

КЛИНИЧЕСКИЕ НАБЛЮДЕНИЯ • CLINICAL OBSERVATIONS

ЭНДОВАСКУЛЯРНАЯ
ЭМБОЛИЗАЦИЯ
ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОЙ
ЛОЖНОЙ АНЕВРИЗМЫ
В БАСЕЙНЕ ПРАВОЙ
ПЕЧЕНОЧНОЙ АРТЕРИИ

Шевченко Ю.Л., Виллер А.Г.,
Болوماتов Н.В., Матусов А.В.,
Стойко Ю.М., Левчук А.Л., Синякин С.Ю.,
Теплых Б.А., Бруслик С.В., Бардаков В.Г.,
Харпунов В.Ф.

УДК: 616.136.41-005.7

ENDOVASCULAR EMBOLIZATION
OF POST-TRAUMATIC FALSE
ANEURYSM IN THE BASIN
OF THE RIGHT HEPATIC ARTERY

Shevchenko Yu.L., Wheeler A.G., Bolomatov N.V.,
Matusov A.V., Stojko Yu.M., Levchuk A.L.,
Sinyakin S.Yu., Teplykh B.A., Bruslik S.V.,
Bardakov V.G., Kharpunov V.F.

Несмотря на успехи современной медицины, травмы печени до сих пор остаются патологией, серьезно угрожающей жизни пациента. Общая летальность при травмах печени составляет 20-40% наблюдений, а при тяжелых травмах может достигать 85%. Ложные аневризмы печеночной артерии и ее ветвей встречаются достаточно редко – всего в 1-1,5% наблюдений при травмах печени, и лишь 20% из них являются внутривенными. Основным методом лечения посттравматических ложных аневризм в настоящее время является селективная эндоваскулярная эмболизация печеночной артерии и ее ветвей, успех первичной операции при этом составляет более 80%. При безуспешности эндоваскулярного лечения выполняют открытое оперативное вмешательство.

Пациент М., 20 лет, 07 ноября 2010 года получил ножевое колото-резаное проникающее ранение брюшной полости с повреждением правой доли печени, осложнившееся внутрибрюшным кровотечением. В тот же день по экстренным показаниям пациенту по месту жительства выполнили операцию – верхнесрединную

лапаротомию. Ушивание раны печени. Санацию и дренирование брюшной полости. 30 ноября 2010 года у пациента развилось желудочно-кишечное кровотечение. При эзофагогастродуоденоскопии (ЭГДС) установить источник кровотечения не представилось возможным, так как желудок и двенадцатиперстная кишка пациента были заполнены массами свернувшейся крови. В связи с этим хирурги в тот же день решились на повторное открытое вмешательство: релапаротомию, гастродуоденотомию, ревизию желудка и двенадцатиперстной кишки. Во время операции установили, что кровь поступала из большого дуоденального сосочка. После этого пациенту выполнили ультразвуковое исследование и компьютерную томографию органов брюшной полости, которые позволили сформулировать следующий диагноз: гемобилия. Посттравматическая гематома, абсцесс VIII сегмента правой доли печени. Пациент получал консервативное лечение. 15 декабря 2010 года у пациента развился рецидив желудочно-кишечного кровотечения и гемобилии, верифицированный при ЭГДС. Пациенту назначили консервативную (гемостатическую и заместительную) терапию и 17 декабря 2010 года он был переведен в Национальный медико-хирургический Центр им. Н.И. Пирогова для оказания высокоспециализированной медицинской помощи.

При поступлении пациент отмечал жалобы на эпизодические тянущие боли в правом подреберье и эпизодические боли в верхних отделах живота и за грудиной, усиливающиеся при максимальном вдохе и выдохе. В клиническом статусе на себя обращали внимание признаки выраженной анемии (бледность кожных покровов, снижение гемоглобина до 84 г/л и гематокрита до 25%). При выполненной в день поступления компьютерной томографии (рис. 1) отмечено увеличение размеров ранее выявленной ложной аневризмы. Таким образом, удалось сформулировать следующий диагноз: посттравматическая артерио-венозно-билиарная фистула с формированием ложной аневризмы в VIII сегменте правой доли печени, осложненная рецидивирующей гемобилией. Посттравматическая анемия тяжелой степени.

В тот же день по неотложным показаниям пациенту выполнили брюшную

аортографию и селективную ангиографию печеночной артерии и ее ветвей (рис. 2), при которых выявили ложную аневризму в бассейне правой печеночной артерии.

При суперселективной катетеризации правой печеночной артерии микрокатетером выявили, что источником ложной аневризмы явилась артериальная ветвь VIII сегмента печени. В неотложном порядке пациенту выполнили операцию: комбинированную эмболизацию посттравматической ложной аневризмы микроспиралью и клеевой композицией: вначале полость ложной аневризмы заполнили 6 отделяемыми микроспиралью (электроотделяемые микроспиралью Matrix2, Boston Scientific и механически отделяемые микроспиралью Axium, EV3), после чего шейку аневризмы эмболизировали смесью гистоакрила и липиодола (рис. 3). При контрольной ангиографии отмечено прекращение контрастирования ложной аневризмы.

Тем не менее 19 декабря 2010 года у пациента развился рецидив желудочно-кишечного кровотечения: мелена, снижение гемоглобина до 65 г/л, поступление крови из большого дуоденального сосочка, по данным ЭГДС. По неотложным показаниям пациент был взят в рентгеноперационную, где при ангиографии выявили, что контрастное вещество вновь поступает в полость аневризмы из области разрыва артериальной ветви VIII сегмента печени (рис. 4).

В связи с этим пациенту выполнили повторную операцию – эндоваскулярную эмболизацию артериальной ветви VIII сегмента печени клеевой композицией (смесью гистоакрила и липиодола). При контрольной ангиографии отмечена тотальная окклюзия артериальной ветви, явившейся источником кровотечения (рис. 5).

20 декабря 2010 года пациенту выполнили контрольную ангиографию (рис. 6), при которой отмечено отсутствие контрастирования полости ложной аневризмы. 29 декабря 2010 г. пациент в удовлетворительном состоянии выписан из стационара под наблюдение врачей по месту жительства.

Таким образом, применение ренгнэндоваскулярных методов диагностики и лечения позволило избежать выполнения открытой операции у пациента, находящегося в состоянии тяжелой пост-



Рис. 1. Компьютерная томография брюшной полости от 17.12.2010 г.

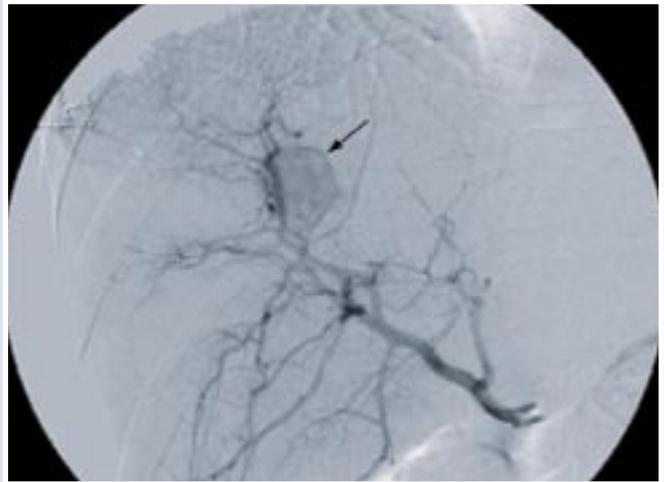


Рис. 2. Селективная ангиография печеночной артерии от 17.12.2010 г.

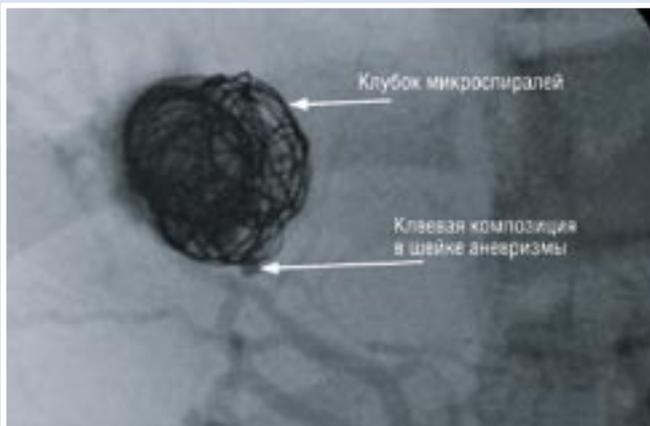


Рис. 3. Результат эндоваскулярной эмболизации от 17.12.2010 г.



Рис. 4. Контрольная ангиография от 19.12.2010 г.

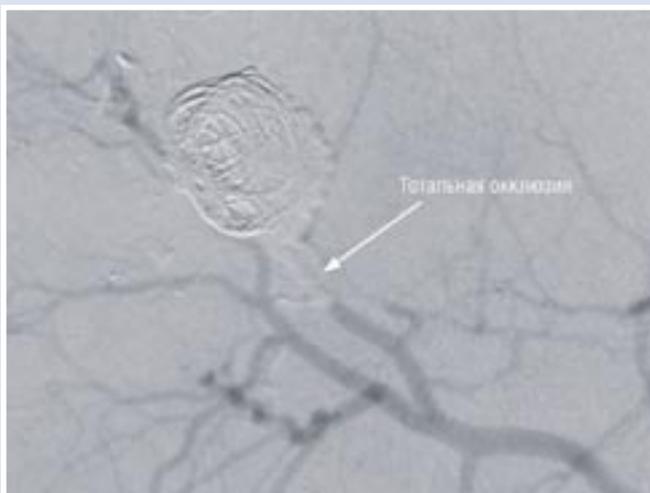


Рис. 5. Результат операции от 19.12.2010 г.

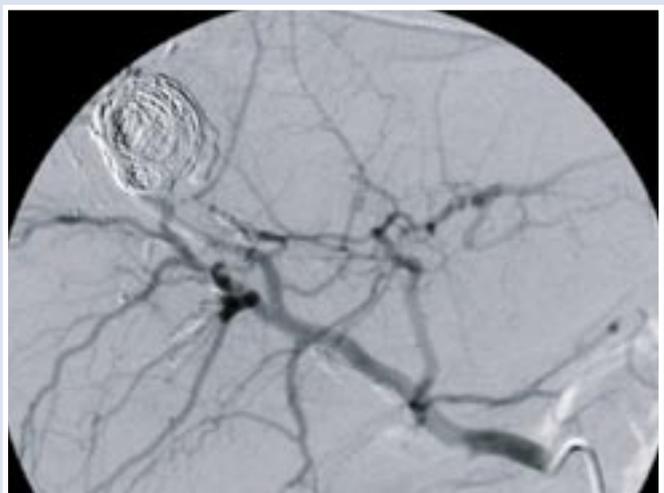


Рис. 6. Контрольная ангиография от 20.12.2010 г.

геморрагической анемии. В заключение необходимо отметить, что успешное лечение такой редкой и опасной патологии, как посттравматические ложные аневризмы печеночной артерии и ее ветвей,

возможно в условиях многопрофильного медицинского стационара, обладающего самым широким арсеналом современных средств и возможностей для диагностики и лечения пациентов.

Контактная информация

Национальный медико-хирургический Центр им. Н.И. Пирогова
105203, г. Москва, ул. Нижняя Первомайская, 70
e-mail: nmhc@mail.ru