

УСПІШНИЙ ВИПАДОК ДІАГНОСТИКИ ТА ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ АНЕВРИЗМИ ВЕРХНЬОЇ БРИЖОВОЇ АРТЕРІЇ НА ТЛІ ФІБРОМУСКУЛЯРНОЇ ДИСПЛАЗІЇ

І.І. Кобза¹, Т.І. Кобза², Ю.С. Мота¹

Вступ

Аневризма верхньої брижової артерії (АВБА) – рідкісне клінічне захворювання, частота якого складає 5,5% у структурі аневризм вісцеральних артерій. Серед АВБА виокремлюють: справжні (мішкоподібні, веретеноподібні), псевдоаневризми; розшаровуючі. На відміну від вісцеральних аневризм іншої локалізації найчастішою причиною виникнення АВБА є інфекція, пов'язана з бактеріальним ендокардитом. Серед інших причин АВБА – атеросклероз, фібромукулярна дисплазія, гіпертензія, кістозний медіанекроз, колагенози, травми, тощо. Захворювання часто перебігає безсимптомно, маніфестуючи розривом або мезентеріальною ішемією. З активним впровадженням візуалізаційних методів дослідження (КТ, МРТ-ангіографія) при підтвердженні діагнозу АВБА немає альтернативи своєчасному хірургічному лікуванню.

Мета

Покращення діагностики та хірургічного лікування АВБА.

Матеріали й методи дослідження

Враховуючи рідкісність даної патології, особливості діагностики та хірургічного лікування, вважаємо доцільним поділитись наступним клінічним спостереженням.

- 364 -

«Актуальні питання сучасної хірургії: загальна, пластична та судинна хірургії», м. Київ, 30 – 31 жовтня 2021 року

Опис клінічного спостереження

Хвора, віком 64-х років, госпіталізована у відділення хірургії судин Львівської обласної клінічної лікарні із скаргами на наявність аневризми верхньої брижової артерії, періодичне підвищення артеріального тиску до 150/90 мм рт. ст. Із анамнезу: захворювання діагностовано випадково при УЗД органів черевної порожнини. При огляді: загальний стан хворої задовільний, вітальні показники стабільні та в межах норми. Пульсація магістральних артерій збережена. При УЗД судин черевного відділу аорти від 27.01.2021р.: верхня брижова артерія прохідна, аневризматичні розширення не візуалізуються, діаметром 7,5 мм. ПСШ становить до 80 см/с. Над ВБА на 3,0 см дистальніше місця її відходження – мішкоподібне аневризматичне розширення, діаметром, 16,0 мм без тромботичних нашарувань (ймовірно гілка ВБА). При МСКТ органів черевної порожнини з контрастним підсиленням від 28.01.2021р.: на відстані 68,0 мм від рівня відгалуження ВБА від аорти – аневризматичне поширення на тоненькій ніжці протяжністю 9,0 мм, розмірами 18,0x12,0 мм. При Ехо-КГ від 01.02.2021р.: ФВ – 65%. Гіпертонічна хвороба II ст. Структура та функції клапанів – без змін. Наявність у хворої мішкоподібної аневризми гілки ВБА, розмірами 18,0x12,0 мм у діаметрі стало безпосереднім показаннями до хірургічного втручання – резекції аневризми. 02.02.2021р. 1100 – 1410 Операція - під загальним знечуленням виконано резекцію аневризми гілки ВБА. Доступ «Mercedes». Т-подібний розріз заднього листка очеревини. Новокаїнова блокада кореня брижі. У корені брижі виділено ВБА 3,0 см дистальніше відходження від аорти, протяжністю до 7,0 см. Виявлено пульсуючу аневризму гілки (a. ileocolica) ВБА, діаметром 20x15

мм. Системна гепаринізація. Боковим відтисканням ВБА мобілізовано аневризму від запально змінених навколишніх тканин. Аневризма резекована та скерована на патоморфологічне дослідження. Відновлення кровоплину. Кишківник без візуальних ознак ішемії, активна перистальтика. Контроль гемостазу. Пошарові шви на лапаротомну рану. Асептичні пов'язки.

Результати патоморфологічного дослідження: фібромускулярна дисплазія (ФМД). У післяопераційному періоді – ознаки часткової динамічної кишкової непрохідності, набряковий панкреатит. Консультована загальним хірургом з відповідними рекомендаціями. Хвора отримувала інфузійно-трансфузійну коригуючу терапію, антикоагулянтну, антибіотикотерапію. На фоні проведеної консервативної терапії - загальний стан хворої з позитивною динамікою. Післяопераційна рана загоїлась первинним натягом. Пацієнтка в задовільному стані 18.02.2021р. виписана із стаціонару під спостереження загального хірурга.

Віддалені результати: при контрольному обстеженні через 3, 6 місяців пацієнтка скарг не висловлює, при УЗД контролі - ВБА прохідна, аневризматичні розширення не візуалізуються.

Результати й обговорення

У нашому спостереженні, у 64-річної хворої, на підставі результатів клінічного обстеження, лабораторних, інструментальних методів досліджень було підтверджено діагноз аневризми гілки ВБА, що стало безпосереднім показанням до хірургічного втручання – резекції аневризми гілки ВБА. При патоморфологічному дослідженні у даному клінічному випадку підтверджено наявність ФМД.

У зв'язку з рідкісністю патології результати лікування АВБА у літературі обмежуються невеликим числом спостережень. Більшість з них вказує на інфекційну етіологію захворювання – мікотичні аневризми. Сприяючим фактором у формуванні аневризми ВБА є ФМД – неатеросклеротичне, незапальне захворювання невідомої етіології, при якому мікроскопічно спостерігається сегментарний розвиток фіброзу та гіперплазії гладком'язових клітин медії. Згідно даних реєстру США у 37,5% випадків ФМД сприяє виникненню стенозів, розшарувань або формуванню аневризми черевного стовбура та ВБА. Окрім того, АВБА спостерігають переважно у жінок, вони рідше пов'язані з іншими дисплазіями і, як правило, мішкоподібні.

Відкрите хірургічне втручання традиційно залишається «золотим» стандартом лікування АВБА та залежить від локалізації аневризми, наявності ускладнень, і як правило, передбачає резекцію аневризми або резекцію у поєднанні з реваскуляризацією. Пряма реваскуляризація ВБА здійснюється у випадках аневризми основного стовбура ВБА або її розгалуження та передбачає первинний анастомоз, формування аутовенозної «вставки» або аортомезентеріальне алошунтування.

Таким чином, проведене хірургічне лікування – резекція АВБА дозволило врятувати життя хворої та запобігти розвитку фатальних ускладнень.

Висновок

Даний клінічний випадок демонструє, що своєчасна діагностика та вибір адекватної тактики хірургічного лікування АВБА дозволяють уникнути важких ускладнень та забезпечити задовільні віддалені результати лікування.