

АНЕВРИЗМА ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЙ АРТЕРИИ У ПАЦИЕНТКИ С ПОСТХОЛЕЦИСТЭКТОМИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ (КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ)

Шкляев А.Е., Бессонов А.Г., Горбунов Ю.В., Муравцева О.В., Клестов К.Б., Зыков С.Ю.

ГБОУ ВПО «Ижевская государственная медицинская академия Минздрава России»,
кафедра факультетской терапии с курсами эндокринологии и гематологии, г. Ижевск,
Россия

426034, г. Ижевск, ул. Коммунаров, 281, тел. раб. 8-(3412)-52-62-01, факс 8-(3412)-46-86-36, e-mail: shklyaevaleksey@gmail.com

Резюме. К редким и потенциально летальным сосудистым заболеваниям относятся аневризмы висцеральных артерий. Наибольшее значение в этиологии аневризм гастродуоденальной артерии играет острый или хронический панкреатит. В статье представлено клиническое наблюдение мешотчатой частично тромбированной аневризмы данной локализации, возникшей у 77-летней пациентки с постхолецистэктомическим синдромом и выявленной при ультразвуковом исследовании органов брюшной полости. Своевременная лучевая диагностика (СКТ-ангиография сосудов брюшной полости), адекватная и вовремя проведенная эндоваскулярная окклюзия полости аневризмы металлическими спиралями позволили добиться благоприятного исхода. Отсутствие полной ясности в понимании происхождения и четкости в лечебных подходах при аневризмах висцеральных артерий предопределяют необходимость продолжения сбора клинических наблюдений данной редкой сосудистой патологии с целью обобщения и разработки соответствующего лечебно-диагностического алгоритма.

Ключевые слова: аневризма гастродуоденальной артерии, клиническое наблюдение.

Аневризмы висцеральных артерий относятся к редким сосудистым заболеваниям [1]. К 2008 году в литературе было опубликовано всего 350 наблюдений аневризм гастродуоденальной артерии [2]. Обычно их обнаруживают случайно во время компьютерной томографии, ангиографии или ультразвуковом исследовании у больных панкреатитом. В 22% случаев естественное течение заболевания осложняется разрывами, сопровождаясь высокой летальностью [3]. Наибольшее значение в этиологии аневризм данной локализации (до 40% наблюдений) играет острый или хронический панкреатит [2, 4]. Вопросы дифференциальной диагностики, хирургической тактики и техники лечения этой редкой патологии окончательно не решены. Аневризмы висцеральных артерий лечат хирургическим путем либо эндоваскулярным методом - транскатетерной спиральной эмболизацией или установкой стент-графтов [1, 2].

В качестве примера приводим собственное наблюдение.

Пациентка К., 77 лет, поступила в гастроэнтерологическое отделение БУЗ УР «1РКБ МЗ УР» 24.12.2015 г. с жалобами на периодическую боль жгучего характера в правом и левом подреберьях с иррадиацией в спину, которая усиливалась после еды и уменьшалась после приема корвалола, настойки пиона, пустырника и боярышника. Прием спазмолитиков боль не купировал. Также беспокоили отрыжка воздухом, вздутие живота и умеренная общая слабость. Стул до 3 раз в сутки, кал кашицеобразный, без патологических примесей.

В 1979 году перенесла холецистэктомию по поводу желчнокаменной болезни. Периодически получала курсы холеретиков в связи с рецидивами ноющей боли в правом подреберье с удовлетворительным эффектом. За последние 6 месяцев похудела на 5 кг. Ухудшение в течение 1 месяца – без видимых причин усилился болевой синдром в правом подреберье. Для уточнения диагноза и купирования болевого

синдрома госпитализирована в гастроэнтерологическое отделение БУЗ УР «ІРКБ МЗ УР».

В анамнезе аппендэктомия (1974 г.), экстирпация матки с придатками (1975 г.), артериальная гипертония, ИБС.

Объективно: общее состояние удовлетворительное, положение активное, конституция нормостеническая, питание нормальное, кожные покровы физиологической окраски. Периферических отеков нет. Частота дыхания 16 в минуту. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные, систолический шум в первой точке аускультации. Пульс 88 уд/мин. АД 170/90 мм рт.ст. Язык влажный, обложен белым налетом. Живот мягкий, болезненный в правом подреберье и мезогастрии (в том числе в зоне Шоффара). Печень не выступает из-под края реберной дуги, край ровный, безболезненный.

Данные лабораторных и инструментальных исследований. При поступлении (25.12.2015 г.): Le- $4,6 \times 10^9$ /л, Нв-128г/л, Tr- 162×10^9 /л, СОЭ-15 мм/ч, амилаза-38,7 Ед/л, липаза-34,0 Ед/л, АСТ – 16,0 Ед/л, АЛТ – 12,0 Ед/л, общий белок – 63,0 г/л, альбумины – 35,0 г/л, глобулины – 28,0 г/л, хлориды – 110,0 ммоль/л, натрий – 145,0 ммоль/л, калий – 4,0 ммоль/л, билирубин общий – 12,0 мкмоль/л, холестерин – 2,36 ммоль/л, протромбиновое время – 15,3 сек., ПТИ – 88,0%, фибриноген – 3,91 г/л, глюкоза – 4,36 ммоль/л, СРБ – 0,53 мг/л. Инсулин – 8,06 мкМЕ/мл, С-пептид – 2,03 нг/мл. Анализ мочи: желтая, прозрачная, относительная плотность – 1013, белок – 0, эритроциты – 0, лейкоциты – 0-1. Диастаза – 32 Ед. Анализ кала: оформленный, коричневый, реакция на кровь отрицательная, переваренные мышечные волокна ++, непереваренные мышечные волокна ++, нейтральный жир +, неперевариваемая клетчатка ++.

УЗИ органов брюшной полости и почек (24.12.2015 г.): желчный пузырь удален, ложе без особенностей, общий желчный проток 7-8 мм, в его просвете эхоструктуры не определяются. Поджелудочная железа не увеличена, головка 2,5 см, тело 1,5 см, хвост

2,0 см, контуры неровные, плотность паренхимы умеренно повышена, вирсунгов проток до 5 мм. Ниже ворот печени, у головки поджелудочной железы лоцируется гипозоногенное округлое образование до 4,0 см в диаметре, с пульсирующей сосудистой структурой в центре без достоверной визуализации стенки до 1,0 см в диаметре, оказывающее компрессионное воздействие на головку поджелудочной железы. Печень, селезенка и почки не изменены. Заключение: Объемное образование в проекции ворот печени и головки поджелудочной железы (ложная аневризма). Состояние после холецистэктомии, диффузные изменения поджелудочной железы, панкреатостаз.

ЭКГ (25.12.2015 г.): ритм синусовый, правильный, горизонтальное положение электрической оси сердца. ЧСС=51.

Рентгенограмма органов грудной клетки в прямой проекции (25.12.2015 г.): Легкие прозрачны. Легочный рисунок усилен за счет сосудистого компонента, деформирован утолщенными стенками бронхов. Корни малоструктурны. Диафрагма по VI ребру. Тень сердца расширена в обе стороны, аорта склерозирована. Костный остов не изменен. Заключение: Венозный застой I степени. Кардиомегалия. Деформирующий бронхит. Атеросклероз.

МР-холангиопанкреатография (31.12.2015 г.) в режимах T2, SPAIR, MRCP в аксиальной, фронтальной и сагиттальной проекциях и в 3D: печень не увеличена, вертикальный размер до 150 мм. Контур печени ровные, МР-сигнал от паренхимы не изменен, однородный. Сосуды не изменены. Воротная вена 10 мм в диаметре. Внутри- и внепеченочные желчные протоки не расширены. Правый долевого проток шириной 11 мм, левый – 8 мм, общий печеночный – 12,5 мм, холедох – 11 мм. Дефектов наполнения в протоках не выявлено. Холедох и вирсунгов проток впадают в Фатеров сосок единым устьем. Желчный пузырь удален. Пузырный проток расположен позади общего печеночного, диаметром до 5,6 мм, длиной 25 мм. Поджелудочная железа расположена обычно. МР-сигнал от паренхимы обычный, дольчатость выражена.

Вирсунгов проток не расширен, шириной до 3,2 мм на уровне головки, в теле и хвосте постепенно сужается. По внутренней поверхности нисходящей ветви двенадцатиперстной кишки, слегка оттесняя ее, по передней латеральной поверхности головки поджелудочной железы, перед холедохом, не компремируя его, распространяясь в ворота печени, определяется образование с четкими контурами, преимущественно изоинтенсивным сигналом, размерами 42,7x41x35,7 мм. В данном образовании асимметрично медиально определяется неоднородное гиперинтенсивное включение размерами 15,3x11,0 мм. Селезенка не увеличена. Надпочечники, почки без видимой патологии. МР-сигнал от костей в зоне исследования обычный. Заключение: Состояние после холецистэктомии. Постхолецистэктомическая дилатация желчных протоков. Объемное образование гепатодуоденальной области (тромбированная аневризма либо псевдокиста поджелудочной железы с наличием псевдоаневризмы).

Эзофагогастродуоденоскопия (29.12.2015 г.): умеренный очаговый гастрит.

СКТ-ангиография сосудов брюшной полости (31.12.2015 г.) с толщиной среза 5 мм, постреконструкция до 1,25 мм в условиях двухфазного болюсного контрастирования (Визипак 320 – 100 мл): визуализируется брюшная аорта и ее висцеральные ветви. Между нисходящей частью двенадцатиперстной кишки и головкой поджелудочной железы, кпереди от холедоха определяется округлой формы образование, представленное крупной, субтотально тромбированной аневризмой общей печеночной артерии в месте ее бифуркации на собственную печёночную артерию и желудочно-двенадцатиперстную артерию (рис.1, 2). Размеры аневризмы – до 43x37x35 мм, свободная часть – до 16x12x11 мм. По медиальному (близ шейки) и наружному краям аневризмы определяются неправильной формы кальцинаты. Остальные висцеральные ветви брюшной аорты, венозные сосуды системы воротной вены и почечные вены без особенностей. Заключение: Частично тромбированная аневризма бифуркации общей печеночной артерии.

В гастроэнтерологическом отделении пациентка получала консервативное лечение хронического панкреатита: внутривенно капельно дротаверина гидрохлорид, квамател, даларгин; внутримышечно кеторол; внутрь мебеверин, панкреатин, омепразол, урсодезоксихолевую кислоту, альмагель. Отмечалось уменьшение выраженности абдоминального болевого синдрома, купирование диспепсических явлений.

Учитывая локализацию и размеры аневризмы 14.01.2016 года проведена рентгеноэндоваскулярная окклюзия: после анестезии места пункции из правого трансфemorального доступа катетеризирован чревный ствол, выполнена ангиография (рис. 3), определяется мешотчатая аневризма верхней трети а. gastroduodenalis. Катетеризирована полость аневризмы, выполнена рентгеноэндоваскулярная окклюзия полости аневризмы металлическими спиралями. Контрольная ангиография – результат удовлетворительный (рис. 4).

На следующий после эндоваскулярной окклюзии день самочувствие пациентки хорошее, болевой и диспепсический синдромы не беспокоят. УЗИ-контроль (15.01.2016 г.): ранее описываемая аневризма без признаков кровотока, размером 4,5x3,8 см, просвет выполнен эхопозитивными структурами; поджелудочная железа не увеличена, паренхима диффузно неоднородная, умеренно повышенной эхогенности, вирсунгов проток до 2 мм, виден на всем протяжении; свободной жидкости в брюшной полости нет. Давящая повязка с области пункции правой бедренной артерии удалена, место пункции без особенностей, патологические шумы не выслушиваются.

Больная выписана через 4 дня после окклюзии полости аневризмы в удовлетворительном состоянии под наблюдение участкового терапевта. Окончательный клинический диагноз: Хронический билиарнозависимый панкреатит, болевая форма, средней степени тяжести, фаза обострения. Внешнесекреторная недостаточность поджелудочной железы I степени. Постхолецистэктомический

синдром (холецистэктомия в 1979 году по поводу ЖКБ). Мешотчатая аневризма а. gastroduodenalis (состояние после рентгеноэндоваскулярной окклюзии полости металлическими спиралями 14.01.2016 г.). Гипертоническая болезнь II стадии, 2 степени, риск 3. Атеросклероз аорты. ХСН I, ФК 1.

При контрольном осмотре (01.02.2016 г.) жалоб на боли в животе, диспепсические явления пациентка не предъявляет. Рекомендовано продолжить соблюдение диетических рекомендаций с учетом имеющихся у больной хронического панкреатита и постхолецистэктомического синдрома.

Заключение. В представленном клиническом наблюдении при обследовании пациентки с хроническим билиарнозависимым панкреатитом выявлена частично тромбированная мешотчатая аневризма а. gastroduodenalis. Роль острого и хронического панкреатита в возникновении аневризм висцеральных артерий отмечена рядом авторов [4]. Следует подчеркнуть наличие у представленной пациентки холецистэктомии в анамнезе, что с одной стороны маскирует выявленную сосудистую патологию под постхолецистэктомический синдром, а с другой - свидетельствует о его возможном влиянии на формирование аневризмы. В качестве факторов риска можно рассматривать также имевшиеся у больной артериальную гипертензию и атеросклероз. Своевременная ангиографическая диагностика сосудистой патологии, проявившей себя абдоминальным болевым синдромом, адекватная и вовремя проведенная рентгеноэндоваскулярная окклюзия полости аневризмы позволили добиться благоприятного исхода. Способствовали верной направленности диагностического поиска методы лучевой диагностики патологии органов пищеварения (ультразвуковое исследование и МР-холангиопанкреатография). Отсутствие ясности в понимании происхождения, а также четкости в лечебных подходах при аневризмах висцеральных артерий предопределяет необходимость продолжения сбора клинических наблюдений

данной редкой патологии с целью их обобщения и разработки соответствующего лечебно-диагностического алгоритма.

ЛИТЕРАТУРА

1. Степаненко А.Б., Белов Ю.В., Комаров Р.Н., Стогний Н.Ю. Хирургическое лечение аневризмы верхней брыжеечной артерии и стеноза терминального отдела аорты у ребенка 12 лет. *Ангиология и сосудистая хирургия*. 2010; 2: 84-86.
2. Смирнов А.Б., Пронченко А.А., Горячев С.В., Мельниченко Ж.С. Хирургическое лечение ложной аневризмы гастродуоденальной артерии. *Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова*. 2009; 4: 42-43.
3. Тарбаева Н.В., Коков Л.С. Диагностика и лечение аневризм висцеральных артерий. *Ангиология и сосудистая хирургия*. 2006; 3: 135-137.
4. Лемешко З.А., Кондрашин С.А., Соколина И.А. и др. Редкое наблюдение: комплексная лучевая диагностика аневризмы гастродуоденальной артерии. *Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии*. 2003; 3: 75-78.

Подписи к рисункам

Рис. 1. СКТ-ангиография сосудов брюшной полости. Аневризма желудочно-двенадцатиперстной артерии.

Рис. 2. СКТ-ангиография сосудов брюшной полости, 3D-реконструкция. Аневризма желудочно-двенадцатиперстной артерии.

Рис. 3. Целиакография. Аневризма верхней трети a. gastroduodenalis.

Рис. 4. Целиакография. Окклюзия аневризмы a. gastroduodenalis металлическими спиралями.

Сведения об авторах

1. Шкляев Алексей Евгеньевич (для переписки) – доктор медицинских наук, доцент, профессор кафедры факультетской терапии с курсами эндокринологии и гематологии ГБОУ ВПО «Ижевская государственная медицинская академия Минздрава России», 426034, г. Ижевск, ул. Коммунаров, 281, тел. раб. 8-(3412)-52-62-01, факс 8-(3412)-46-86-36, e-mail: shklyaevalleksey@gmail.com

2. Бессонов Алексей Геннадьевич – кандидат медицинских наук, заведующий гастроэнтерологическим отделением БУЗ УР «Первая Республиканская клиническая больница МЗ УР».

3. Горбунов Юрий Викторович – доктор медицинских наук, заведующий кафедрой факультетской терапии с курсами эндокринологии и гематологии ГБОУ ВПО «Ижевская государственная медицинская академия Минздрава России».

4. Муравцева Ольга Васильевна – кандидат медицинских наук, заместитель главного врача по медицинской части БУЗ УР «Первая Республиканская клиническая больница МЗ УР».

5. Клестов Константин Борисович – врач-ангиохirurg БУЗ УР «Первая Республиканская клиническая больница МЗ УР».

6. Зыков Сергей Юрьевич – врач-рентгенолог БУЗ УР «Первая Республиканская клиническая больница МЗ УР».