

Механическая желтуха и постгеморрагическая анемия, как осложнение аневризмы общей печёночной артерии

М. Х-Б. Татаршаев,
Б. А. Мизаушев,
Р. М. Захохов,
А. А. Аслануков.
Карачаево-Черкесская
республиканская
больница, г. Черкесск,
Нальчинская городская
клиническая больница, г.
Нальчик.

Common hepatic artery aneurysm complicated with obstructive jaundice and posthaemorrhagic anemia.

M. Kh.- B.
Tatarshaov,
B. A. Mizaushev,
R. M. Zakhokhov,
A. A. Aslanukhov
Republican hospital
of Karachaevo-
Cherkessk
Nalchik City
Clinical Hospital,
Nalchik

Аневризмы печеночной артерии АПА чаще всего регистрируются у септических больных; вторым по частоте причинным фактором является атеросклеротическое поражение сосуда: реже — воспалительные заболевания желчного пузыря и внепеченочных желчных протоков, травмы элементов гепатодуоденальной связки, а также врожденные заболевания сосудов [1,2,5,7,9].

В среднем в 35% случаев АПА осложняется кровотечением, причем чаще (в 75—80 % наблюдений) происходит прорыв в желчные протоки или в желчный пузырь, в 25—28 %—в двенадцатиперстную кишку, реже (в 1,5— 2%)—в желудок и протоки поджелудочной железы [1,3, 5,8]. В мировой литературе авторами описаны единичные наблюдения данной патологии. Основным клиническим проявлением прорыва АПА в желчные протоки является гемобилия, ведущим клиническим признаком которой, как и при других причинных факторах, является триада Сандблома: при больших размерах аневризмы пальпируется патологическое пульсирующее образование, выслушивается "шум волчка", при сдавлении желчевыводящих путей возникает механическая желтуха.

Гистологическое исследование № 772 от 18.02.98 г.:
Участок стенки желчного пузыря с картиной хронического воспаления.
Участок фиброзно-грануляционной ткани с единичными нервными волокнами — стенка аррозионной аневризмы.

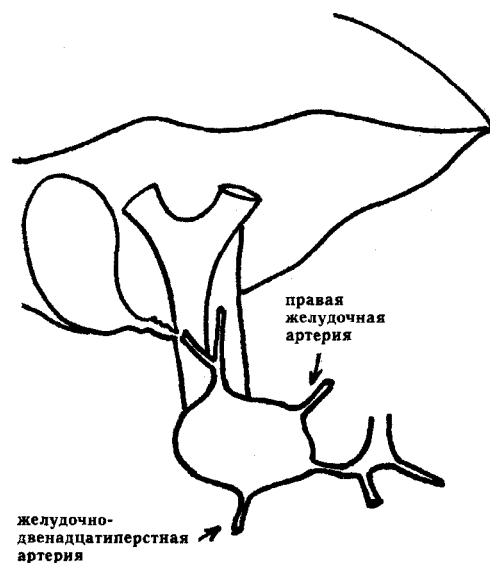
Прогноз при гемобилии любой этиологии очень серьезный, при оперативном лечении летальность достигает 20— 40 %, это связано с тем, что больные оперируются часто на высоте

кровотечения, при его рецидиве (как «операция отчаяния» после длительного безуспешного консервативного лечения), на фоне тяжелой постгеморрагической анемии, а также имеющейся в большинстве наблюдений механической желтухой, осложненной печеночно-почечной недостаточностью. Учитывая сложность проблемы, во всех случаях кровотечений, проявляющихся меленой, где причинный фактор в желудочно-кишечной трубке не выявляется, требуется тщательное проведение комплекса диагностических мероприятий: изучение анамнеза, общеклинические исследования; дополнительные методы исследования: рентгеноскопия желудка и двенадцатиперстной кишки, УЗИ гепатодуоденальной зоны, селективная ангиография или аортография, которые проводятся как до-, так и интраоперационно [1,2,8].

Редкость аневризмы печеночной артерии, неожиданность ее обнаружения приводят к тому, что выполняется та операция, которая может быть использована в зависимости от квалификации хирурга и условий, создавшихся в операционной ране в каждом конкретном случае. Наиболее часто производится перевязка печеночной артерии выше отхождения желудочно-двенадцатиперстной артерии, то есть наиболее простое вмешательство. Другие вмешательства — иссечение аневризмы, замещение аневризмы протезом, иссечение аневризмы с созданием анастомоза между селезеночной и печеночной артериями, левосторонняя лобэктомия применялись в единичных случаях. Исход лечения больных с указанным тяжелым заболеванием определяется правильно выработанной тактикой [1,2,6].

Приводим наше наблюдение. Больной В. А. Г., 59 лет, поступил в хирургическое отделение КЧРБ 28.01.98 г. в тяжелом состоянии с диагнозом «Острое желудочно-кишечное кровотечение» (предположительно из язвы двенадцатиперстной кишки). Рентгенологическими и эндоскопическими методами исследования источник кровотечения не выявлен.

Анализ крови больного при поступлении: Нв-84 г/л, Эр— $2,5 \times 10^{12}$ г/л., общий белок — 69,02 г/л, альбумин — 37,6 г/л, остаточный азот — 26,9 ммоль/л, мочевины—7,9 ммоль/л, креатинин—108 ммоль/л, билирубин общий — 122 ммоль/л, прямой — 69,2 ммоль/л, АсАТ—2,1, АлАТ—1,87. После проведенной интенсивной терапии состояние больного улучшилось. На УЗИ от 05.02.98 г. установлен диагноз: киста головки поджелудочной железы, полный блок в дистальном отделе общего желчного протока. Механическая желтуха носила перемежающийся характер. С 12.02.98 г. у больного появились признаки нарастающей механической желтухи и постгеморрагической анемии. 13.02.98г с предположительным диагнозом: киста головки поджелудочной железы, осложненная кровотечением, патологический панкреатоцистобилиарный свищ, гемобилия. Под эндотрахеальным наркозом произведена верхнесрединная лапаротомия. Ревизия: по правому краю печеночнодвенадцатиперстной связки определяется эллипсоидной формы пульсирующее опухолевидное образование, размерами 5х3х3 см с толстой плотной стенкой. Образование выделено из сращений (см. рисунок). Аневризматическое расширение исходит из общей печеночной артерии, дистальнее образования пульсации собственной печеночной артерии нет, желудочно-двенадцатиперстная артерия и правая желудочная артерия отходят от аневризматического расширения. Печень уменьшена в размерах, черного цвета, уплотнена. Печеночная артерия выше и ниже образования взята на турникет. Аневризма вскрыта, в полости — ее свежие сгустки крови, по удалении которых на правой заднебоковой стенке обнаружены дефект, диаметром до 0,3 см, из которого поступает желчь. При ревизии зонд с оливой, диаметром 2 мм, в дистальные отделы внепеченочных желчных протоков не проходит, проксимальные отделы свободно проходимы. Диаметр общего печеночного протока (определяющийся не более чем на 1 см дистальнее развилки) — 2,5 см, дистальные отделы рубцово изменены и сращены с аневризматическим мешком. Собственная печеночная артерия дистальнее аневризмы полностью облитерирована. Общая печеночная артерия перевязана



верхнесрединная лапаротомия. Ревизия: по правому краю печеночнодвенадцатиперстной связки определяется эллипсоидной формы пульсирующее опухолевидное образование, размерами 5х3х3 см с толстой плотной стенкой. Образование выделено из сращений (см. рисунок). Аневризматическое расширение исходит из общей печеночной артерии, дистальнее образования пульсации собственной печеночной артерии нет, желудочно-двенадцатиперстная артерия и правая желудочная артерия отходят от аневризматического расширения. Печень уменьшена в размерах, черного цвета, уплотнена. Печеночная артерия выше и ниже образования взята на турникет. Аневризма вскрыта, в полости — ее свежие сгустки крови, по удалении которых на правой заднебоковой стенке обнаружены дефект, диаметром до 0,3 см, из которого поступает желчь. При ревизии зонд с оливой, диаметром 2 мм, в дистальные отделы внепеченочных желчных протоков не проходит, проксимальные отделы свободно проходимы. Диаметр общего печеночного протока (определяющийся не более чем на 1 см дистальнее развилки) — 2,5 см, дистальные отделы рубцово изменены и сращены с аневризматическим мешком. Собственная печеночная артерия дистальнее аневризмы полностью облитерирована. Общая печеночная артерия перевязана

проксимальнее аневризмы, последняя иссечена вместе с рубцово-измененным общим желчным протоком. Холецистэктомия.

Сформирован гепатикоеноанастомоз на выключенной по Ру петле тонкой кишки с длиной выключенного участка 80 см. В послеоперационном периоде проводилась интенсивная дезинтоксикационная, заместительная, гепатотропная терапия в сочетании с экстракорпоральными методами детоксикации. Послеоперационный период протекал без осложнений. Выписан из отделения в удовлетворительном состоянии 28.02.98 г.

Анализы от 26.02.98 г. Общий белок 74 г/л, остаточный азот 22,0 ммоль / л, мочевины 6,0 моль/л, креатинин 108 ммоль/л, билирубин общий —23,0 ммоль/л, прямой отрицательный, АлАТ-0,66, АсАТ—0,4 Эр-3,9x10 x 12/л, Нв-П2 г/л.

Список литературы

1. Белоусова И. М. Редкие причины желудочно-кишечных кровотечений.—М.: Медицина, 1976 г.—188 с.
2. Пономарев А.А., Курьгин А.А. Редкие неопухоловые хирургические заболевания пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки.— М.: Медицина, 1987г.— 231с.
3. Саенко В. Ф., Крестовникова В. И. Желудочно-кишечные кровотечения, обусловленные разрывом аневризмы поджелудочно-двенадцатиперстной артерии. Клиническая хирургия-1981 г.—№ 8—с. 77—78.
4. Суденко В. М., Сосим А. И, Чернобай В. А Аневризма печеночной артерии, прорвавшаяся в двенадцатиперстную кишку. Клиническая хирургия — 1972 г.—№ 7-е. 58—59.
5. Торопцев Д. А., Анисимов А. В., Жижин Ф. С. Желудочно-кишечное кровотечение, вызванное прорывом и желудком аневризмы желудочной артерии. Вестник хирургии—1990 г.—№ 10—с. 42—43.
6. Ескпаивег Р. Е., Stanley .I.C., Zelenok O. B. et al. Gastroduodenal and pancreaticoduodenal artery aneurysms: a complication of pancreatitis evivsing spontaneous gastrointestinal haemorrhage.—Surgery, 1980, vol. 88, № 3, p. 335—336.
7. Foco A., Giordano A., Morashioli N et al. Aneurisma dell arteria splenica. Considerazioni su due casi. — Minerva Chir., 1980, v. 35, N 20, p. 1611—1616.
8. Hakhamini M., Maiek H., Akbari H.A. et al. Spontaneous rupture of aneurysm of the left gastrointestinal artery. Abdom.Surg.. 1978, vol. 20. № 10< p. 191—192.
9. Zolinger R.M., Creedon P.G. Aneurysm of the gastrointestinal artery. Am. Surg. 1966, v. 112, p. 900—902.