

1Г.Ж. Садырханова, 1М.О. Мусахова, 1З.Қ. Джакипбекова, 2Е.К. Куандықов, 3Ж.М. Рсалиева

¹Қожа Ахмет Ясауи атындағы Халықаралық қазақ-түрік университеті.

²Оңтүстік Қазақстан мемлекеттік фармацевтика академиясы,

³Шымкент қалалық көпсалалы аурухана, Шымкент қ.

ЦИРРОТИКАЛЫҚ ЕМЕС ПОРТАЛЬДЫ ГИПЕРТЕНЗИЯ (ӘДБИ ШОЛУ)

Бұл мақалада цирротикалық емес портальды гипертензияның себептері, ерекше клиникалық көріністері және коррекциялық тәсілдері туралы анализ жасалынған. Бауыр циррозынсыз дамыған портальды гипертензияның өзіне тән ерекшелігі бұл патологияда бауыр жетіспеушілігінің клиникалық белгілерінің болмауы болып табылады. Бұл категориядағы науқастардың өлім эпизодтары өңеш венасынан қан кетумен сипатталады. Сондықтан жаңа эффективті тәсілдерді өңеш венасынан қан кетуді емдеуде қолдану, қазіргі таңда бұл категориядағы науқастардың терапиясында оң көрсеткішін көрсетеді.

Түйінді сөздер: портальды гипертензия, цирротикалық емес портальды фиброз, қақпа венасының обструкциясы.

«Портальды гипертензия» - бұл қақпа венасының кез келген бөлігінде кедергінің болуы және басқа себептер салдарынан қауіпті дәрежедегі қан қысымның жоғарылауын айтамыз.

Бауырүсті портальды гипертензия бауырлық веналарда немесе төменгі қақпа венасының бөлігінде окклюзияның болуымен сипатталады. Ал бауыршілік портальды гипертензия формалары бойынша пресинуоидты және постсинуоидты болып үшке бөлінеді. Бауырастылық түрінде қақпа венасында немесе көкбауыр веналарында обструкцияның болуымен көрінеді [1,2,3,4].

Бауырүстілік портальды гипертензияның дамуына алып келетін этиологиялық факторлар: горманальды контрацептивтер, іш қуысының іріңді аурулары, травмалық зақымдану, іш қуысынан тыс дамыған фиброзды өзгерістер, гематологиялық аурулар, ретроперитонеальды кеңістікте жаңа түзілістер, лимфогранулематоз, интраоперационды травмалар, көкбауыр артерияларында аневризманың пайда болуы және көкбауыр деформациясы. Егер қанайналымда кедергі көкбауыр венасында орналасса портальды гипертензия сол жақ тип бойынша дамиды. Бұл патологияның дамуы қабыну процестерімен көкбауырда жаңа түзілістің пайда болуымен көрінеді. [5,6,7,8].

Бауыр үстілік типті портальды гипертензия бауырдан бауыр веналарына дейінгі бөлікте қанайналымда кедергінің болуынан дамиды (Бадда-Киари синдромы) бұл типті венозды қанайналым бұзылысына алып келу мүмкін:эритематоз, идиопатиялық гранулематозды васкулит, горманальды контрацептивтерді қолдану, Маркиафав-Микелли ауруы, созылмалы рецидивті афтоз, онкологиялық аурулар, төменгі қақпа венасының мальформациясы, жүктілік және т.б. Аралас типті портальды гипертензия бауыр циррозы немесе бауыр-клеткалық қатерлі ісікпен қосарланған қақпа венасында тромбтық түзіліспен сипатталады, ал бауырастылық вариантты портальды гипертензия бауырлық дисфункциясы жоқ түйінді трансформация, бауырлық веналардың жетілмеуі мен бауыр циррозы немесе бауырдан тыс қақпа венасының тромбозымен қосарланады [9,10,11,12,13].

Бауырдан тыс портальды гипертензиямен ауыратын науқастардың диагностикасы және емнің нәтижесі туралы Н.Г.Сапронов және оның соавторларының ғылыми жұмыстарында көрсетілген. Жалпы бұл зерттеуге алынған науқастар саны 341. Соның 12,3% ,бауырастылық 87,1% бауыр ішілік, 0,6% бауыршілік және бауырастылық типімен қосарланған түрі.

Егер бауырастылық портальды гипертензияның себептеріне анализ жүргізсек жалпы науқастардың санынан 42 науқас табылған. Авторлардың айтуынша 9 науқаста сол жақта өңеш веналарының кеңейген варикозында эпизодты қан кету және постнекротикалық кистаның әсерінен көкбауырдың ұлғаюы көрінген. Бір ғана жағдайда ретроперитонеольды фиброз салдарынан дамыған. 6 науқаста қақпа венасында тромбтық түзілістер, 21 науқаста тромбоздың салдарынан дамыған көкбауыр венасының қалдық өзгерістері. Екі жағдайда көкбауыр артериясының аневризмалық кеңеюі 5 науқаста туа пайда болған қақпа венасының мальформациясы анықталған. Негізгі оперативті ем бауырастылық портальды гипертензияда спленэктомия болып табылады. Көрсеткіштері: анықталған артерио-венозды анастомоз, көкбауыр артериясының аневризмалық кеңеюі [8,14, 15, 16].

Цирротикалық емес портальды гипертензиямен себептерінде цирротикалық емес портальды фиброз қарастырылады. Оның альтернативті атауы «идиопатиялық портальды гипертензия», сонымен қатар бауырдан тыс қақпа веналарының обструкциясы деп аталады. Бұл аурудың ағымы жоғары дамыған елдерде барлық портальды гипертензияның 20-30% алады. Сирек кездесетін себептер қатарына шистосомоз, түйінді регенеративті гиперплазия, түйінді трансформация, пелиоз және туа пайда болған бауыр фиброзы [4,5,17,18].

Егер цирротикалық емес портальды фиброздың мәселесін айтатын болсақ, бірінші портальды гипертензияның циррозы емес түрінің болуы және оның бауыршілік немесе бауырдан тыс Mikkelsetal қақпа венасының тармақтарында флевосклероз қосарлануын ескеруіміз керек. Бастапқы кезде АҚШ мамандары «гепатопортальды склероз» терминін қолданылған. Кейін Boyeretal «идиопатиялық портальды гипертензия» (IPH) терминін ұсынды, бұл термин Жапонияда қолданылады [19,20,21,22].

Сол кезеңде конференция барысында бұл патологияның мәселесі туралы толық информация айтылып және оған «цирротикалық емес портальды фиброз» анықтамасы ұсынылды. Цирротикалық емес портальды фиброздың диагностикалық критерийлері: айқын спленомегалия, қалыпты немесе функционалды бауырлық пробаның аздап өзгеруі, өңеш веналарының кеңеюі, қақпа және бауырлық веналарының өтімділігінің бұзылысы, қалыпты немесе аздап артериялық қысымының бауырлық веналарда жоғарлары, бауыр биопсиясы кезінде цирроздың анықталмауы.Доплерлі ультрадыбысты зерттеу кезінде қақпа венасының кеңеюі, спленомегалия, спленоренальды шунттар және портаковальды анастомоздарды анықтауға болады. Қақпа венасында қан қысымының жоғарлауын қақпа венасына тікелей катетеризация жасау арқылы өлшеуге болады. Сонымен қатар көкбауырға функция жасау арқылы көкбауыр пульпасын қысымын өлшеу арқылы баға беруге болады.Бауыр биопсиясында бауыр циррозының болмауы, идиопатиялық портальды гипертензияға тән гистологиялық көрініс анықталады [3,6, 23,24,25].

Гепатопортальды склерозы бар науқастарда емдеу барысында негізгі өлім себептері асқазан және өңеш веналарынан қан кету салдарынан болғандығын ескеру керек. Емнің жоғары эффективтілігі қан кетуді бақылау және алдын алу шаралары болып табылады. Жедел өңеш веналарынан қан кету кезінде эндоскопиялық легирлеу және склероздау кең қолданылады. Жедел портакавалды шунттау 5% жағдайда ғана қолданылады. Қан кетудің екіншілік профилактикасы Р блокатор және эндоскопиялық легирлеу қолданылады. Алайда Р блокатордың эффективтілігі төмен болып табылады. Жиі рецидивті қан кету кезінде эндоскопиялық легирлеу пропранолол немесе оның изосорбид монокитратпен комбинациясына қарағанда эффективтілігінің жоғары екені дәлелденген [26,27,28,29, 30].

Бауырдан тыс обструкция көбінесе балалық шақта асқазан-ішек жолдарынан қан кету салдарынан пайда болады. Көбінесе тромбтық окклюзия қақпа венасынан көкбауыр венасына дейін таралады [22,31,32].

Бауырдан тыс қақпа венасының обструкциясы кезінде асқазан және өңештен қан кету, ұйқы без көлемінің ұлғаю дәрежесі салыстырмалы түрде төмен болады, ал бауыр циррозымен қосарланған қақпа венасының тромбозы кезінде эпизодты қан кету ауыр ағымда және оған асцит, энцефалопатия және летальды жағдай қосылады. Қатерлі ісігі бар науқастарда қақпа венасының тромбозы болса науқас асқазан-өңеш қан кетуден өледі [23,33,34].

Сондай-ақ анемияде ұзақ уақыт бойы аурушандығы бар науқастарда протромбин уақытының ұзаруымен көрінетін бауырдың дисфункциясының белгілері көрінеді, сонымен қатар альбумин көлемінің азаюы. Жоғары дәрежелі диагностикалық зерттеуге-құрсақ қуысындағы мүшелердің ультрадыбыстық зерттеуі жатады. Қақпа венасының кіреберісінің ерте диагностикасында эхогенді тромб анықталады. Қақпа венасының кавернозды трансформациясы кезінде ультрадыбыстық зерттеуде бауыр қақпасы аймағында бүктелген тамырлардың өзара байланысы анықталады. Қазіргі дамыған заманда жоғары эффективті көрсеткішіне қарамастан, көкбауыр артериясының венозды фазасын зерттеуде спленопортография және ангиография өте сирек жасалады. Жиі доплерлік ультрадыбыстық зерттеу жасалынады, контрастты ұлғайтылған компьютерлі томография, нативті магнитті-резонансты томография немесе магнитті резонансты ангиография қолданылады [7,33].

90-95% бауырдан тыс қақпа венасының тромбозы бар науқастарда өңеш веналарының варикозды кеңеюінен қан кету анықталады. Бұл жағдайда терапиялық коррекциялау идиопатиялық порталды гипертензиядағыдай қолданылады. Сонымен қатар коррекция кезінде порталды билиопатияны, балалық шақтағы дамуының тежелуін, тромбоз пайда болғаннан кейінгі алғашқы сатысында антикоагулянтты бағалауды қажет етеді.

Өңеш веналарының варикозды кеңеюі салдарынан пайда болған қанағу жағдайында бірінші спектрлі емдеу тәсіліне жатады және асқазан эндоскопиясының склерозирлеуі және лигирлеуі, бұл жағдайда 90-95% тиімді нәтиже береді. Жоғары дәрежелі мамандар мен жабдықталу нәтижесінде қанағулардың көп мөлшері эндоскопиялық жолмен тоқтатылады. Қанағудың біріншілік және екіншілік профилактикасы мақсатында р-блокаторларды пайдаланылады, сонымен қатар варикстердің облитерациясының эндоскопиялық тәсілі, сондай-ақ соңғы эрадикация көмегімен 90% қол жетеді. Эндоскопиялық склероздаудың нәтижесінде мынадай асқинулар кездеседі, тромбоздың көкбауырға және жоғары шажырақайлы веналарға өтуі, склероздаушы заттың коллатеральды тамырларға өтуі. Сонымен қатар өңеш веналарының варикозды кеңеюі облитерациясы кезінде эндоскопиялық тәсілді порталды қысымды қалыпқа келтірмей анокремиялық және эктопиялық варикозды жою мүмкін емес, порталды билиопатия, балалық шақтағы дамуды қалыпқа келтіре алмайды [2, 18, 19, 20,23, 26].

Осы әдістер нәтижесіз болған жағдайда-портокавальды шунтирлеу қолданылады. Сондай-ақ хирургиялық араласу эктопиялық варикоз жағдайында қолданылуы мүмкін., порталды гипертензивті гастропатиясында. Жоспарлы түрде жасалатын оталарда шунтирлік араласу басым жасалады. Шұғыл жағдайларда ем нәтижесіз болған қанағу жағдайында жиі азигопортальды ажырату қолданылады. Мұндай топ араласулар 11% дейін қанағудың ерте рецидивті қаупін және бауыр энцефалопатиясын туғызады. Авторлардың айтуы бойынша 2 % жағдайда летальділік құрайды. Тармақталған тромбоз анықталған жағдайда мезентерико-кавальды шунтирлеу қолданылады. Сонымен қатар гиперкоагуляциялық статусты науқастарда ұзартылған тромбоздар анықталады. Бауырдан тыс қақпа венасының тромбозы кезіндегі гиперспленизм әдетте арнайы емді қажет етпейді. Эритроцитарлы масса құюды қажет ететін Геморрагиялық синдром немесе айқын анемия жағдайында гиперспленизмді коррекциялауды қажет етеді. Бұл жағдайда селективті немесе тотальды портокавальды шунттауды қолдануға болады, ол тромбоцит санының жоғарлауына және көкбауыр өлшемін азайтуға алып келеді. Клиникасы айқын порталды билиопатия бауырдың билиарлы циррозын тудыру қаупі жоғары болуына байланысты хирургиялық емге көрсеткіш болып табылады. Бұл жағдайда гепатикстомиялық толықтырумен портожүйелік шунттау қолданылады [2,9,17, 28,30].

Яғни, бауыр циррозының порталды гипертензияның пайдамасы үшін, бауыр жеткіліксіздігінің клиникалық көрінісінің болмауы, аз мөлшерде кездесуі немесе соңғы ағымында сипатталуы болып табылады. Бұл науқастардың летальділігі өңеш веналарының варикозды кеңеюлеріне, асқазан және басқа аз мүшелердегі аздаған локализациясына байланысты. Сондай-ақ портокавальды анастомоздардың нәтижесінде дамыған өңеш веналарының варикозды кеңеюі ндегі осы емдерді қолдану және жаңа эффективті профилактика мен емдік әдістерді ойлап табу, осы топтағы науқастардың жағдайының жақсаруындағы негізгі көрсеткіш болып табылады.

ӘДЕБИЕТТЕР ТІЗІМІ

- 1 Абдурахманов, Д. Синдром Бадда-Киари // Врач. - 2005. - №7. - С. 49-52.
- 2 Анисимов, А. Ю. Диагностическая и лечебная тактика у больных с синдромом портальной гипертензии / А. Ю. Анисимов, А. Ф. Якупов, А. Д. Юнусова // Вестник современной клинической медицины. - 2008. - Т.1, №1. -С. 115-124.
- 3 Валенкевич, Л. Н. Нецирротический фиброз печени (обзор литературы, клиническое наблюдение) // Рос.гастроэнтерол. журн. - 2000. - Т.4. - С. 24-30.
- 4 Валенкевич, Л. Н. Нецирротический фиброз печени // Клиническая медицина. - 2001. - №11. - С. 13-15.
- 5 А.В. Заполянский Клинические особенности внепеченочной портальной гипертензии у детей // Новости хирургии. - 2012. - Т.20, № 4. - С. 52-56.
- 6 Лыткин, М. И. Идиопатическая портальная гипертензия // Вестник хирургии. - 2001. - Т.160, №1. - С. 101-105.
- 7 Н. Г. Сапронова Особенности диагностики и лечения внепеченочной портальной гипертензии // Фундаментальные исследования. - 2013. - №9, Ч.6. - С. 1139-1145.
- 8 Пациора М. Д. Хирургия портальной гипертензии. - М.: Медицина, 1974. - 407 с.
- 9 Поршеников, И. А. Мезоренальное шунтирование- вариант портальной декомпрессии после многократных вмешательств у больной с внепеченочной окклюзией воротной вены // Хирургия. - 2012. - №6. - С. 58-60.
- 10 Раджабова, Н. И. Дифференциально-диагностические критерии врожденного фиброза печени и гепатопортального склероза // Клиническая медицина.- 2003. - Т.81, №1. - С. 67-69.
- 11 А.Г. Шерцингер Тромбоз воротной вены: этиология, диагностика и особенности лечения // Вестник экспериментальной и клинической хирургии. - 2012. -Т. V, №1. - С. 83-84.
- 12 Федосьина, Е.А. Принципы терапии портальной гипертензии у больных циррозом печени // Рос.журн. гастроэнтерол. гепатол. колопроктол. - 2012. - Т. 22, №5. - С. 46-55.
- 13 Хазанов, А. И. Первичный рак печени и цирроз печени // Рос.журн. гастроэнтерол., гепатол., колопроктол. - 1999. - Т.9, №1. - С. 83-88.
- 14 Цыбырнэ, К. А. Аневризма селезеночной артерии при циррозе печени и портальной гипертензии // Вестник хирургии. -1998. - Т.157, №6. - С. 85-87.
- 15 Чалый, А. Н. Левосторонняя портальная гипертензия: патогенез и лечение // Вестник хирургии. - 1997. - Т.156, №6. -С. 65-69.
- 16 Шерлок, Ш. Заболевания печени и желчных путей: Практич. рук. - М.: ГЭОТАР- медицина, 1999. - 864 с.
- 17 Chaudhary, A. Bile duct obstruction due to portal biliopathy in extrahepatic portal hypertension: surgical management // Br J Surg. - 1988. - Vol. 85. - P. 326-329.
- 18 S.K. Sarin Comparison of endoscopic ligation and propranolol for the primary prevention of variceal bleeding // Engl J Med. - 1999. - Vol. 340, №13. - P. 988-993.
- 19 D.K. Bhargava Efficacy of endoscopic sclerotherapy on long-term management of esophageal varices: a comparative study of results in patients with cirrhosis of the liver, non-cirrhotic portal fibrosis (NCPF) and extrahepatic portal venous obstruction (EHO) // J Gastroenterol Hepatol. -1991. - Vol. 6, №5. - P. 471-475.
- 20 J. B. Dilawari Endoscopic sclerotherapy in children // J Gastroenterol Hepatol. - 1989. - Vol. 4, №2. -P. 155-160.

- 21 Ю.В.Хоронько, М.Ф.Черкасов, М.И.Поляк, Ю.Е.Баранов Т1Р8/ТИПС (трансъюгулярное внутривенное порто-системное шунтирование) и лечение варикозных пищевода-желудочных кровотечений. - М.: Фарм-Синтез, 2013. - 242 с.
- 22 Шерлок Ш., Дули Дж. Заболевания печени и желчных путей: Пер. с англ. -М.: Гэотар Медицина, 1999. - 860 с.
- 23 Шерцингер А.Г., Киценко Е.А., Любимый Е.Д. и др. Тромбоз воротной вены: этиология, диагностика и особенности лечения // Вестник экспериментальной и клинической хирургии. -2012. -Т.У, №1. -С.83-84.
- 24 Чалый А.Н., Зубарев П.Н., Котив Б.Н. Левосторонняя портальная гипертензия: патогенез и лечение // Вестник хирургии. -1997. - Т.156, №6. -С.65-69.
- 25 Абдурахманов А. Синдром Бадда-Киари // Врач. -1995. - С.49-52.
- 26 Мансуров Х.Х. Портальная гипертензия: патофизиология, классификация, диагностика и тактика ведения больных // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии и коло-проктологии. -1997. -№2. - С.69-72.
- 27 Ерамишанцев А.К., Киценко Е.А., Шерцингер А.Г., Жигалова С.Б. Кровотечение из варикозно расширенных вен пищевода и желудка: диагностика, лечебная тактика // Анналы хирургической гепатологии. -2006. -Т.11, №2. -С.105-110.
- 28 Котив Б.Н. Хирургическая профилактика и лечение пищевода-желудочных кровотечений при портальной гипертензии: Дис. ... д-р.мед.наук – СПб.: 1998. - 232 с.
- 29 Huizinga W., Angorn I., Baker L. Esophageal transaction versus injection sclerotherapy in the management of bleeding esophageal varices in patients at high risk // Surg.Gynecol.Obstet. -1985. -Vol.160, №6. - P.539-546.
- 30 Зайцев В.Г., Береснев С.А., Велигодский Н.Н. Консервативно-хирургическая тактика при острых кровотечениях из варикозных вен пищевода и желудка у больных циррозом печени // Хирургия портальной гипертензии (ошибки и опасности). - М.: 1984. - С.64-65.
- 31 Кащенко В.А. Теоретическое обоснование оценки ангиогенеза в клинической гепатологии // Вестник Санкт-Петербургского университета. -2008. - Серия 11. - С.83-89.
- 32 Kuiper J.J., Boomsma F., van Buren H., de Man R., Danser A.H., van den Meiracker A.H. Components of Renin-angiotensin-aldosterone System in Plasma and Ascites in Hepatic Cirrhosis // Eur.J.Clin.Invest. - 2008. - Vol.38, №12. - P. 939-944.
- 33 Мусаев З.М. Оценка эффективности реинфузии асцитической жидкости в лечении цирроза печени, осложненного асцитом: дис. ... канд. мед.наук - Махачкала, 1999. - 116 с.
- 34 Gonzales A.R., Gonzales G.M., Albillos M.A. Physiopathology of bacterial translocation and spontaneous bacterial peritonitis in cirrhosis // Gastroenterology. Hepatol. - 2007. - Vol.30, №2. - P. 78-84.

Г.Ж. Садырханова, М.О. Мусахова, З.К. Джакипбекова, Е.К. Куандыков, Ж.М. Рсалиева

¹Международный казахско-турецкий университет имени Х.А.Ясауи

²Южно-Казахстанская государственная фармацевтическая академия,

³Шымкентская городская многопрофильная больница, г.Шымкент

ПОРТАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ БЕЗ ЦИРРОЗА ПЕЧЕНИ

Резюме: В статье проведен анализ причин, особенностей клиники и методы коррекции портальной гипертензии (ПГ) вследствие нецирротического фиброза печени. Характерной чертой для такой ПГ является отсутствие признаков печеночной недостаточности. Летальность зависит от эпизодов кровотечений из варикозно расширенных вен пищевода и желудка. В связи с этим разработана новых эффективных методик профилактики и лечения кровотечений из варикозно расширенных вен является залогом улучшения результатов терапии данной категории пациентов.

Ключевые слова: портальная гипертензия, нецирротический портальный фиброз, обструкция воротной вены.

G.Zh. Sadyrkhanova, M.O. Musachova, Z.K.Djakipbekova, E.K. Kuandykov, G.M.Rsalieva

¹International Kazakh-Turkish University named after Kh.A.Yassawi

²South-Kazakhstan state pharmaceutical academy,

³Shymkent city multidisciplinary hospital, Shymkent city

PORTAL HYPERTENSION IN DEFAULT OF HEPATOCIRRHOSIS

Resume: In the article etiologic factors, features of clinical presentation and methods of correction of portal hypertension, are analysed in default of hepatocirrhosis. By the personal touch for portal hypertension developing in absence of hepatocirrhosis, there is absence of signs of hepatic insufficiency or their less expressed and appearance on the late stages of development. Lethality of this category of patients is associated with the episodes of bleeding from the varicose extended veins of gullet and stomach. In this connection application of new effective methodologies of prophylaxis and treatment of bleeding from the varicose extended veins

Keywords: portal hypertension, uncirrhotic portal fibrosis, obstruction of janitrix.