

Аневризма шлунково–дванадцятипалокишкової артерії як причина шлункової кровотечі

А. І. Суходоля, С. А. Суходоля, О. В. Грищук, В. П. Мосійчук, В. Д. Токарчук

Вінницький національний медичний університет імені М. І. Пирогова

Aneurysm of a. gastroduodenalis as a source of gastric hemorrhage

A. I. Sukhodolia, S.A. Sukhodolia, O. V. Gryshchuk, V.P. Mosiichuk, V. D. Tokarchuk

National Pirogov Memorial Medical University, Vinnytsya

Аневризма вісцеральних артерій (АВА) – рідкісна патологія, для якої характерне поєднання безсимптомного перебігу з небезпечними раптовими ускладненнями: розривом та внутрішньоочеревинною чи шлунково–кишковою кровотечею. У більшості хворих АВА діагностується випадково як знахідка при обстеженні з приводу іншої патології.

Завдяки широкому застосуванню інструментальних методів діагностики, таких як комп'ютерна і магнітно–резонансна томографія, ультразвукове дослідження, КТ–ангіографія, діагностика патології судин стала більш точною та демонстративною [1]. АВА класифікують за етіологією (вроджені та набуті), локалізацією, формою (мішкоподібні та веретеноподібні), морфологічно (справжні та хибні).

З усіх АВА частіше зустрічається аневризма селезінкової артерії (60%), печінкової артерії (20%), верхньої брижової артерії (5 – 7%), черевного стовбура (3 – 4%), шлунково–дванадцятипалокишкової артерії (2 – 4%) [2 – 6].

В огляді літератури, підготовленому Е. Moore і співавторами [6], повідомляється, що АВА однаково часто зустрі-

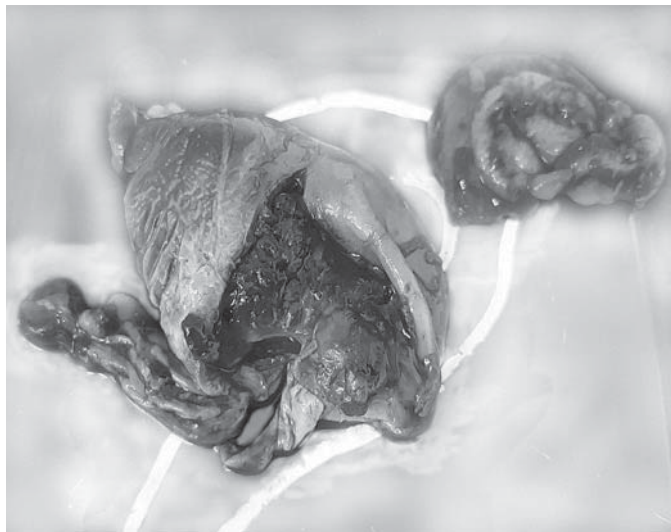
чаються у жінок і чоловіків, а середній вік пацієнтів становить 58 років. Наводимо клінічне спостереження успішного лікування пацієнта з аневризмою шлунково–дванадцятипалокишкової артерії, пенетрацією у просвіт шлунка та масивною шлунковою кровотечею.

Пацієнт Ч., 1970 р.н., госпіталізований у клініку 15.11.2020 р. із скаргами на загальну слабкість, запаморочення, блювання «кавовою гущею», чорні випороження, шум у вухах, блідість шкірних покривів, холодний липкий піт, сухість у роті. Вказані скарги з'явилися раптово добу тому, після чого пацієнт був госпіталізований до центральної районної лікарні та лікувався з діагнозом: поліп малої кривизни шлунка; зупинена шлунково–кишкова кровотеча, тип ПІВ за Форестом; гостра постгеморагічна анемія вкрай тяжкого ступеня. Загальний аналіз крові: гемоглобін 58 г/л; еритроцити $1,8 \times 10^{12}/л$; гематокрит 18%. Дані езофагогастродуоденоскопії: стравохід вільно прохідний, слизова оболонка блідо–рожева. У шлунку по великій кривизні поліп 1,5 см з тромбованою верхівкою на широкій ніжці. Слизова оболонка анемізована. У шлунку велика кількість соляно–кислого гематину.

У зв'язку з високою ймовірністю рецидиву шлунково–кишкової кровотечі та розвитку геморагічного шоку хворий госпіталізований до клініки для дообстеження та оперативного лікування. Дані езофагогастродуоденоскопії: фіксований згортки крові по малій кривизні тіла шлунка ближче до середньої третини, згортки крові у порожнині із підозрою на поліпоподібне утворення. Загальний аналіз крові: гемоглобін 67 г/л; еритроцити $2,38 \times 10^{12}/л$; гематокрит 20,1%.

За життєвими показаннями в ургентному порядку виконано оперативне втручання: субтотальна дистальна резекція шлунка за Більрот–II в модифікації Гофмейстера – Фінстерера.

Інтраопераційно встановлено, що у хворого аневризма шлунково–дванадцятипалокишкової артерії діаметром 3 см та протяжністю до 5 см, що пенетрує та пролабує у шлунок по малій кривизні із дефектом до 4 см у діаметрі (див. рисунок). Ділянка розриву тромбована, спроба мобілізації завершилась активною кровотечею із прокси-



Аневризма шлунково–дванадцятипалокишкової артерії з тромбом.

мального кінця незміненої шлунково–дванадцятипало-кишкової артерії. Джерело кровотечі успішно ліквідовано прошиванням проксимального та дистального кінців судини. Аневризматичний мішок та резектований шлунок відправлено на патогістологічне дослідження.

Ураховуючи тяжкість стану, об'єм оперативного втручання та показники гемодинаміки інтраопераційно та в післяопераційному періоді пацієнту проведено гемотрансфузію еритроцитарної маси та свіжозамороженої плазми. Тяжкість стану хворого була обтяжена супутнім декомпенсованим цукровим діабетом 2–го типу (глюкоза крові 21,5 ммоль/л на момент госпіталізації). Гіперглікемія корегована інсуліном короткої дії із подальшим контролем рівня глюкози крові. В післяопераційному періоді загальний стан пацієнта був стабільний, без ускладнень. Пацієнт у задовільному стані виписаний додому на 8–му добу після операції.

Патогістологічне заключення: в матеріалі частина шлунка з перфоративним виразковим дефектом з фібротизованими краями, лейкоцитарним валом, фібринозно–лейкоцитарними нашаруваннями. Виразковий дефект переходить у мішкоподібне порожнисте утворення із шаруватими стінками, що представлені всіма шарами стінки артерії, характерними для артерій м'язового типу, з фіброзної, частково некротизованої тканини, яка нерівномірно просякнута кров'ю зі скупченнями лейкоцитів, фібринозно–лейкоцитарними нашаруваннями зсередини.

Висновок

Наведене клінічне спостереження демонструє рідкісну патологію АВА, складність її діагностики та радикальність оперативного лікування.

Фінансування. За кошти авторів.

Внесок авторів. Внесок авторів у представлену роботу однаковий.

Конфлікт інтересів. Автори, які взяли участь у дослідженні, заявили, що вони не мають конфлікту інтересів щодо цього рукопису.

Згода на публікацію. Всі автори прочитали та схвалили остаточний варіант рукопису. Всі автори дали згоду на публікацію цього рукопису.

References

1. Pulli R, Dorigo W, Troisi N, Pratesi G, Innocenti AA, Pratesi C. Surgical treatment of visceral artery aneurysms: A 25–year experience. *J Vasc Surg.* 2008 Aug;48(2):334–42. doi: 10.1016/j.jvs.2008.03.043. PMID: 18644480.
2. Stepanova YuA, Karmazanovsky GG, Kokov LS, Tsygankov VN. True Aneurysms of Visceral Arteries: Diagnosis and Treatment Using Radiology Techniques. *Doctor.Ru.* 2015;1(11):46–52. Russian.
3. Stanley J.C., Whitehouse W.M. Jr. Splanchnic artery aneurysms. In: Rutherford RB, ed. *Vascular surgery.* 6th ed. Philadelphia. Elsevier Saunders. 2005; 6: 1565–81. ISBN: 9789997626769
4. Chong WW, Tan SG, Htoo MM. Endovascular treatment of gastroduodenal artery aneurysm. *Asian Cardiovasc Thorac Ann.* 2008 Jan;16(1):68–72. doi: 10.1177/021849230801600118. PMID: 18245712.
5. Battula N, Malireddy K, Madanur M, Srinivasan P, Karani J, Rela M. True giant aneurysm of gastroduodenal artery. *Int J Surg.* 2008 Dec;6(6):459–61. doi: 10.1016/j.ijvs.2006.05.010. Epub 2006 Jun 21. PMID: 19059144.
6. Moore E, Matthews MR, Minion DJ, Quick R, Schwarcz TH, Loh FK, et al. Surgical management of peripancreatic arterial aneurysms. *J Vasc Surg.* 2004 Aug;40(2):247–53. doi: 10.1016/j.jvs.2004.03.045. PMID: 15297817.

Надійшла 08.12.2020