

УДК 616.132–007.64

**АНЕВРИЗМА НЕПАРНЫХ ВИСЦЕРАЛЬНЫХ ВЕТВЕЙ АОРТЫ***А. А. Никоненко, П. И. Никублиников, С. Н. Фуркало**Запорожский государственный медицинский университет,**Национальный институт хирургии и трансплантологии имени А. А. Шалимова НАМН Украины, г. Киев***ANEURYSM OF THE UNPAIRED VISCERAL AORTAL BRANCHES***A. A. Nikonenko, P. I. Nikublnikov, S. N. Furkalo***РЕФЕРАТ**

Проанализированы клинические проявления, данные дополнительных методов обследования, результаты хирургического лечения пациентов по поводу аневризмы непарных висцеральных ветвей аорты. Специфических жалоб и клинических симптомов нет. Наиболее информативным и достоверным методом исследования является компьютерная томография (КТ). При размерах аневризмы более 2 см показано хирургическое лечение.

**Ключевые слова:** аневризма висцеральных ветвей аорты; селезеночная артерия; чревный ствол; компьютерная томография.

**SUMMARY**

Clinical signs, data of additional methods of examination, results of surgical treatment of patients for aneurysm of unpaired visceral aortal branches were analyzed. Specific complaints and clinical signs are absent. Most informative and trustworthy method of investigation is a computer tomography. In the sizes of aneurysm more than 2 cm surgical treatment is indicated.

**Key words:** aneurysm of aortal visceral branches; splenic artery; truncus coeliacus; computer tomography.

**А**невризма непарных висцеральных ветвей аорты может быть врожденной и приобретенной, по форме – мешковидной или диффузной, истинной или ложной [1].

Причинами истинной аневризмы непарных висцеральных ветвей брюшной части аорты являются фиброзно–мышечная дисплазия, аномалии развития стенки сосудов, атеросклероз. Предрасполагающими факторами возникновения аневризмы висцеральных ветвей аорты являются дисплазия, портальная гипертензия, спленомегалия, локальные воспалительные процессы, ортотопическая трансплантация печени, гормональные и гемодинамические изменения во время беременности. Наиболее частой причиной возникновения ложной аневризмы ветвей чревной артерии является аррозия ее стенки вследствие воздействия ферментов поджелудочной железы при остром панкреатите [2,3], чаще других выявляют поражение селезеночной артерии. Впервые аневризму селезеночной артерии описал М. Beaussier в 1770 г. [4].

Течение аневризмы непарных висцеральных артерий, как правило, бессимптомное [5, 6], клинические проявления неспецифичны, это боль в животе различной локализации, интенсивности и характера, не связанная с приемом пищи. При наличии большой аневризмы пациенты ощущают объемное образование в брюшной полости. При пальпации живота иногда определяют подвижное пульсирующее образование, при аускультации – в проекции аневризмы выявляют шум. Возможно возникновение симптомов, обусловленных сдавлением смежных органов, первым клиническим проявлением аневризмы часто бывает геморрагический шок вследствие ее разрыва [6, 7].

В последние годы все чаще в диагностике аневризмы непарных висцеральных артерий используют КТ с контрастным усилением артериальной фазы [8]. По данным КТ можно определить анатомические особенности и локализацию, артерию, питающую аневризму, выявить сопутствующие заболевания, провести дифференциальную диагностику аневриз-

мы и других полостных образований брюшной полости [8]. Применяют два метода лечения аневризмы непарных висцеральных артерий — открытую операцию и рентгеноэндоваскулярное вмешательство.

Цель исследования: изучить особенности клиники и диагностики аневризмы непарных висцеральных ветвей брюшной части аорты и обосновать тактику лечения.

## МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Проанализированы клинические данные 20 больных, которых лечили в отделениях сосудистой хирургии Национального института хирургии и трансплантологии имени А. А. Шалимова НАМН Украины и Запорожской областной клинической больницы по поводу аневризмы висцеральных ветвей аорты. Воз-

раст пациентов в среднем ( $55,4 \pm 12,2$ ) года. Мужчин было 13, женщин — 7. У 13 больных выявлена аневризма селезеночной артерии, у 2 — верхней брыжечной артерии (ВБА), у остальных — в бассейне чревной артерии: у 2 — аневризмы панкреатодуоденальной, у 1 — печеночной, у 1 — гастродуоденальной, у 1 — желудочной. Основными клиническими симптомами были боль в надчревной области (в 72% наблюдений), дискомфорт (в 48%), слабость (в 44%). Частым сопутствующим заболеванием был панкреатит — у 8 (40%) пациентов, также диагностировали гипертоническую болезнь — у 25%, ишемическую болезнь сердца — у 20%. У большинства пациентов заболевание обнаружено случайно, во время обследования органов брюшной полости. При объективном осмотре отмечены болезненность при пальпации в надчревной области и, в зависимости от размера аневризмы (более 3 см), определяли опухолеподобное пульсирующее образование. Первым диагностическим методом было ультразвуковое исследование (УЗИ), по данным которого у большинства больных установлен в первый раз диагноз. Так, по результатам УЗИ диаметр аневризмы от 3 до 8 см, в среднем ( $5,3 \pm 2,4$ ) см, у 7 (35%) больных в полости аневризмы выявлены пристеночные тромбы. У 12 больных проведена селективная ангиография, у 8 — спиральная КТ с контрастным усилением по стандартной методике.

## РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Хирургическое лечение проведено 19 больным, одному назначена консервативная терапия. Хирургическое лечение предусматривало выполнение открытой операции либо эндоваскулярного вмешательства. У 9 больных выполнена эмболизация полости аневризмы, у 10 — открытая операция. По поводу аневризмы селезеночной артерии выполнены резекция аневризмы и спленэктомия. При аневризме ВБА, желудочной, гастродуоденальной и печеночной артерий осуществляли резекцию аневризмы и протезирование. Во время резекции аневризмы гастродуоденальной, печеночной и желудочной артерий отмечена повышенная кровопотеря, видимо, из-за технических сложностей и анатомических особенностей. Все пациенты благополучно перенесли вмешательство. Приводим наблюдение.

Больная К., 61 года, госпитализирована в хирургическое отделение в плановом порядке. Жалобы на повышение артериального давления, слабость, умеренный дискомфорт в надчревной области, снижение чувствительности, движений в правой половине тела. В анамнезе данные о гипертонической болезни уже более 7 лет, 5 лет назад на фоне повышения артериального давления возник инсульт. В течение недели пациентка отмечает ухудшение состояния: значительное повышение артериального давления, про-

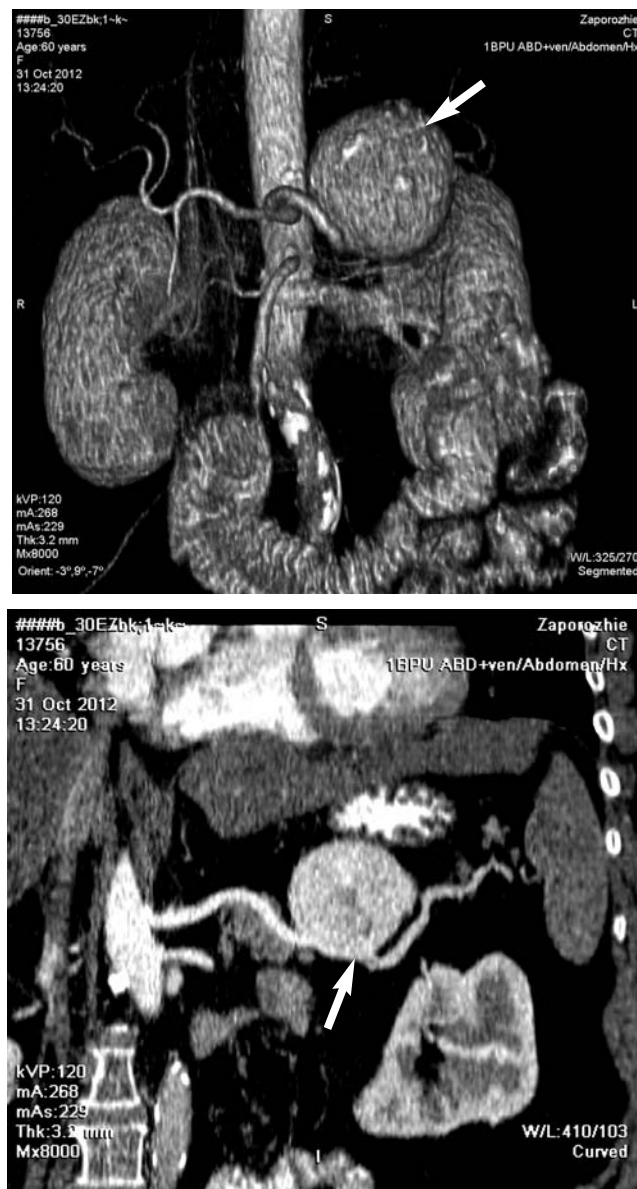


Рис. 1. КТ органов брюшной полости. Аневризма селезеночной артерии.

грессирование неврологических симптомов, госпитализирована в неврологическое отделение по месту жительства, по данным УЗИ органов брюшной полости диагностирована аневризма брюшной части аорты (из-за больших размеров аневризма селезеночной артерии ошибочно принята за аневризму брюшной части аорты). Окончательный диагноз установлен по результатам КТ органов брюшной полости с контрастным усилением (рис. 1).

Заключение КТ: аневризма селезеночной артерии размерами 7 × 6 см, опухоль левого надпочечника размерами 3 × 2 см. После осмотра сосудистого хирурга больная переведена в профильное хирургическое отделение для хирургического лечения. В плановом порядке выполнено вмешательство: резекция аневризмы селезеночной артерии, спленэктомия, удаление опухоли надпочечника с применением лапаротомного доступа (рис. 2).

Течение послеоперационного периода без осложнений. Пациентка выписана на 8-е сутки в удовлетворительном состоянии. По данным гистологического исследования, толщина стенки аневризмы от 0,5 до 0,2 см. В участках утолщения стенки отмечено утолщение ее средней оболочки с преобладанием коллагеновых волокон. Внутренняя оболочка в виде тонкой полоски, отечна, диффузно инфильтрирована мононуклеарными клетками. В участках истончения стенки аневризмы представлена узкой полоской фиброзированной средней оболочки, адвентиция фиброзирована, с большим количеством нервных волокон, толстостенных сосудов и очаговых лимфоидных инфильтратов. Эти изменения свидетельствуют о выраженном воспалительном процессе в стенке аневризмы.

Таким образом, приведенное клиническое наблюдение свидетельствует, что аневризма не имеет специфических симптомов, ее выявляют случайно, во время УЗИ или КТ. Метод КТ наиболее информативен, позволяет не только установить размеры, локализацию аневризмы, но и выявить сопутствующие заболевания органов брюшной полости (в приведенном наблюдении — опухоль надпочечника, обуславливавшая стойкую злокачественную артериальную гипертензию, что явилось причиной инсульта и, вероятно, способствовало прогрессированию роста аневризмы селезеночной артерии).

В настоящее время, благодаря более доступному и частому применению УЗИ, КТ при различных заболеваниях органов брюшной полости появилась возможность диагностировать бессимптомно протекающие аневризмы [6]. Из неинвазивных методов исследования достаточно информативно УЗИ, которое заняло четкую позицию скринингового метода. Наиболее информативным и достоверным методом является КТ [8]. КТ с контрастированием дает полное пред-



Рис. 2. Аневризма селезеночной артерии. Интраоперационный вид после мобилизации селезеночной артерии, чревного ствола.

ставление об анатомических особенностях и локализации аневризмы, позволяет провести дифференциальную диагностику аневризмы непарных висцеральных артерий с другими полостными образованиями брюшной полости.

Учитывая редкость аневризмы непарных висцеральных ветвей аорты, показания, хирургическая тактика, объем и характер вмешательства обсуждаются [9]. В литературе показания к лечению аневризмы устанавливаются на основании анализа ее размеров, если она превышает 2 см, показана плановая операция. Однако точно определить риск разрыва аневризмы, основываясь на ее размере, достаточно сложно. По данным литературы, из 29 наблюдений разрыва аневризмы непарных висцеральных артерий в 10 — размер аневризмы не превышал 1 см, в 19 — 2 см [10]. Учитывая высокую смертность при разрыве аневризмы, считаем абсолютными показания к хирургическому лечению как симптомных, так и бессимптомных аневризм, независимо от их размера. Лигирование, эндоваскулярную эмболизацию и резекцию аневризмы следует выполнять при условии компенсированного коллатерального кровотока, а реконструктивную операцию — при неадекватности коллатерального кровотока, из-за опасности ишемии органа, который кровоснабжается этой артерией.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Покровский А. В. Клиническая ангиология: руководство; В 2 т. — М.: Медицина. — 2004. — Т. 2. — С. 117 — 128.
2. Ложная аневризма селезеночной артерии как осложнение острого и хронического панкреатита / С. С. Шестопалов, С. А. Михайлова, А. Н. Тарасов, А. П. Ефремов // Хирургия. — 2012. — № 12. — С. 14 — 18.
3. Stanley J. C. Pathogenesis and clinical significance of splenic artery aneurysms / J. C. Stanley, W. J. Fry // Surgery. — 1974. — Vol. 76. — P. 898 — 899.
4. Кригер Л. Г. Абсцедирование селезенки как осложнение ложной аневризмы селезеночной артерии / Л. Г. Кригер, В. К. Лядов,

- П. Б. Барбин // *Анналы хирург. гепатологии.* — 2008. — Т. 19, № 3. — С. 25 — 28.
5. Клинические аспекты диагностики и лечения аневризм селезеночной артерии / А. М. Гранов, В. Н. Польшалов, П. Г. Таразов, В. Х. Сайкин // *Клин. медицина.* — 1990. — Т. 11. — С. 60 — 63.
6. Разрыв аневризмы селезеночной артерии / А. Н. Лищенко, Е. А. Ермаков, С. И. Шалагинов, А. В. Гофман // *Хирургия.* — 2005. — Т. 7. — С. 58 — 59.
7. Гавриленко А. В. Хирургическое лечение аневризм непарных висцеральных ветвей брюшной аорты / А. В. Гавриленко, Г. В. Синявин, В. В. Далинин // *Там же.* — 2001. — Т. 7. — С. 4 — 8.
8. Лесняк В. Н. КТ-диагностика аневризм висцеральных ветвей брюшной аорты / В. Н. Лесняк, Ю. В. Кекеж, Г. В. Еремиченко // *Рос. электрон. журн. лучевой диагностики.* — 2011. — Т. 1, № 3. — С. 69 — 74.
9. Пономарев А. А. Аневризма печеночной артерии (обзор зарубежной литературы) / А. А. Пономарев // *Хирургия.* — 1995. — Т. 4. — С. 69 — 70.
10. Treatment of three pancreaticoduodenal artery aneurysms associated with coeliac artery occlusion and splenic artery aneurysm: a case report and review of the literature / M. Jibiki, Y. Inoue, T. Iwai [et al.] // *Eur. J. Vasc. Endovasc. Surg.* — 2005. — Vol. 29, N 2. — P. 213 — 217.



## НАУКОВО-МЕДИЧНЕ ВИДАВНИЦТВО “ЛІГА - ІНФОРМ”

Медичне видавництво «ЛІГА-ІНФОРМ» (м. Київ) запрошує до співпраці авторів медичної літератури. Ми беремо на себе всі турботи про Вашу монографію: від редагування та створення оригінал-макету до поліграфічного виконання.

Видавництво, створене на базі журналу «Клінічна хірургія», допоможе видати книги з медицини, підручники, атласи, монографії.

Медичне видавництво «ЛІГА-ІНФОРМ» запрошує до взаємовигідної співпраці також фармацевтичні компанії, які займаються виробництвом, розповсюдженням і просуванням на ринок України лікарських засобів, медичного устаткування, компанії фармацевтичної промисловості (організації та представництва).



ТОВ “Ліга-Інформ”, 03680, м. Київ, вул. Героїв Севастополя, 30.  
Свідоцтво про внесення до Державного реєстру суб’єктів видавничої справи  
ДК № 1678 від 04.02.04.