyayev A. E.¹, Fatkhieva A. R.¹, Bessonov A. G.², Zykov S. Yu.², Malakhova I. G.¹

¹ Izhevsk State Medical Academy, Russian Federation

² First Republican Clinical Hospital, Izhevsk, Russian Federation

Представлено пятилетнее наблюдение за пациентом с тромбозом воротной, верхней брыжеечной и селезеночной вен, ставшим причиной развития цирроза печени. За период наблюдения пациент перенес резекцию тонкого кишечника, многократные эндоскопические лигирования варикозных вен пищевода и кардии. Проводимое консервативное и хирургическое лечение способствовало стабилизации состояния больного, однако сохранялись осложнения со стороны печени и сосудов портальной системы.

Ключевые слова: венозный тромбоз, тромбофилия, цирроз печени

A five-year follow-up of the patient with thrombosis of the portal, superior mesenteric and splenic veins, which became the cause of cirrhosis of the liver, is presented in the article. Resection of the small intestine, multiple endoscopic ligation of varicose veins of esophagus and cardia were performed over the entire observation period. Provided conservative and surgical treatment lead to stabilization of the patient's condition, however, complications from the liver and portal system vessels could not be avoided.

Keywords: venous thrombosis, thrombophilia, liver cirrhosis

Для цитирования: Шкляев А. Е., Фатхиева А. Р., Бессонов А. Г., Зыков С. Ю., Малахова И. Г. ЦИРРОЗ ПЕЧЕНИ ВСЛЕДСТВИЕ ТРОМБОЗА ВОРОТНОЙ, ВЕРХНЕЙ БРЫЖЕЕЧНОЙ И СЕЛЕЗЕНОЧНОЙ ВЕН: ПЯТИЛЕТНЯЯ ДИНАМИКА. Медицинский вестник Северного Кавказа. 2021;16(4):427-429. DOI – <https://doi.org/10.14300/mnnc.2021.16104>

For citation: Shklyayev A. E., Fatkhieva A. R., Bessonov A. G., Zykov S. Yu., Malakhova I. G. LIVER CIRROSIS DUE TO THROMBOSIS OF PORTAL, SUPERIOR MESENTERIC AND SPLENIC VEINS: A FIVE-YEAR DYNAMICS. *Medical News of North Caucasus*. 2021;16(4):427-429. DOI – <https://doi.org/10.14300/mnnc.2021.16104> (In Russ.)

АСТ – аспартатаминотрансфераза
ВРВП – варикозное расширение вен пищевода
ДГР – дуоденогастральный рефлюкс
МНО – международное нормализованное отношение
РФМК – растворимые фибрин-мономерные комплексы
СЗП – свежезамороженная плазма

СКТ – спиральная компьютерная томография
СОЭ – скорость оседания эритроцитов
ТВВ – тромбоз воротной вены
УЗИ – ультразвуковое исследование
ФГДС – фиброгастродуоденоскопия

Первый случай ТВВ описан в 1868 году [1]. Тромбоз воротной вены может распространяться в селезеночную и брыжеечную вены с развитием полной и частичной обструкции [2]. Этиологические факторы ТВВ подразделяются на

наследственные (мутации факторов V, II, дефицит протеинов C, S, антитромбина) и приобретённые (гипергомоцистеинемия, антифосфолипидный синдром, пароксизмальная ночная гемоглобинурия, цирроз печени, онкопатология, операции,

травмы, беременность, прием контрацептивов [1]. Механизм ТВВ связан с триадой Вирхова: снижением кровотока в воротной вене, повреждением эндотелия сосудов, состоянием гиперкоагуляции [3].

Клиника ТВВ зависит от скорости образования и локализации тромба, степени обструкции сосудов, развития коллатеральных анастомозов. Диагностика ТВВ вызывает трудности [4]. Для острого тромбоза характерен симптомокомплекс «острого живота» с частым развитием летального исхода вследствие инфаркта кишечника и острой почечной недостаточности. При хроническом течении клиника растянута во времени [5]. Острый тромбоз имеет благоприятный прогноз, тогда как при хроническом часто нарушается функция печени [6]. В качестве примера приводим клиническое наблюдение.

Клинический случай

Мужчина, 42 лет, 19.12.2015 г. переведен из районной больницы в гастроэнтерологическое отделение Первой республиканской клинической больницы с диагнозом: цирроз печени неуточненной этиологии, частичный тромбоз воротной вены.

При поступлении предъявлял жалобы на умеренную ноющую боль в околопупочной области, общую слабость, сухость во рту.

Объективно отмечалась болезненность в мезогастргии, печень выступала из-под реберной дуги на 2,0 см. По данным анализов крови наблюдалось увеличение СОЭ (30 мм/час), фибриногена (6,8 г/л), АСТ (46 ед/л), РФМК (20,0 мг/100 мл), протромбинового времени (20,1 сек), Д-димера (12130 мкг/л).

При выполнении УЗИ воротной вены выявлены признаки обтурирующего тромбофлебита воротной вены и ее ветвей, артериализации печеночного кровотока, кровотока по селезеночной вене «от печени» в сторону коллатералей. По данным УЗИ органов брюшной полости регистрировались увеличение и выраженные диффузно-очаговые изменения в печени, расширение, тромбоз воротной вены, деформация и экзозвез в желчном пузыре, диффузные изменения поджелудочной железы. По данным СКТ-ангиографии отмечались тромбоз воротной вены, тромбоз дистальных отделов селезеночной и брыжеечной вен (рис. 1), функционирующие портокавальные анастомозы. По результатам ФГДС обнаружены гиперпластический гастрит, хронические эрозии антрального отдела, ДГР. Оценка генетических полиморфизмов системы гемостаза: генетически детерминированная тромбофилия (дефицит протеина S).

В связи с нарастанием болевого синдрома 23.12.2015 г. проведена лапаротомия, резекция 1 м некротизированной тонкой кишки, сформирован энтеро-энтероанастомоз. Пациент выписан 18.01.2016 г. с диагнозом: генетически детерминированная тромбофилия, осложненная подострым тромбозом воротной, верхней брыжеечной и селезеночной вен. Сегментарный некроз тонкой кишки. Хронический гастрит с единичными полными эрозиями слизистой антрального отдела. Рекомендован прием варфарина с контролем МНО.

18.10.2018 г. пациент поступает в связи с появлением болей в эпигастрии, усиливающихся в положении лежа на боку и на животе, со снижением массы тела на 2 кг за 4 недели. При объективном исследовании определялась болезненность в эпигастрии и правом фланке. По данным анализов крови выявлялись тромбоцитопения ($68 \times 10^9/\text{л}$), гипербилирубинемия (38,95 мкмоль/л). По данным ФГДС отмечались ВРВП 3–4 степени, портальная гастропатия. Выполнена КТ органов брюшной полости с внутривенным контрастированием: выявлены хронический тромбоз конfluence воротной вены, тромбоз дистальных отделов селезеночной и верхней брыжеечной вен, кавернозная трансфор-

мация воротной вены; портокавальные анастомозы и коллатерали между висцеральными венами забрюшинного пространства, гепатомегалия с перфузионными нарушениями, спленомегалия. На фоне лечения (пентоксифиллин, омепразол, спарекс, дюфалак, микразим) отмечено улучшение состояния. 04.02.2019 г. в ГБУЗ МКНЦ имени А. С. Логинова ДЗМ осуществлено лигирование ВРВП и кардии.

Рис. 1. СКТ-ангиография сосудов брюшной полости. Незаконтрастированная воротная вена (стрелка) из-за наличия внутри просвета гиподенсивных тромботических масс

05.09.2019 г. госпитализирован с жалобами на кожный зуд, неприятный вкус во рту, общую слабость. Объективно определялась болезненность в левой половине живота, печень выступала из-под реберной дуги на 2 см. В общем анализе крови регистрировались тромбоцитопения ($67 \times 10^9/\text{л}$), лейкопения ($3,29 \times 10^9/\text{л}$), анемия (гемоглобин 101 г/л), по данным биохимии крови выявлено повышение уровней общего билирубина (57,48 мкмоль/л). Проводилось лечение гепатором, викасолом, этамзилатом натрия, СЗП, эзомепразолом, аминокaproновой кислотой, дюфалаком. 16.09.2019 г. выписан с улучшением.

В течение 9 месяцев самочувствие удовлетворительное. Во время плановой госпитализации (08.06.2020 г.) предъявлял жалобы на общую слабость, кожный зуд, тяжесть в эпигастрии, вздутие, урчание в животе. Объективно: сосудистые звездочки на спине, груди, сосудистая сеть на лице, субиктеричность склер, болезненность в левой половине живота, выступание печени из-под реберной дуги на 2 см. В анализах крови сохранялись тромбоцитопения, лейкопения, гипербилирубинемия. По данным УЗИ органов брюшной полости отмечались диффузные изменения, увеличение печени, спленомегалия, коллатеральный кровоток в области воротной вены и в воротах селезенки, диффузные изменения поджелудочной железы. По данным КТ органов брюшной полости выявлены цирротические изменения паренхимы печени с явлениями перфузионных нарушений, тромбоз ствола и кавернозная трансформация воротной вены, множественные портокавальные анастомозы в брюшной полости (рис. 2). Установлен диагноз: цирроз печени. Класс А по Чальд – Пью. Состояние после резекции 1 м тонкой кишки по поводу некроза вследствие тромбоза воротной вены и дистальных отделов селезеночной и верхней брыжеечной вен с наложением энтеро-энтероанастомоза (2015 г.). Генетически детерминированная тромбофилия (дефицит протеина S). Тромбоз ствола, кавернозная трансформация воротной вены. Множественные портокавальные анастомозы. Портальная гипертензия, субкомпенсированная стадия: ВРВП 3 ст., состояние после многократных лигирований,

расширение селезеночной вены, спленомегалия с гиперспленизмом (тромбоцитопения, лейкопения). Хронический панкреатит с внешнесекреторной недостаточностью поджелудочной железы. Хронический рефлюкс-гастрит с наличием одиночных острых и хронических геморрагических эрозий антрального отдела желудка. ДГР 1 ст.

Рис. 2. СКТ-ангиография сосудов брюшной полости. Множественные извитые коллатерали вдоль основного ствола воротной вены

В данном клиническом случае ТВВ инициировал развитие цирроза печени, хотя чаще всего наблюдается противоположная ситуация – развитие ТВВ

на фоне цирроза печени или злокачественных новообразований [7]. Послеоперационные расстройства, связанные с резекцией тонкой кишки, наблюдались в течение 3 лет, а затем заметно уменьшились, что позволило вести пациенту активную социальную жизнь. Постоянная антикоагулянтная терапия на фоне полиморфизмов генов системы гемостаза способствовала предупреждению дальнейшего тромбообразования. Тем не менее в последние 2 года наблюдается отрицательная динамика в виде нарастания количества и размеров портокавальных анастомозов, появления цирротических изменений в паренхиме печени, усугубления лейкопении и тромбоцитопении.

Заключение. Описанный случай подчеркивает важность своевременного выявления дефектов в генах системы гемостаза, что позволяет вовремя назначить адекватное лечение и предупредить развитие осложнений [4]. При наблюдении больных с ТВВ следует акцентировать внимание на проведении СКТ-ангиографии и УЗИ органов брюшной полости для оценки распространенности тромба. В отдаленном периоде при формировании цирроза печени необходимо учитывать возможность развития кровотечений из ВРВП, что требует своевременного лигирования вен пищевода. Отсутствие четкого лечебно-диагностического алгоритма ведения пациентов, перенесших ТВВ, определяет необходимость продолжения сбора клинических наблюдений отдаленных последствий заболевания [8].

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Литература/References

1. Setaka T., Hirano K., Moriya K., Kaneko T., Morita S. [et al.]. Portal vein thrombosis in a patient with hereditary anti-thrombin deficiency. *Intern. Med.* 2019;58(12):1733-1737. <https://doi.org/10.2169/internalmedicine.2295-18>
2. Клигуненко Е. Н., Корпусенко В. Г., Болтянский С. В., Матушак А. М., Корнеева Е. В. [и др.]. Клинический случай успешного консервативного лечения тромбоза воротной и верхней брыжеечной вен. *Медицина неотложных состояний*. 2019;3:159-162. [Klygunenko O. M., Korpusenko V. H., Boltianskyi S. V., Matushak O. M., Korneieva Ye. V. [et al.]. Clinical case of successful conservative treatment of the portal and superior mesenteric vein thrombosis. *Meditsina neotlozhnykh sostoyaniy*. – *Emergency medicine*. 2019;3:159-162. (In Russ.)]. <https://doi.org/10.22141/2224-0586.3.98.2019.165497>
3. Vael A., Degryse H., Bracke P. Acute cytomegalovirus infection as a rare cause of portal vein thrombosis with small bowel infarction in an immunocompetent patient. *J. Belg. Soc. Radiol.* 2017;101(1):16. <https://doi.org/10.5334/jbr-btr.1251>
4. Osti N. P., Sah D. N., Bhandari R. S. Successful medical management of acute mesenteric ischemia due to superior mesenteric and portal vein thrombosis in a 27-year-old man with protein S deficiency: a case report. *J. Med. Case Rep.* 2017;11(1):315. <https://doi.org/10.1186/s13256-017-1463-4>
5. Von Köckritz L., De Gottardi A., Trebicka J., Praktijnjo M. Portal vein thrombosis in patients with cirrhosis. *Gastroenterol. Rep. (Oxf)*. 2017;5(2):148-156. <https://doi.org/10.1093/gastro/gox014>
6. Samant H., Asafo-Agyei K. O., Garfield K. Portal vein thrombosis. In: StatPearls. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; October 15, 2020. Available at: www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK534157. Accessed November 12, 2020.
7. EASL clinical practice guidelines: vascular diseases of the liver. *J. Hepatol.* 2016;64(1):179-202. <https://doi.org/10.1016/j.jhep.2015.07.040>
8. Шкляев А. Е., Малахова И. Г., Бессонов А. Г., Уткин И. Ю. Тромбоз воротной, верхней брыжеечной и селезеночной вен у больного с тромбофилией. *Ангиология и сосудистая хирургия*. 2016;4:164-168. [Shklyayev A. E., Malakhova I. G., Bessonov A. G., Utkin I. Y. Thrombosis of the portal, superior mesenteric and splenic veins in a patient with thrombophilia. *Angiologiya i soddistaya khirurgiya*. – *Angiology and vascular surgery*. 2016;4:164-168. (In Russ.)].

Сведения об авторах:

Шкляев Алексей Евгеньевич, доктор медицинских наук, профессор кафедры факультетской терапии с курсами эндокринологии и гематологии; тел.: 89124618767; e-mail: shklyaevalaksey@gmail.com

Фатхиева Алина Ранисовна, студентка; тел.: 89225094266; e-mail: alifathi98@mail.ru

Бессонов Алексей Геннадьевич, кандидат медицинских наук, заведующий гастроэнтерологическим отделением; тел.: 89058769402; e-mail: besson_alex@mail.ru

Зыков Сергей Юрьевич, врач-рентгенолог; тел.: 89043146756; e-mail: sergeyzykov1977@gmail.com

Малахова Инесса Геннадьевна, кандидат медицинских наук, ассистент кафедры факультетской терапии с курсами эндокринологии и гематологии; тел.: (3412)526201; e-mail: inessa78@inbox.ru