

с инфарктом миокарда нуждаются в более жестком контроле уровня артериального давления с целью предотвращения развития и прогрессирования сердечной недостаточности для улучшения прогноза, снижения возможной смертности или инвалидности.

ЛИТЕРАТУРА

1. Прогнозирование и профилактика внезапной кардиальной смерти у больных, перенесших ИМ / С. А. Болодуева [и др.] // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. — 2008. — № 3, Т. 7. — С. 56–62.
2. Мамараджапова, Д. А. Смертность от инфаркта миокарда (ИМ) и ее связь с некоторыми факторами риска по данным проспективного исследования / Д. А. Мамараджапова, Р. Ш. Мамутов // Кардиоваскулярная терапия профилактика. — 2009. — № 2, Т. 8. — С. 52–55.
3. Агдамова, З. М. Структурно-функциональное ремоделирование левого желудочка у больных нестабильной стенокардией на фоне изменений липидного спектра крови / З. М. Агдамова, А. Н. Каллаева // Вестн. новых мед. технологий. — 2011. — № 1, Т. 18. — С. 107–109.
4. Эрлих, А. Д. Шкала для ранней оценки риска смерти и развития инфаркта миокарда в период пребывания в стационаре больных острым коронарным синдромом (на основании данных регистра РЕКОРД) / А. Д. Эрлих // Кардиология. — 2010. — № 10. — С. 11–16.
5. Нагаева, Г. А. Артериальная гипертензия как фактор риска развития дестабилизации ишемической болезни сердца / Г. А. Нагаева, Р. Ш. Мамутов // Артериальная гипертензия. — 2018. — № 24. — С. 48–56.

УДК 616.136.42-005.7]:616.13-007.64-08-07

ЭНДОВАСКУЛЯРНАЯ ЭМБОЛИЗАЦИЯ СЕЛЕЗЕНОЧНОЙ АРТЕРИИ КАК МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ МЕШОТЧАТОЙ АНЕВРИЗМЫ, ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ И ПОСЛЕДСТВИЯ: КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ

Василевич Н. В.¹, Саливончик В. В.^{1,2}

¹Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

Государственное учреждение

²«Республиканский научно-практический центр

радиационной медицины и экологии человека»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Аневризмой селезеночной артерии (АСА) называется локальное патологическое расширение сосуда, питающего селезенку. Селезеночная артерия — это крупный артериальный ствол, ветви которого питают желудок, селезенку, поджелудочную железу, большой сальник. Аневризматическое расширение данного сосуда, тем более окклюзия его, может приводить к ухудшению кровотока в левой половине брюшной полости со всеми вытекающими последствиями [1]. Истинная распространенность аневризмы селезеночной артерии неизвестна. Аневризмы висцеральных артерий — редкая патология в хирургической практике. Среди аневризм висцеральных артерий аневризма селезеночной артерии составляет до 60 % [1]. Она примерно в четыре раза чаще встречается у женщин, но риск разрыва примерно в три раза чаще у мужчин [1, 3].

По морфологии различают две группы образований:

1. Мешотчатые аневризмы селезеночных артерий — развиваются в местах отхождения ветвей артерии.

2. Диффузные — в области ее основного ствола.

По происхождению выделяют:

1. Истинные аневризмы — чаще встречаются у женщин. Анатомически повторяют стенку сосуда.

2. Ложные (травматические) — чаще встречаются у мужчин. Представлены соединительной тканью.

Существует также классификация по размерам образования: небольшие (до 11 мм), средние — 11–25 мм, аневризмы более 25 мм считаются гигантскими.

Достоверно определить причину формирования аневризмы трудно. Определены ряд факторов, которые могут спровоцировать ее возникновение:

- воспалительные процессы;
- фиброзная дисплазия;
- беременность многоплодного характера;
- гипертензия портального типа.

В большинстве случаев болезнь протекает бессимптомно, за редким исключением, когда пациенты жалуются на боли в левом подреберье, тошноту и рвоту. Однако эти же симптомы характерны для многих других заболеваний органов брюшной полости, поэтому точное диагностирование требует тщательного всестороннего обследования [1, 3].

- Ультразвуковое доплеровское исследование — не является главным методом диагностики, имеет ограниченное пространственное разрешение и может быть затруднено в случаях ожирения, затенения кишечника и атеросклероза.

- Магнитно-резонансная (МР) ангиография — имеет более высокое пространственное разрешение, но и ряд ограничений (клаустрофобия, клепированная аневризма и другие ситуации).

- Компьютерная (КТ) ангиография — является быстрым и эффективным методом обследования, имеет высокое разрешение, хотя и есть свои противопоказания (почечная недостаточность, аллергия на контраст) [1, 2, 3].

- Классическая ангиография — является золотым стандартом в диагностике аневризмы селезеночной артерии, имеет самое высокое разрешение, но она по-прежнему несет в себе осложнения артериальной пункции [1, 2, 3].

Сложность и способ операции зависят от места локализации аневризмы. Если расширение расположено близко к селезенке, врачи нередко предлагают спленэктомия — удалении органа вместе с аневризмой. Если аневризма расположена на участках, отдаленных от селезенки, ввиду сложности прямой операции применяют малоинвазивные методики [3]. Учитывая, что селезенка хорошо снабжается кровью и имеет несколько источников питания, блокирование кровотока даже в основной артерии может не нарушать функциональность органа.

Используются методы, исключаящие аневризму из общего кровотока:

- Ангиопластика и стентирование.
- Эмболизация.

При использовании метода эмболизации спираль размещается в полости аневризмы, тромбируя ее и изолируя от основного кровотока. Применение метода позволяет полностью сохранить кровообращение в селезеночной артерии. Если расширение расположено близко к селезенке, эмболизация может быть направлена на блокирование кровотока в основной артерии в расчете на коллатеральное кровоснабжение, что и было выполнено в данном клиническом случае.

Цель

Продемонстрировать клинический случай редкой патологии в медицинской практике — мешотчатой аневризмы селезеночной артерии и выбранную лечебную тактику при данной локализации аневризмы, проследить отдаленные результаты и оценить анатомо-физиологические последствия выключения из кровотока селезеночной артерии.

Результаты исследования и их обсуждение

Пациентка Ч. 1955 г. рождения поступила в терапевтическое отделение (ЧАЭС) ГУ «РНПЦ РМиЭЧ» 17.09.2020 г. по поводу артериальной гипертензии 3 степени, риск 4, частой наджелудочковой и редкой желудочковой экстрасистолии, хронического панкреатита вне обострения, хронического колита с преобладанием запора.

18.03.2020 г. перенесла рентгеноэндоваскулярную эмболизацию селезеночной артерии по поводу мешотчатой аневризмы, что и явилось поводом для демонстрации клинического случая.

Поступила с жалобами: на повышение артериального давления (максимально до 210/100 мм рт. ст.), тошноту, сердцебиение, дискомфорт в левой половине грудной клетки; запоры до 4–5 дней, бессонницу.

При объективном осмотре отклонений от физиологической нормы не выявлено, лабораторные показатели в пределах нормы.

Неоднократно проходила амбулаторное обследование и стационарное лечение по месту жительства и в ГУ «РНПЦ РМиЭЧ». Последняя госпитализация в терапевтическое отделение ГУ «РНПЦ РМиЭЧ» 04.05.2018 г., предшествующие — в 2017 и 2015 гг. При проводимых ультразвуковых исследованиях органов брюшной полости патологических изменений со стороны сосудов, размеров и паренхимы селезенки не выявлялось. Пациентка находилась под наблюдением в ГУ «РНПЦ РМиЭЧ» как участница ликвидации последствий аварии на ЧАЭС. Учитывая наличие определенных жалоб со стороны органов брюшной полости, в том числе и перенесенный приступ острого панкреатита, 16.01. 2020 г., пациентке была выполнена мультиспиральная компьютерная томография (МСКТ) брюшной полости с контрастированием.

Печень обычных размеров, контуры ее четкие, ровные. Внутри- и внепеченочные протоки не расширены. Желчный пузырь типично расположен, обычной формы и размеров. Диаметр портальной вены 10 мм, селезеночной вены 6 мм. Поджелудочная железа не увеличена, дольчатой структуры. Вирсунгов проток не расширен.

Форма и размеры селезенки не изменены, паренхима без структурной патологии. Рядом с левым надпочечником визуализируется мешотчатое выпячивание стенки селезеночной артерии размером 11 × 11 мм, с кальцинатом 2 мм по стенке.

Почки обычно расположены. Брюшной отдел аорты и магистральные артерии брюшной полости расположены типично, значимых изменений просвета не выявлено.

Заключение: мешотчатая аневризма селезеночной артерии, рекомендована консультация сосудистого хирурга.

Осмотрена сосудистым хирургом. Учитывая локализацию аневризмы по отношению к селезенке рекомендована спленэктомия с резекцией аневризмы в условиях общехирургического стационара. В связи с отказом от внутриполостной операции было предложено эндоваскулярное вмешательство.

18.03.2020 г. произведена операция: рентгеноэндоваскулярная эмболизация селезеночной артерии.

23.03.2020 г. УЗИ органов брюшной полости. Печень: контуры ровные, четкие. Структура однородная, сосудистый рисунок сохранен. Поджелудочная железа: головка — 20 мм, тело — 10 мм, хвост — 21 мм. Эхогенность повышена, структура неоднородная.

Селезенка: размеры 90 × 45 мм — норма. Структура неоднородная, больше в нижнем полюсе. Кровоток в селезеночной артерии четко не определяется.

Прослежено состояние пациентки через шесть месяцев (при последующей госпитализации).

Сохраняются прежние жалобы пациентки на повышение артериального давления, тошноту, сердцебиение, дискомфорт в левой половине грудной клетки; запоры.

Проведено инструментальное обследование: ФГДС, УЗИ органов брюшной полости, МСКТ брюшной полости.

ФГДС. Протокол исследования 03.09.20 г. Пищевод свободно проходим. Слизистая его чистая, эластичная, гастро-эзофагиального рефлюкса не выявлено. Желудок обычной формы, размеров. Слизистая нормотрофичная, эластичная, очагами умеренно гиперемирована. Привратник проходим. Отмечается невыраженный дуодено-гастральный рефлюкс. Слизистая луковицы и проксимального отдела 12-ти перстной кишки умеренно гиперемированы, в просвете — желчь.

Заключение: Эритематозная гастропатия. Эритематорная дуодеопатия.

УЗИ органов брюшной полости 03.09.20 г. Печень: размеры не изменены, контуры ровные, эхоструктура однородная, очаговых образований нет, сосудистый рисунок обычный, воротная вена 7 мм. Желчный пузырь: в области тела перегиб. Размеры 45 × 24 мм, содержимое однородное. Внутривенечные желчные протоки не расширены.

Поджелудочная железа: головка 15 мм, тело 10 мм, хвост 8 мм. Контур ровный, эхоструктура однородная, экзогенность повышена. Вирсунгов проток не расширен. Селезеночная вена в воротах не расширена

Селезенка не визуализируется: удалена оперативно.

Заключение: Состояние после спленэктомии.

Повторное УЗИ органов брюшной полости 18.09.20 г. с целью определения наличия и локализации селезенки: *селезенка в типичном месте не дифференцируется.*

Компьютерная томография (КТ) брюшной полости 25.09.2020 г.

Печень не увеличена, однородной структуры. Желчный пузырь не увеличен, просвет его однородный. Почки и надпочечники — без особенностей. Поджелудочная железа не изменена.

Селезеночная артерия эмболизирована металлическими спиралями на протяжении 3 см, селезенка резко уменьшена, 2 × 4,5 см, с неровными контурами (состояние после эмболизации селезеночной артерии)

Заключение

Проведенная рентгеноэндоваскулярная эмболизация селезеночной артерии по поводу мешотчатой аневризмы, приведшая к выключению артерии из системного кровотока, существенно не отразилась на общем клиническом состоянии пациентки, но привела к атрофии селезенки (сморщиванию), а значит, и к потере ее функции. Наличие в брюшной полости атрофичной (сморщенной) селезенки, может спровоцировать развитие опухолевого процесса. Пациентка нуждается в динамическом наблюдении и соответствующем контроле (компьютерная томография или другие информативные методы исследования).

ЛИТЕРАТУРА

1. Аневризмы селезеночной артерии: возможности методов лучевой диагностики и лечения / А. В. Лерман [и др.] // Альманах клинической медицины. — 2010. — № 22. — С. 3–9.
2. Возможности эндоваскулярной хирургии в лечении аневризм висцеральных ветвей / О. В. Галимов [и др.] // Вестник Российского научного центра рентгенодиагностики Минздрава России. — 2017. — № 17 (2). — С. 7.
3. Эндоваскулярные вмешательства при истинных и ложных аневризмах печеночной, селезеночной и почечной артерий / Ю. Л. Шевченко [и др.] // Ангиология и сосудистая хирургия. — 2015. — № 21 (2). — С. 67–73.

УДК 616.12-008.331.1-056.257-055.1/2-078:57.083.3

УРОВЕНЬ ГАЛАНИНА У ПАЦИЕНТОВ С КОМОРБИДНОЙ ПАТОЛОГИЕ С УЧЕТОМ РАЗЛИЧИЙ ПО ПОЛУ

Герасимчук У. С.

Учреждение образования

«Харьковский национальный медицинский университет»

г. Харьков, Украина

Введение

Гипертоническая болезнь (ГБ) является комплексным заболеванием, затрагивающее несколько систем органов, и на сегодняшний день остается лидирующим модифицируемым фактором риска сердечно-сосудистых заболеваний, которые являются основной причиной инвалидизации, а также смертности как мужчин, так и женщин.

Общеизвестным остается тот факт, что ожирение, особенно его абдоминальная (висцеральная) форма — это один из важнейших факторов риска ГБ. Более того, жи-