

ФГБОУ ВО ПГМУ им. ак. Е.А.Вагнера Минздрава России

Кафедра госпитальной хирургии

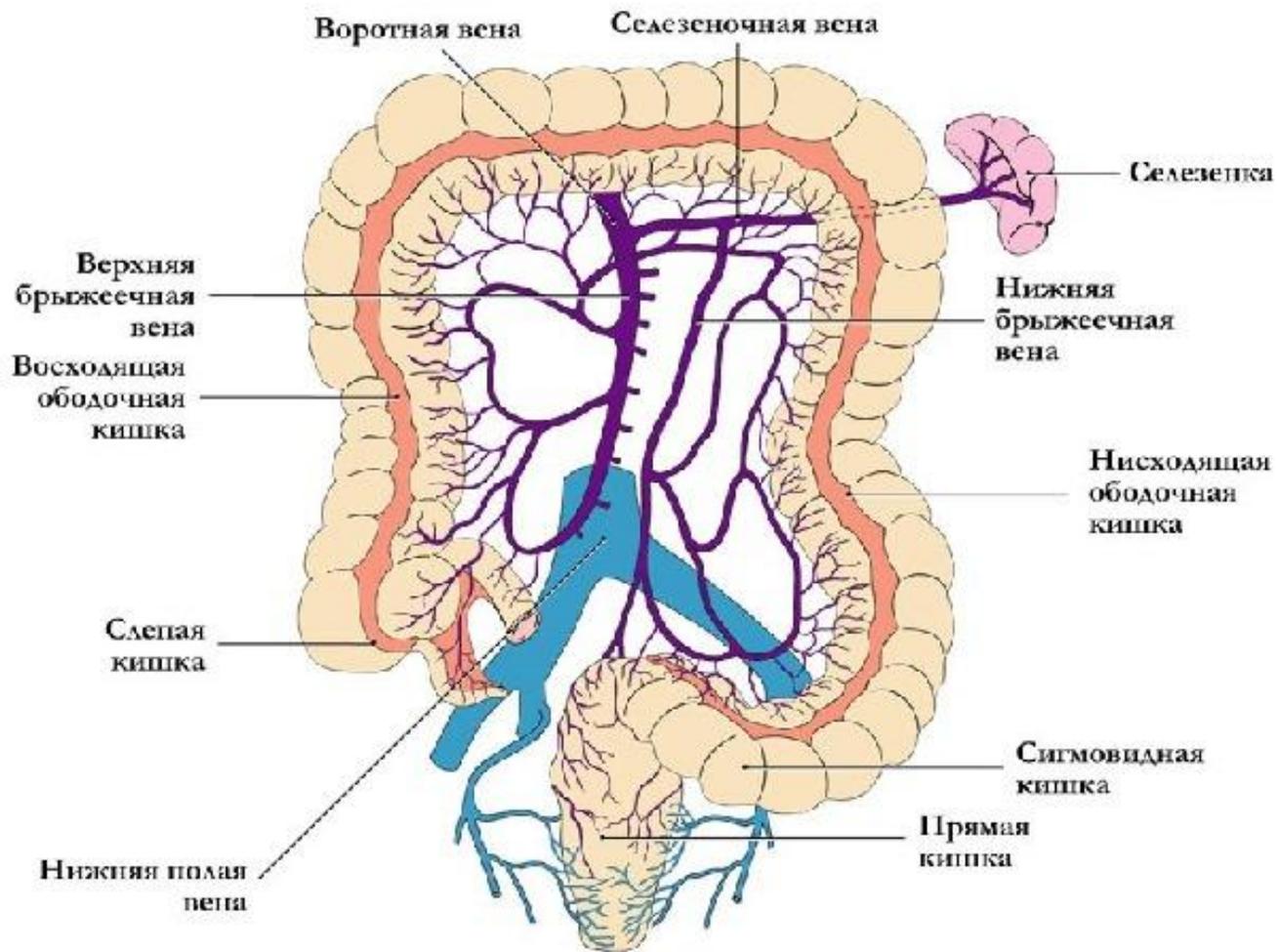
Острый венозный мезентериальный тромбоз



Выполнила: студентка
621 группы
лечебного факультета
Угринова М.Н.

Пермь, 2017

Венозный отток от кишечника



Историческая справка

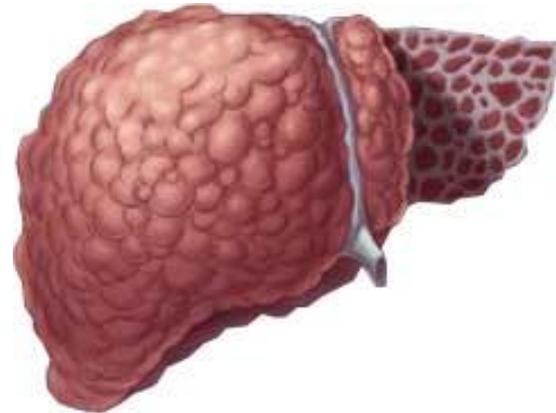
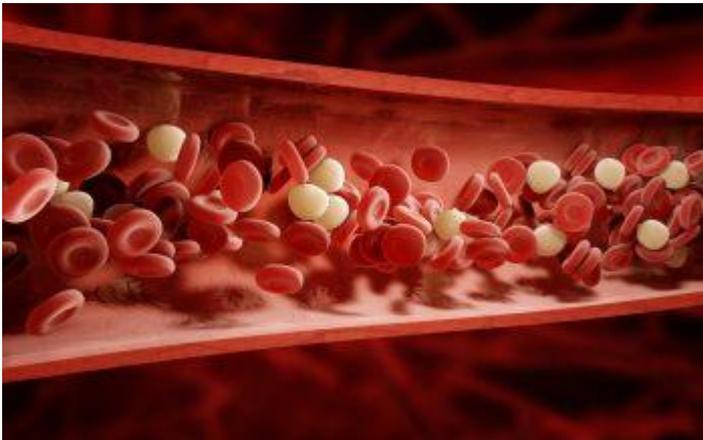
- Тромбоз мезентериальных вен (известен также как тромбоз висцеральных вен) является острой и летальной формой мезентериальной ишемии.
- Antonio Hodgson первым описал мезентериальную ишемию в конце 15 века.
- В 1895 Elliot впервые описал тромбоз мезентериальных вен как причину мезентериальной ишемии.
- К 19 веку уже было опубликовано много обзорных статей, описывающих последние достижения в распознавании и лечении мезентериальной ишемии, в частности венозного тромбоза.
- В 1935 Warren and Eberhard сообщили о кишечном ишемическом инфаркте в связи с венозным тромбозом. Они сообщили о 34% уровне смертности у больных с венозным тромбозом после резекции. К сожалению, не смотря на достижения в лечении, высокий уровень смертности сохраняется и в настоящее время.

Эпидемиология

- Мезентериальный венозный тромбоз отвечает за 10-15% случаев мезентериальной ишемии. Он составляет 0.006% от всех госпитализаций.
- Среди диагностических лапаротомий венозный тромбоз составляет 0.001% случаев.

Мезентериальный венозный тромбоз

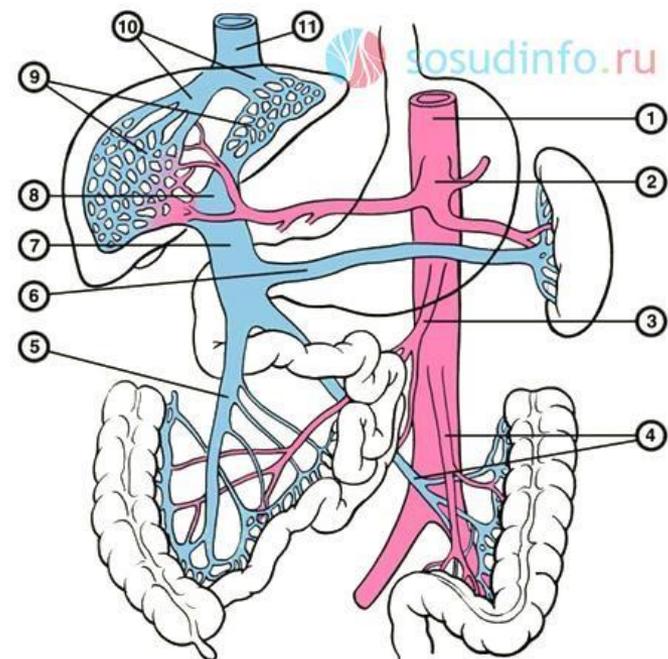
- (окклюзия венозного кровотока) чаще всего обусловлен гиперкоагуляцией (вследствие истинной полицитемии) или замедлением портального кровотока (цирроз печени).



Особая клинико-патологическая форма

- воспалительное мезентериальное (мезентериальный тромбофлебит) или портальное (пилефлебит) веноокклюзионное поражение.
- При этом сердечная недостаточность и стойкая артериальная гипотензия (септический шок) могут привести к летальному исходу, сопровождающемуся в том числе, острой портальной гипертензией (регионарной или системной), нарушением притока портальной крови к печени, ее ишемией и нарушением кровообращения в кишечнике. При этом некрозов кишечной стенки, как правило, не возникает.

- При мезентериальном тромбозе приблизительно в 90% случаев поражению подвержена верхняя брыжеечная артерия, кровоснабжающая большую часть кишечника (всю тонкую кишку, слепую, восходящую ободочную, на 2/3 поперечно-ободочную и печеночный угол), поэтому и нарушения здесь самые тяжелые. На долю поражений нижней брыжеечной артерии, обеспечивающей кровью 1/3 поперечной ободочной кишки (левую), нисходящую ободочную и сигмовидную, приходится около 10%.



- 1 — брюшная аорта;
- 2 — чревный ствол;
- 3 — верхняя брыжеечная артерия;
- 4 — нижние брыжеечные артерия и вена;
- 5 — верхняя брыжеечная вена;
- 6 — селезеночная вена;
- 7 — воротная вена;
- 8 — печеночная вена;
- 9 — ветвление воротной вены в печени;
- 10 — печеночные вены;
- 11 — нижняя полая вена.

Этиология

- Риск острого венозного тромбоза увеличен у больных состоянием гиперкоагуляции (истинная полицитемия, дефицит протеинов С и S, висцеральные инфекции, портальная гипертензия, перфорации внутренних органов, тупая травма живота, новообразования, предшествующее хирургическое вмешательство на органах брюшной полости, панкреатит и курение).
- Женщины, принимающие контрацептивы, также имеют более высокий риск венозных тромбозов.
- Больные прошедшие спленэктомию, колэктомию и стомию желудка имеют повышенный риск тромбоза воротной вены, который очень резко приводит к инфаркту кишечника.
- Злокачественные новообразования могут вызывать тромбоз в связи с гиперкоагуляцией или с прямым сдавливающим влиянием опухоли.
- **Самая частая причина - септические инфекции брюшной полости.**
- У 25-50% не удастся диагностировать причину мезентериального венозного тромбоза.

- У больных могут быть факторы, предрасполагающие их к гиперкоагуляции, которые иногда возможно выяснить путем тщательного сбора анамнеза.
- Больные с проявлениями панкреатита или симптомами внутрибрюшной инфекции должны рассматриваться как предрасположенные к развитию мезентериального венозного тромбоза.
- Парацентез может выявить кровянистую перитонеальную жидкость, однако такая картина может развиваться после инфаркта кишечника и является поздним симптомом.

Патофизиология

- На мезентериальную артериальную систему приходится 25-40% объема сердечного выброса, на венозную систему приходится около 30%.
- Механизм, который вызывает ишемию – это массивный выход жидкости в стенку и просвет кишечника, что приводит к системной гиповолемии и гемоконцентрации.
- Развивающийся отек кишечника и сниженный отток крови в связи с венозным тромбозом уменьшает также и приток артериальной крови, что приводит к кишечной ишемии. Когда кишечная ишемия становится критической, развивается ПОН, являющаяся главной причиной смертности.

Клиника

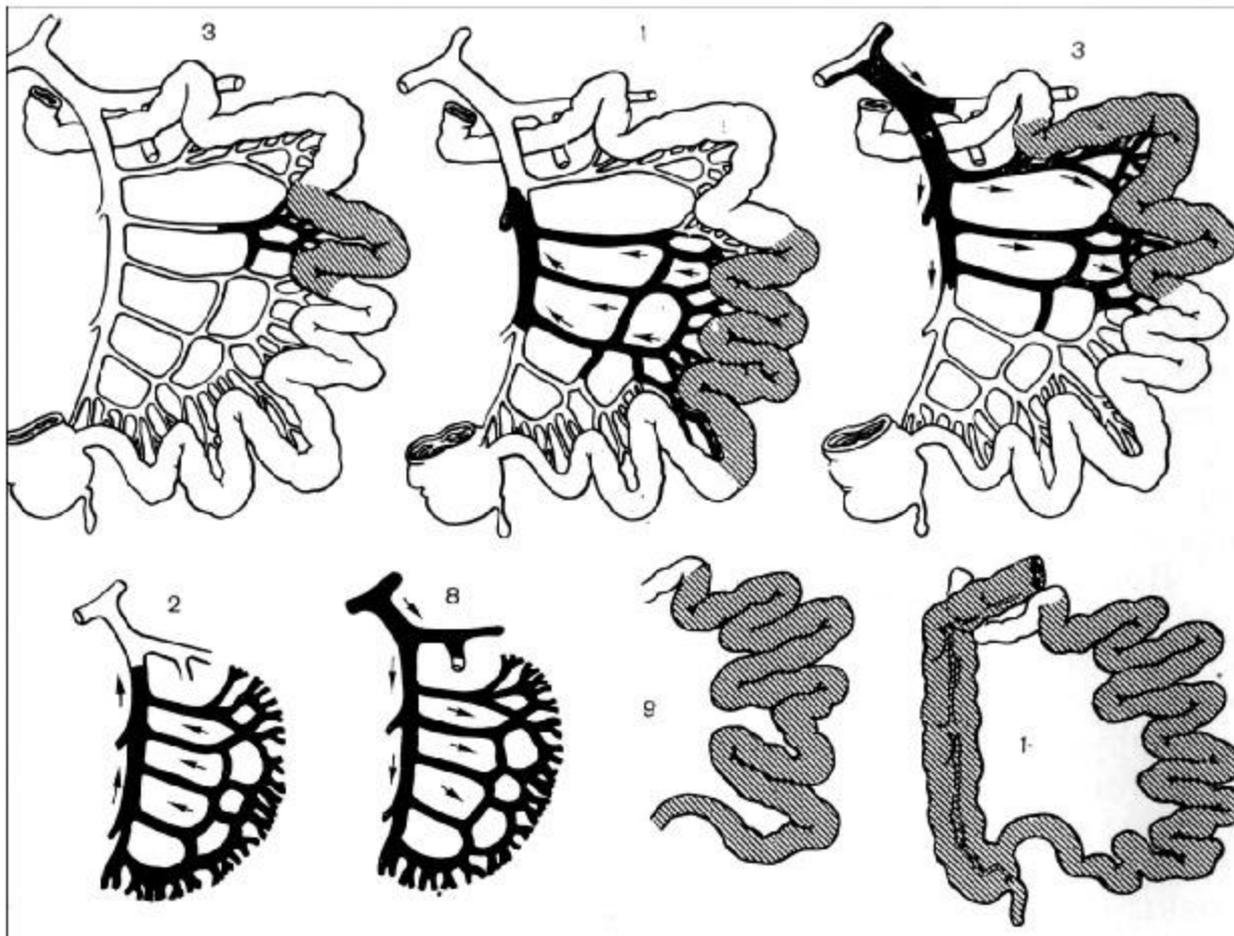
- Проявления мезентериального венозного тромбоза начинаются исподволь с симптомами умеренного абдоминального дискомфорта на протяжении 7-10 дней.
- Если причиной является абдоминальная инфекция, то могут быть симптомы раздражения брюшины и пальпируемый инфильтрат в животе.

Клиника

ОВМТ проявляется нелокализованной болью в животе, иногда в верхней части живота. Для тромбоза вен характерно сегментарное поражение кишечника в виде небольших участков ишемии и некроза.

- вздутие живота;
- диарея;
- примесь крови в стуле (менее 25% пациентов);
- клиника острой кишечной непроходимости;
- тошнота, рвота, парез кишечника (25% пациентов);
- выраженная интоксикация и гиповолемия;
- отсутствие симптомов раздражения брюшины и гипертермии до развития осложнений (прободение кишечника, перитонит)

Локализация и протяженность инфаркта кишечника у больных с венозным тромбозом



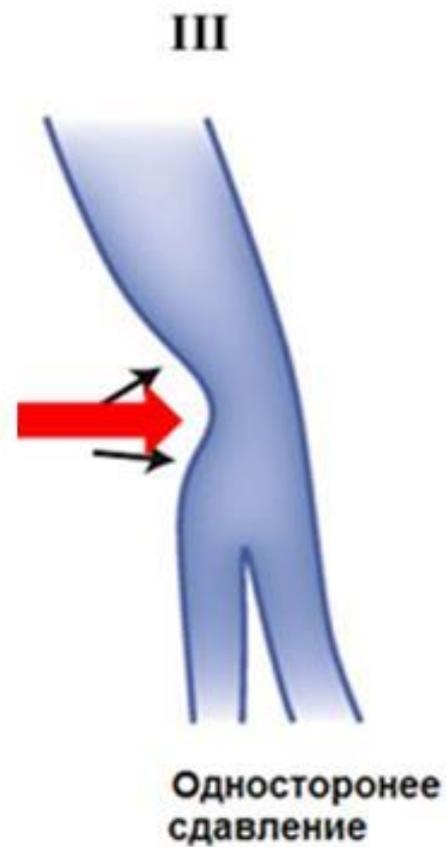
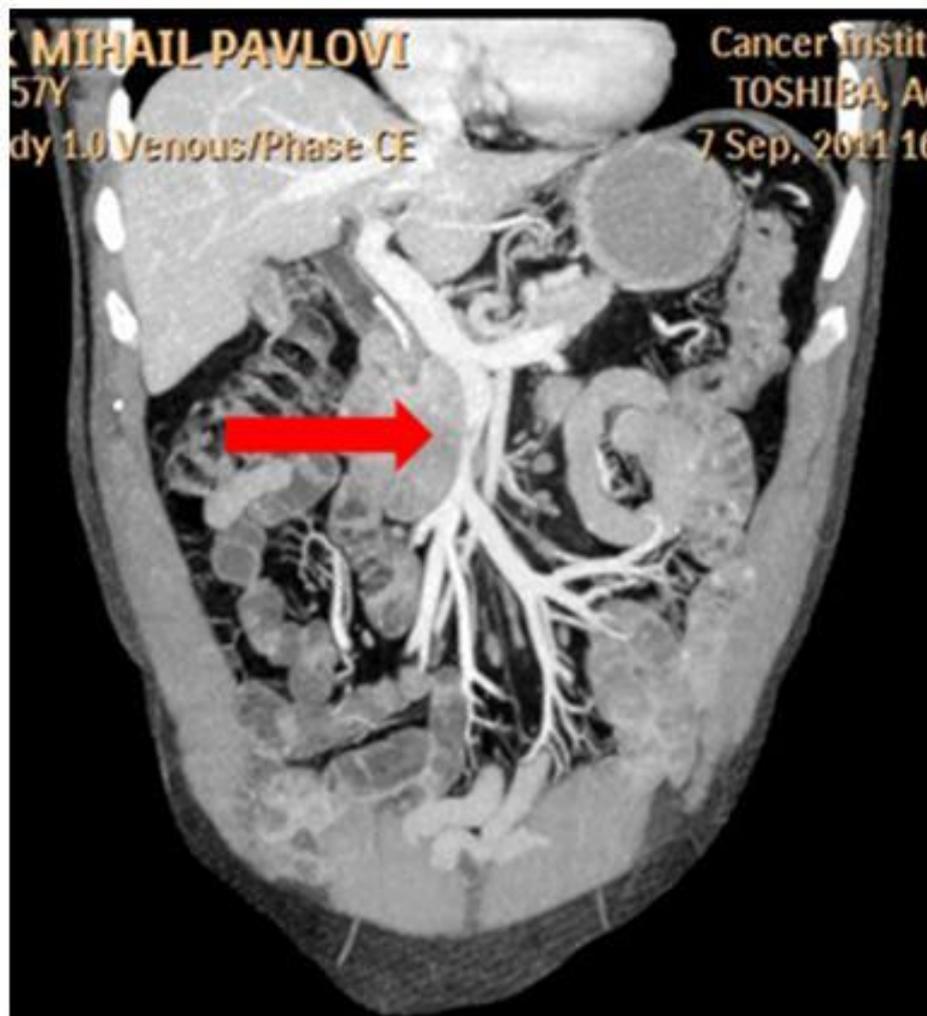
Диагностика

- Обзорная рентгенография
- Компьютерная томография
- КТ-ангиография
- Ангиография
- УЗИ
- МРТ
- ЭКГ, эхоКГ

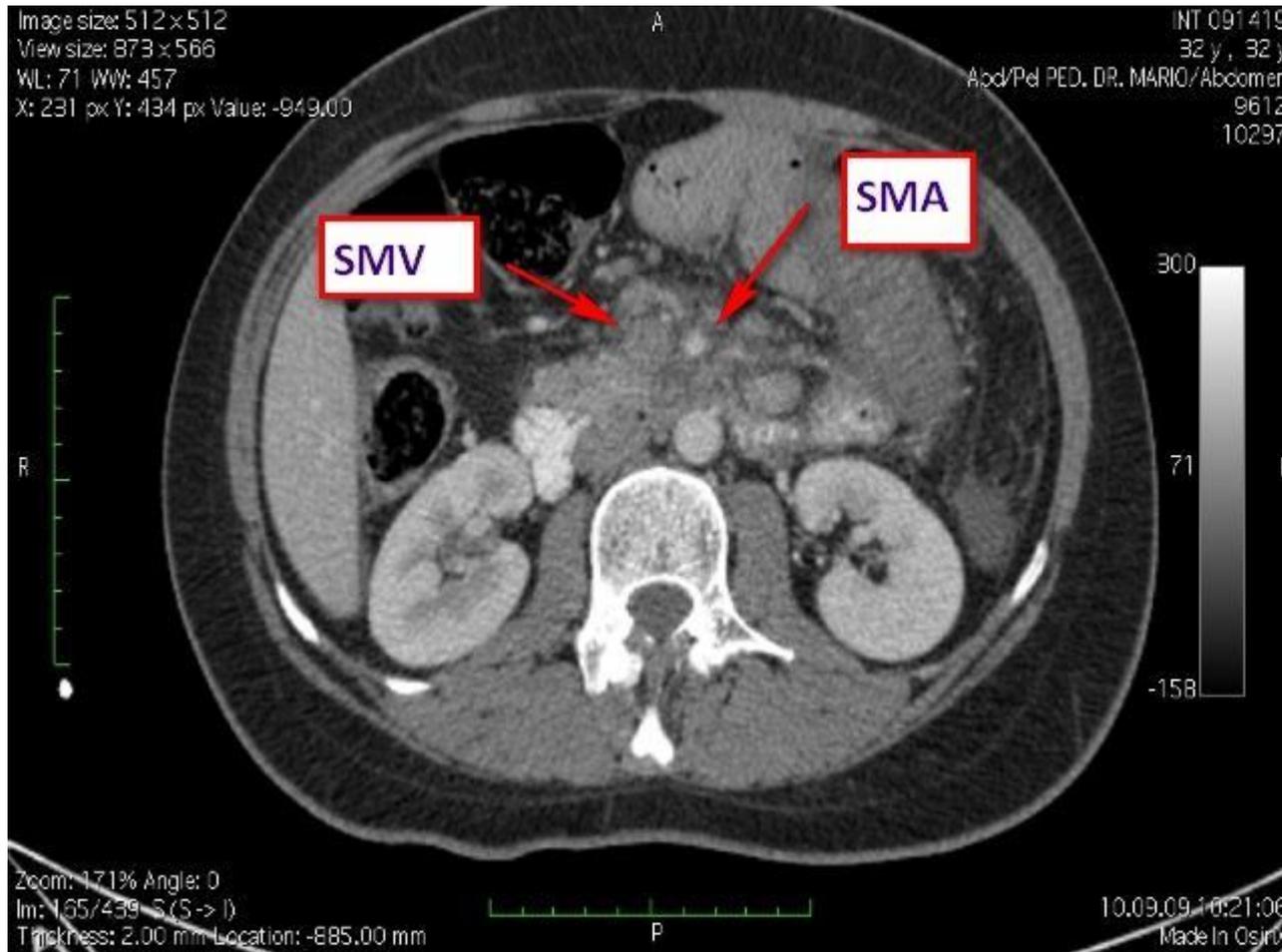


Диагностика

- При мезентериальном венозном тромбозе на спиральной компьютерной томографии характерна триада признаков:
 - 1) недостаточное наполнение ствола верхней брыжеечной вены,
 - 2) выпот в брюшной полости,
 - 3) утолщение стенок сегмента тонкой кишки.



Тромбоз ВБВ



Рак слепой кишки, мезент. тромбоз



- Показаниями к хирургическому вмешательству у больных с острым мезентериальным тромбозом являются симптомы перитонита, возможного инфаркта кишечника и гемодинамическая нестабильность.



Тактика

- При изолированной острой венозной интестинальной ишемии, при отсутствии гангрены кишки и перитонита, инфузионная терапия, системная антикоагулянтная терапия, антибиотики широкого спектра действия могут привести к разрешению тромбоза.
- При мезентериальном тромбозе , осложненным перитонитом, на операции в брюшной полости серозно-геморрагический выпот, тонкая кишка утолщена, отечна, синюшна без явных признаков нежизнеспособности и выраженной демаркации. Пульсация брыжеечных сосудов отчетливая, и хорошо определяются тромбированные брыжеечные вены. Такая кишка подлежит резекции, а дальше следует поступать так же, как при артериальной ишемии.

Сила рекомендаций «С»

- Больным с полицитемией следует производить флеботомию, а больным с расстройствами свертываемости следует назначить антикоагулянтную терапию гепарином.
- После достижения соответствующего уровня антикоагуляции больного переводят на длительную терапию варфарином.
- В некоторых случаях успешна литическая терапия урокиназой, стрептокиназой или активатором тканевого плазминогена.

Послеоперационный период

- Постоянная послеоперационная системная антикоагулянтная терапия рекомендуется пациентам при остром мезентериальном венозном тромбозе и у пациентов с гематологическими заболеваниями, такими как дефицит протеинов С, S или АТ III, так же и у оперированных с аритмией и патологией клапанов сердца.

Прогноз

- Острый венозный тромбоз имеет 30% уровень смертности и без антикоагулянтной терапии 25% рецидивов. При сочетании хирургии с антикоагулянтной терапией частота рецидивов 3-5%.
- Венозный тромбоз имеет более благоприятный прогноз, чем другие виды мезентериальной ишемии.



Спасибо за внимание!

