

В.П. Земляной, Б.В. Сигуа, Н.В. Семенов,  
А.В. Никифоренко, П.А. Котков, Д.В. Гуржий, 2015

УДК 616.34-002.1-022.7-0.36.22

**Диагностика и хирургическое лечение аорто-мезентериальной  
компрессии двенадцатиперстной кишки**

**В.П. Земляной, Б.В. Сигуа, Н.В. Семенов,**

**А.В. Никифоренко, П.А. Котков, Д.В. Гуржий**

Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И. И. Мечникова» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Россия, 193015, г. Санкт-Петербург, ул. Кирочная, д. 41, тел.: (812)303-50-01, факс: (812)303-50-35, e-mail: Vadri.sigua@spbmapo.ru.

**Резюме.**

**Введение.** Синдром верхней брыжеечной артерии представляет собой редкое патологическое состояние, характеризующееся компрессией горизонтального отдела двенадцатиперстной кишки (ДПК) между брюшной частью аорты и верхней брыжеечной артерией. Как правило, данный синдром сопровождается развитием органических изменений со стороны двенадцатиперстной кишки (ДПК), вследствие чего хирургическое лечение заболевания чаще всего подразумевает выключение ДПК из пассажа химуса.

**Материалы и методы.** Ретроспективный анализ клинического случая аорто-мезентериальной компрессии (АМК).

**Результаты.** Приведенный клинический случай возник на фоне висцероптоза как следствия быстрого снижения массы тела. В качестве хирургического пособия была избрана операция Робинсона, как наиболее анатомичный вариант коррекции синдрома верхней брыжеечной артерии.

**Заключение.** Ранняя диагностика и своевременное лечение АМК в отсутствии выраженных органических изменений со стороны верхних

отделов ЖКТ позволяет получить хорошие результаты у данной категории больных.

**Ключевые слова:** аорто-мезентериальная компрессия, синдром верхней брыжеечной артерии.

**Введение.** Синдром верхней брыжеечной артерии представляет собой редкое патологическое состояние, характеризующееся компрессией горизонтального отдела двенадцатиперстной кишки (ДПК) между брюшным отделом аорты и верхней брыжеечной артерией [1,2]. Барон Карл Рокитанский впервые описал данный синдром в 1861 году, и с того момента термин обрел большое количество синонимов, как то, синдром верхней брыжеечной артерии, сосудистая компрессия двенадцатиперстной кишки, аорто-мезентериальная компрессия (АМК) двенадцатиперстной кишки, дуоденальная компрессия в результате аорто-мезентериальных отношений, хроническая сосудистая компрессия двенадцатиперстной кишки [3,4]. Более подробное клиническое описание заболевания и лечебная тактика были даны в 1927 году D. Wilkie [5], поэтому в иностранной литературе больше распространен термин – синдром Wilkie.

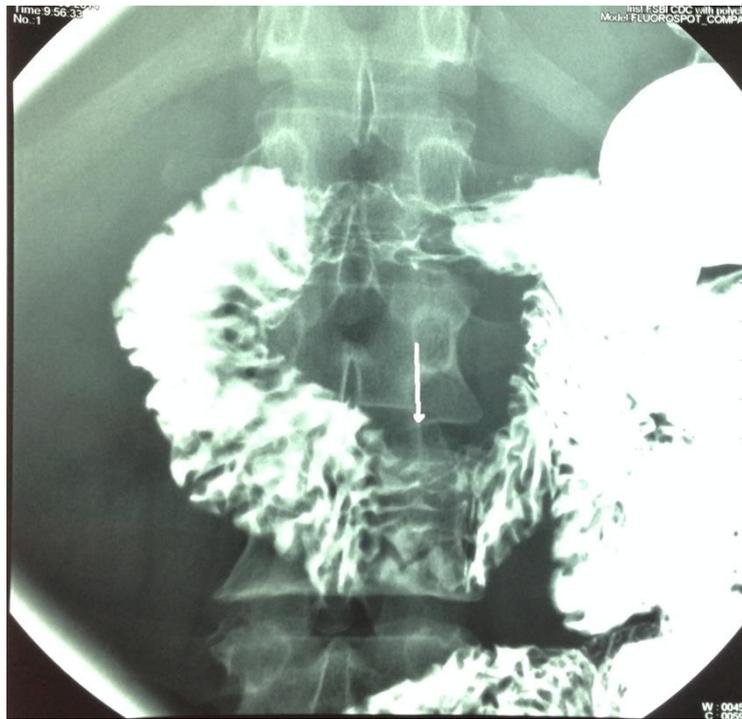
Аорто-мезентериальная компрессия двенадцатиперстной кишки по данным разных авторов составляет от 3,0% до 17,0 % среди причин хронической дуоденальной непроходимости (ХНДП), хотя выявляется лишь в 0,3% случаях [6,7,8,9,10].

К предрасполагающим факторам возникновения АМК относятся короткая брыжейка тонкой кишки, астеническая конституция, а также значительная потеря веса, сопровождающаяся развитием спланхоптоза [1,2].

**Приводим собственное клиническое наблюдение.**

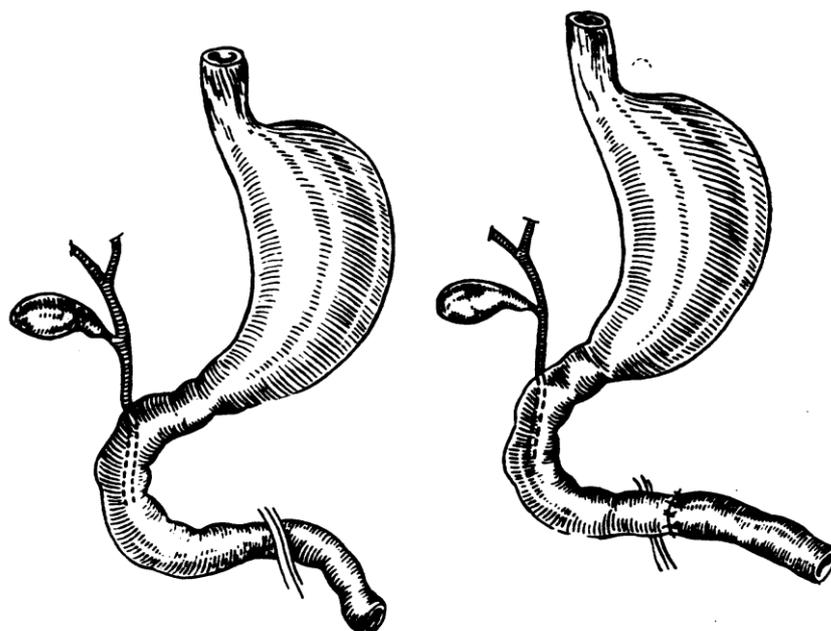
*Пациентка Н., 34 лет, поступила в клинику факультетской хирургии им. И.И. Грекова СЗГМУ им. И.И. Мечникова 05.09.2014 г. с диагнозом – аорто-*

мезентериальная компрессия горизонтального отдела ДПК, осложненная хроническим нарушением дуоденальной проходимости в стадии декомпенсации. При поступлении пациентка предъявляла жалобы на тяжесть в эпигастральной области, периодическую тошноту и вздутие живота, усиливающиеся после приема пищи. Из анамнеза известно, что в 2004 г. на фоне значительного снижения массы тела (со 120 до 68 кг за 6–7 месяцев) в результате соблюдения строгой диеты отметила появление вышеописанных симптомов. В связи с появлением признаков диспепсии пациентка обследовалась, а затем длительное время лечилась консервативно с диагнозами: спланхоптоз, хроническое нарушение дуоденальной проходимости, синдром абдоминальной ишемии. За последующие 10 лет на фоне безрезультативной терапии пациентка дополнительно потеряла в весе 20 кг. При очередном комплексном обследовании с помощью ультразвукового дуплексного сканирования брюшной аорты установлено, что угол отхождения верхней брыжеечной артерий от аорты составляет менее  $20^\circ$  (17.06.2014). Учитывая клиническую картину, выполнена рентгеноскопия проксимальных отделов желудочно-кишечного тракта (20.06.2014 г.), при которой отмечена задержка эвакуации контрастного препарата из ДПК до 45 мин., а также определяется нестойкий участок сужения просвета ДПК протяженностью 1,3 см на границе горизонтального и восходящего отделов (рис. 1).



*Рис.1. Рентгеноскопическая картина (стрелкой указан участок компрессии ДПК).*

*Диагностирована АМК ДПК. Учитывая полученные данные, принято решение о хирургическом лечении после кратковременной предоперационной подготовки. В связи с отсутствием патологии со стороны гастропанкреатодуоденальной зоны, принято решение сохранить пассаж химуса по ДПК и выполнить операцию Робинсона, как наиболее анатомичную. Выполнена лапаротомия. В ходе ревизии органов брюшной полости выявлено существенное расширение ДПК до 6,0–7,0 см. Осуществлена мобилизация всех отделов ДПК по Кохеру-Клермону и Каттелл-Браашу. Выполнена операция Стронга. Далее осуществлена пристеночная мобилизация дуодено-еюнального перехода и восходящей части ДПК с сохранением аркады I еюнальной артерии с последующей резекцией мобилизованных отделов и формированием дуоденоеюноанастомоза «конец в конец» узловыми швами впереди а. mesenterica superior. Анастомоз фиксирован в окне брыжейки поперечной ободочной кишки (рис. 2.)*



**Рис. 2. Операция Робинсона**

*В послеоперационном периоде проводилось комплексное лечение. На 8-е сутки выполнена рентгеноскопия верхних отделов ЖКТ: эвакуация контраста в тощую кишку отмечается через 10 мин после перорального введения препарата. Пациентка переведена на частое дробное питание, признаков нарушения дуоденальной проходимости не наблюдается. Выписана на 11-е сутки после операции в удовлетворительном состоянии.*

**Заключение.** В приведенном клиническом случае имело место развитие острого синдрома верхней брыжечной артерии на фоне висцероптоза, возникшего вследствие быстрого снижения массы тела. АМК двенадцатиперстной кишки часто сочетается с язвенной болезнью и требует выполнения оперативных вмешательств, направленных на полное выключение пассажа химуса по ДПК, особенно в стадии декомпенсации ХНДП [1,6]. У данной пациентки отсутствовали выраженные органические изменения верхних отделов ЖКТ, что позволило выполнить наиболее анатомичный вариант коррекции АМК ДПК. Однако, более ранняя диагностика и хирургическое лечение органической формы ХНДП позволяет рассчитывать на хорошие непосредственные и отдаленные результаты

лечения данной категории пациентов.

### **Список литературы**

1. Кондрашин В.Н. Редкий случай диагностики артериомезентериальной компрессии двенадцатиперстной кишки в эндоскопической практике / В.Н. Кондрашин, Р.Х. Дин // Здоровоохранение Дальнего Востока. - 2013. - №2. - С. 40-41.
2. Репин В.Н. Артериомезентериальная компрессия двенадцатиперстной кишки как патология, ассоциированная с дисплазией соединительной ткани / В.Н. Репин [и др.] // Пермский медицинский журнал. - 2005. - №1. - С. 37-42.
3. Репин В.Н. Артериомезентериальная компрессия двенадцатиперстной кишки / В.Н. Репин, М.В. Репин, Н.С. Ефимов. - Пермь : Медицина, 2009. - 232 с.
4. Тимербулатов Р.М. Клинический случай оперативного лечения синдрома артерио-мезентериальной компрессии с мальротацией / Р.М. Тимербулатов [и др.] // Клиническая и экспериментальная хирургия. - 2013. - №1. - С. 53-58.
5. Щербинина М.Б. Синдром верхней мезентериальной артерии / М.Б. Щербинина [и др.] // Современная гастроэнтерология. - 2012. - №5. - С. 76-82.
6. Wilkie D.P. Chronic duodenal ileus / D.P. Wilkie // Am. J. Med. Sci. - 1927. - Vol.173. - №5. - P. 643-649.
7. McCue J.D. Image of the month. Superior mesenteric artery syndrome / J.D. McCue [et al.] // Arch. Surg. - 2006. - Vol.141. - P. 607-608.
8. Rosa-Jimenez F. Duodenal compression caused by superior mesenteric artery: study of 10 patients / F. Rosa-Jimenez, F.J. Rodriguez Gonzalez, J.J. Puente Gutierrez // Rev. Esp. Enferm. Dig. - 2003. - Vol.95. - №7. - P. 485-489.
9. Yang W.L. Assessment of duodenal circular drainage in treatment of superior mesenteric artery syndrome / W.L. Yang, X.C. Zhang // World J. Gastroenterol. - 2008. - Vol. 14. - №2. - P. 303-306.
10. Welsch T. Recalling superior mesenteric artery syndrome / T. Welsch, M.W. Buchler, P. Kienle // Dig. Surg. - 2007. - Vol.24. - №3. - P. 149-156.

## **Сведения об авторах**

*Земляной Вячеслав Петрович* – заведующий кафедрой факультетской хирургии им. И. И. Грекова СЗГМУ им. И. И. Мечникова, доктор медицинских наук, профессор, заслуженный врач РФ, декан хирургического факультета СЗГМУ им. И. И. Мечникова.

*Сигуа Бадри Валериевич* – кандидат медицинских наук, доцент, доцент кафедры факультетской хирургии им. И. И. Грекова СЗГМУ им. И. И. Мечникова.

*Семенов Николай Владимирович* - кандидат медицинских наук, доцент кафедры гастроэнтерологии и диетологии СЗГМУ им. И. И. Мечникова.

*Никифоренко Андрей Владимирович* – кандидат медицинских наук, ассистент кафедры факультетской хирургии им. И. И. Грекова СЗГМУ им. И. И. Мечникова.

*Котков Павел Александрович* – аспирант кафедры факультетской хирургии им. И.И. Грекова СЗГМУ им. И. И. Мечникова.

*Гуржий Дмитрий Витальевич* – старший лаборант кафедры факультетской хирургии им. И. И. Грекова СЗГМУ им. И. И. Мечникова.

Для связи с редакцией:

*Сигуа Бадри Валериевич* – кандидат медицинских наук, доцент, доцент кафедры факультетской хирургии им. И. И. Грекова СЗГМУ им. И.И. Мечникова, тел.: +7-911-197-93-43, e-mail: [Badri.sigua@spbmapo.ru](mailto:Badri.sigua@spbmapo.ru).

Дата направления в редакцию – 11.11.2015 г.