

Литература

1. Moayyedi P., Leontiadis G.I. The risks of PPI therapy // Nat Rev Gastroenterol Hepatol. 2012. №9. P.132–139.
2. Конарев М.Р., Тябут Г.Д. Ингибиторы протонной помпы: свойства и применение // Медицинские новости. 2011. №9. С.58–62 [Konorev M.R., Tjabut G.D. Ingibitory protonnoj pompy: svojstva i primenenie // Medicinskie novosti. 2011. №9. S.58–62 (in Russian)].
3. Интернет-ресурс: grls.rosminzdrav.ru (Нексиум per. №: П N013775/01 от 31.05.07, Эманера per. №: ЛП-002047 от 11.04.13, Лосек МАПС per. №: П N013848/01 от 29.09.11, Ортанол per. №: ЛСР-007825/08 от 06.10.08, Нольпаза per. №: ЛСР-009049/08 от 19.11.08, Контролок per. №: П N011341/01 от 28.04.08, Париет per. №: П N011880/01 от 15.09.11) [Internet-resurs: grls.rosminzdrav.ru (Neksium reg. №: P N013775/01 от 31.05.07, Jemanera reg. №: LP-002047 от 11.04.13, Losek MAPS reg. №: P N013848/01 от 29.09.11, Ortanol reg. №: LSR-007825/08 от 06.10.08, Nol'paza reg. №: LSR-009049/08 от 19.11.08, Kontrolok reg. №: P N011341/01 от 28.04.08, Pariet reg. №: P N011880/01 от 15.09.11) (in Russian)].
4. Захарова Н.В. Ингибиторы протонной помпы с позиции эффективности и безопасности // Врач. 2013. Т.10. С.10–13 [Zaharova N.V. Ingibitory protonnoj pompy s pozicii jeffektivnosti i bezopasnosti // Vrach. 2013. T.10. S.10–13 (in Russian)].
5. Alshamsi F., Belley-Cote E., Cook D. et al. Efficacy and safety of proton pump inhibitors for stress ulcer prophylaxis in critically ill patients: a systematic review and meta-analysis of randomized trials // Critical Care. 2016. №20. P.120.
6. Scarpignato C., Gatta L., Zullo A. et al. Effective and safe proton pump inhibitor therapy in acid-related diseases – A position paper addressing benefits and potential harms of acid suppression // BMC Medicine. 2016. №14. P.179.
7. Захарова Н.В. Подводные камни длительной кислотосупрессии ингибиторами протонной помпы // Лечащий Врач. 2014. №8. С.21–26 [Zaharova N. V. Podvodnye kamni dlitel'noj kislotosupressii ingibitorami protonnoj pompy // Lechashhij Vrach. 2014. №8. S.21–26 (in Russian)].
8. Осипенко М.Ф., Скалинская М.И., Ливзан М.А. Вопросы безопасности ингибиторов протонной помпы // Лечащий врач. 2016. №8. С.30–34 [Osipenko M.F., Skalinskaja M.I., Livzan M.A. Voprosy bezopasnosti ingibitorov protonnoj pompy // Lechashhij vrach. 2016. №8. S.30–34 (in Russian)].
9. Schnoll-Sussman F., Katz P.O. Clinical Implications of Emerging Data on the Safety of Proton Pump Inhibitors // Curr Treat Options Gastroenterol. 2017. Vol. 15 (1). P.1–9.
10. Бакулина Н.В., Симаненков В.И. Ингибиторы протонного насоса и сердечно-сосудистые риски // Спецвыпуск. Гастроэнтерология. 2017. №4. С. 8–12 [Bakulina N.V., Simanenkov V.I. Ingibitory protonnogo nasosa i serdechno-sosudistyje riski // Specvypusk. Gastrojenterologija. 2017. №4. S.8–12 (in Russian)].
11. Abraham N.S., Hlatky M.A., Antman E.M. et al. ACCF/ACG/AHA 2010 expert consensus document on the concomitant use of proton pump inhibitors and thienopyridines: a focused update of the ACCF/ACG/AHA 2008 expert consensus document on reducing the gastrointestinal risks of antiplatelet therapy and NSAID use. A report of the American College of Cardiology Foundation Task Force on Expert Consensus Documents // J Am Coll Cardiol. 2010. №56. P.2051–2066.
12. Niu Q., Wang Z., Zhang Y. et al. Combination use of clopidogrel and proton pump inhibitors increases major adverse cardiovascular events in patients with coronary artery disease: a meta-analysis // J Cardiovasc Pharmacol Ther. 2016. Vol. 10. pii: 1074248416663647.
13. Трухан Д.И. Актуальные лекарственные взаимодействия: в фокусе – ингибиторы протонной помпы и клопидогрел // Consilium Medicum. 2017. №19. С.49–52 [Truhan D.I. Aktual'nye lekarstvennye vzaimodejstvija: v fokuse – ingibitory protonnoj pompy i klopidogrel // Consilium Medicum. 2017. №19. S.49–52 (in Russian)].
14. Liu L.P., Wang Y., Si R. et al. Esomeprazole and rabeprazole did not reduce antiplatelet effects of aspirin/clopidogrel dual therapy in patients undergoing percutaneous coronary intervention: a prospective, randomized, case-control study // Exp Opin Pharmacother. 2016. Vol. 17(1). P.7–16. doi: 10.1517 / 14656566.2016.1110145
15. Zou D., Goh K.L. East Asian Perspective on the Interaction between Proton Pump Inhibitors and Clopidogrel // J Gastroenterol Hepatol. 2017. Vol. 32(6). P.1152–1159. doi: 10.1111/jgh.13712
16. Furuta T., Sugimoto M., Kodaira C. et al. Influence of low-dose proton pump inhibitors administered concomitantly or separately on the anti-platelet function of clopidogrel // J Thromb Thrombolysis. 2017. Vol. 43(3). P. 333–342. doi: 10.1007/s11239-016-1460-2
17. Sehested T.S., Fosbøl E.L., Hansen P.W. et al. Proton Pump Inhibitor Use Increases the Associated Risk of First-Time Ischemic Stroke. A Nationwide Cohort Study // Circulation. 2016. Vol. 134. Abstract 18462.
18. Sehested T.S. Popular heartburn medication may increase ischemic stroke risk // American Heart Association Meeting Report. Presentation: 391. Session: EP.AOS.765
19. Wang Y.F., Chen Y.T., Luo J.C. et al. Proton-Pump Inhibitor Use and the Risk of First-Time Ischemic Stroke in the General Population: A Nationwide Population-Based Study // Am J Gastroenterol. 2017. Vol. 112(7). P. 1084–1093.
20. Карева Е.Н. Рабепразол через призму «метаболизм-эффективность» // PMJ. 2016. №17. С.1172–1176 [Kareva E.N. Rabeprazol cherez prizmu «metabolizm-jeffektivnost'» // RMZh. 2016. №17. S.1172–1176 (in Russian)].
21. Дорофеев А.Э., Афанасьев М.В., Рассохина О.А., Сибилев О.В. Некоторые механизмы эзофагопротекции у больных гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью и их коррекция // Соврем. гастроэнтерология. 2011. №1. С.78–83 [A.Je.Dorofeev, M.V.Afanas'ev, O.A.Rassohina, O.V. Sibilev. Nekotorye mehanizmy jezofagoprotekcii u bol'nyh gastrojezofageal'noj refljuksnoj bolez'n'juj ih korrekcija // Sovrem. gastrojenterologija. 2011. №1. S.78–83 (in Russian)].

Редкое клиническое наблюдение аневризмы воротной вены у молодой женщины

Профессор В.А. Ахмедов, к.м.н. О.В. Гаус

ФГБОУ ВО «Омский государственный медицинский университет» Минздрава России

РЕЗЮМЕ

Представленное клиническое наблюдение характеризует редкий клинический случай аневризмы воротной вены у молодой женщины, впервые клинически проявившийся во время беременности, протекавший под маской декомпенсированного цирроза печени, который был исключен по результатам пункционной трепан-биопсии печени. Заболевание дебютировало с рвоты «кофейной гущей», которая возникла на 7-й неделе беременности. При обследовании были выявлены спленомегалия (70 см²), аневризма воротной вены, кавернозная трансформация воротной вены. Несмотря на удовлетворительное самочувствие на фоне консервативного лечения, по результатам УЗИ отмечалась отрицательная динамика – расширение ствола воротной вены до 30 мм, по результатам фиброгастродуоденоскопии – варикозное расширение вен пищевода III степени, варикозное расширение вен желудка I–II степени, признаки портальной гастропатии. В апреле 2014 г., учитывая отрицательную динамику, пациентка была направлена на оперативное лечение в ФГБУ ГНЦ ФМБЦ им. А.И. Бурназяна ФМБА России (Москва), где при дообследовании установлено наличие аневризмы воротной вены с редкой особенностью – сдавлением гепатикохоледоха, формированием подпеченочного портального блока и развитием кавернозной трансформации сегментарных ветвей воротной вены, что потребовало проведения высокотехнологичного оперативного лечения.

Ключевые слова: клинический случай, аневризма воротной вены, молодой возраст.

Для цитирования: Ахмедов В.А., Гаус О.В. Редкое клиническое наблюдение аневризмы воротной вены у молодой женщины // PMJ. 2017. № 17. С. 1261–1263.

ABSTRACT

Rare clinical observation of an aneurysm of the portal vein in a young woman

Akhmedov V.A., Gaus O.V.

Omsk State Medical University

The presented clinical observation characterizes a rare clinical case of an aneurysm of the portal vein in a young woman, first clinically manifested during pregnancy, under the guise of decompensated liver cirrhosis, which was excluded by the results of liver needle core biopsy. The disease started with coffee-grounds vomiting, which happened on the 7th week of pregnancy. The examination revealed a splenomegaly (70 cm²), an aneurysm of the portal vein, and a cavernous transformation of the portal vein. Despite the satisfactory state of health on the background of conservative treatment, according to the results of ultrasound, there was a negative dynamics - expansion of the portal vein to 30 mm, according to the results of fibrogastroduodenoscopy - esophageal varices of the III degree, gastric varices of the I-II degree, signs of portal gastropathy. In April 2014, taking into account the negative dynamics, the patient was sent for surgical treatment to the State Scientific Center of the Federal Medical Biophysical Center named after A.I. Burnazyan (Moscow), where the follow-up study revealed an aneurysm of the portal vein with a rare feature - compression of hepaticocholedochus, formation of a hepatoportal block and development of cavernous transformation of segmental branches of the portal vein, which required a high-tech surgical treatment.

Key words: clinical case, an aneurysm of the portal vein, young age.

For citation: Akhmedov V.A., Gaus O.V. Rare clinical observation of an aneurysm of the portal vein in a young woman // RMJ. 2017. № 17. P. 1261–1263.

Введение

Еще совсем недавно, до активного внедрения в клиническую практику современных лучевых и гистологических методов исследования случаи прижизненного выявления аневризмы воротной вены считались казуистическими. Стремительное развитие лучевых методов исследования – ультразвуковой диагностики, мультиспиральной компьютерной томографии (МСКТ), а также прижизненной пункционной биопсии в последние годы позволили улучшить возможность диагностики этой редкой клинической патологии [1]. Аневризма воротной вены наблюдается с вовлечением как внепеченочной, так и внутripеченочной части вены. Наиболее часто аневризмы встречаются у лиц старшей возрастной группы, развиваясь на фоне хронических заболеваний печени и синдрома портальной гипертензии, с одинаковой частотой у мужчин и женщин [2]. Аневризмы системы воротной вены встречаются крайне редко, с распространенностью 0,6 на 1000 человек и составляют 3% всех венозных аневризм [3, 4]. В известной нам литературе имеются единичные сообщения о клинических особенностях аневризм воротной вены у лиц зрелого возраста, а случаи выявления данной патологии у лиц молодого возраста представляют большую редкость. Именно поэтому описываемый клинический случай может иметь определенный научный и практический интерес.

Наблюдение

С 2009 г. регулярно на амбулаторном приеме у гастроэнтеролога в Омской городской поликлинике № 12 наблюдается пациентка К., 30 лет, с жалобами на снижение аппетита, ощущение горечи во рту после погрешности в диете, эпизоды носовых кровотечений на фоне повышенной физической нагрузки, боли в правом подреберье давящего характера без четкой связи с приемом пищи, усиливающиеся в положении на правом боку, вздутие и урчание по ходу кишечника.

Из анамнеза заболевания известно, что пациентка считает себя больной с лета 2009 г., когда на сроке беременности 6–7 нед. впервые случился эпизод рвоты содержимым в виде «кофейной гущи» и по неотложной помощи она была доставлена в больницу скорой медицинской помощи № 1 города Омска. По данным ультразвукового исследования (УЗИ) выявлена спленомегалия, по данным фиброгастроэнтероскопии (ФГДС) – эрозивный гастрит, проведен эндоскопический гемостаз, выписана в удовлетворительном состоянии. В течение всей беременности сохранялась ане-

мия, курсами принимала препараты железа. В январе 2010 г. произошли самостоятельные роды. В 2011 г. эпизодически беспокоили приступы острых болей в животе, неоднократно госпитализировалась в срочном порядке в стационар для исключения острой хирургической патологии. В конце 2011 г. вновь отмечен эпизод рвоты с примесью крови, тогда же методом ФГДС впервые выявлено варикозное расширение вен III степени, при УЗИ выявлены спленомегалия (70 см²), аневризма воротной вены, а по результатам мультиспиральной компьютерной томографии с болюсным усилением – кавернозная трансформация воротной вены (рис. 1). Выставлен диагноз: цирроз печени неуточненной этиологии. Проведено комплексное дообследование для выявления причины поражения печени (маркеры вирусных гепатитов HBsAg отр., anti-HBsAg отр., HBeAg отр., anti-HBeAg отр., anti-HCV сумм отр.; ПЦР РНК HCV отр., ДНК HBV отр., РНК HDV отр.; аутоиммунный печеночный профиль – без особенностей; МСКТ органов брюшной полости с внутривенным болюсным усилением от 19.11.2011: печень однородной эхоструктуры, селезенка 117×65×173 мм, резкое расширение портальной вены). В

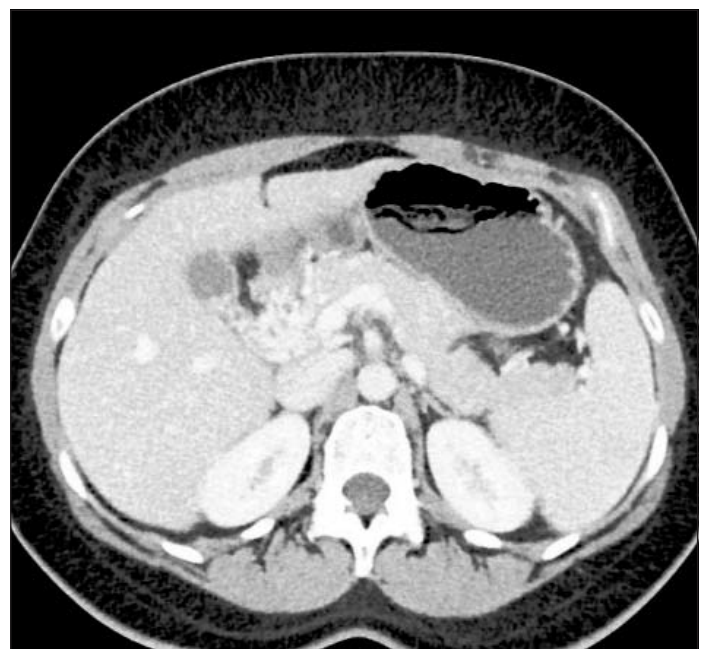


Рис. 1. Пациентка К. Мультиспиральная компьютерная томография с болюсным усилением

декабре 2011 г. обследована в отделении портальной гипертензии Западно-Сибирского медицинского центра ФМБА России города Омска: лейкопения, тромбоцитопения, повышение аминотрансфераз до 4-х норм. 15.12.2011. выполнено эндоскопическое лигирование вен пищевода (осложнилось кровотечением, остановлено консервативно). В марте 2012 г. при обследовании в терапевтическом отделении ГКБ № 1 Омска: гемоглобин 114 г/л, лейкоциты $2,9 \times 10^9$ /л, тромбоциты 83×10^9 /л, АлАТ 140 U/L, АсАТ 220 U/L, щелочная фосфатаза (ЩФ) 430 U/L, гамма-глутамилтранспептидаза (ГГТП) 480 U/L; по УЗИ – портальная вена 17 мм, признаки кавернозной трансформации воротной вены, спленомегалия (100 см²); лечение (лактоза, пропранолол, спиринолактон, урсодезоксихолевая кислота) без должного эффекта. В апреле 2012 г. консультирована в отделении портальной гипертензии ГКБ № 20 (Москва), решено продолжить консервативную терапию. В течение 2013 г. чувствовала себя удовлетворительно, эпизодов кровотечения не было, в лабораторных тестах сохранялись анемия (гемоглобин до 111 г/л), повышение АлАТ до 3-х норм, повышение ЩФ до 2-х норм. Несмотря на удовлетворительное самочувствие в этот период, по результатам УЗИ отмечалась отрицательная динамика – расширение ствола воротной вены до 30 мм, по результатам ФГДС – варикозное расширение вен пищевода III степени, варикозное расширение вен желудка I-II степени, признаки портальной гастропатии. В апреле 2014 г., учитывая отрицательную динамику по данным инструментальных методов обследования, пациентка была направлена на оперативное лечение в ФГБУ ГНЦ ФМБЦ им. А.И. Бурназяна ФМБА России (Москва), где при дообследовании установлено наличие аневризмы воротной вены со сдавлением гепатикохоледоха и формированием подпеченочного портального блока, подтверждена кавернозная трансформация сегментарных ветвей воротной вены, данных за цирроз печени при пункционной биопсии печени не получено. 07.05.2014 пациентке было проведено оперативное вмешательство – парциальное спленоренальное шунтирование, лигирование левой желудочной вены, холецистэктомия, формирование бигепатикоэнтероанастомоза на выключенной по Ру петле. Выписана в удовлетворительном состоянии. Последняя явка на прием 16.06.2017. При обследовании в биохимическом анализе крови: АлАТ 133 U/L, АсАТ 92 U/L, ЩФ 468 U/L, ГГТП 166 U/L. На фоне лечения (диуретики, антикоагулянты, ингибиторы протонной помпы, гепатопротекторы разных групп, ферменты) сохраняются общая слабость, периодические эпизоды болей в эпигастрии. Обратилась для определения дальнейшей тактики лечения.

Из анамнеза жизни: туберкулез, вирусный гепатит, венерические инфекции отрицает. Аллергологический анамнез не отягощен. Гемотрансфузии отрицает. Инвалидность II группы.

При общем осмотре: состояние удовлетворительное. Кожные покровы обычной окраски. Иктеричность склер. Периферические лимфоузлы не увеличены. Язык влажный, чистый. Живот мягкий, болезненный в эпигастрии. Печень +3 см от края реберной дуги. Край плотный, болезненный при пальпации. Селезенка не пальпируется. Симптом раздражения брюшины отрицательные. Перистальтика кишечника сохранена. Симптом поколачивания в поясничной области отрицательный. Отеков нет.

На основании анамнеза, данных комплексного инструментального обследования был выставлен **диагноз:** аневризма воротной вены (45×40 мм) со сдавлением гепатикохоледоха и формированием подпеченочного портального блока, кавернозная трансформация сегментарных ветвей воротной вены. К 76.6. Состояние после оперативного лечения (парциальное Н-образное сплено-ренальное аРТФЕ шунтирование, лигирование левой желудочной вены, резекция аневризмы и линейное РТФЕ протезирование воротной вены и ее правой ветви, резекция холедоха, холецистэктомия, формирование бигепатикоэнтероанастомоза на выключенной по Ру петле тонкой кишки, дренирование желчных протоков через подвешную энтеростому, энтеро-энтероанастомоз) от 07.05.2014. Синдром портальной гипертензии. Варикозное расширение вен пищевода III степени, желудка – II степени, с эпизодами состоявшегося кровотечения (2009, 2011 гг.). Портальная гастропатия. Эндоскопическое лигирование вен пищевода (12. 2011 г.). Спленомегалия с синдромом гиперспленизма (тромбоцитопения, лейкопения, эритропения).

Пациентке было назначено **лечение:** диета с ограничением животных жиров, копченостей, маринованных продуктов, ограничение физической нагрузки, исключение гепатотоксичных лекарственных препаратов; ограничение употребления поваренной соли до 1–3 г/сут, жидкости до 1–1,5 л/сут. Контроль суточного диуреза, массы тела, измерение окружности живота.

Медикаментозное лечение: спиринолактон 50 мг по 1 таблетке в 08:00, 11:00 длительно (под контролем суточного диуреза), клопидогрел 75 мг 1 р./сут постоянно по жизненным показаниям, рабепразол 10 мг утром за 30 мин до приема пищи для защиты слизистой оболочки желудка на фоне приема антикоагулянтов, адеметионин 400 мг по 1 таблетке 2 р./сут между приемами пищи в первой половине дня в течение месяца, панкреатин 25 000 по 1 капсуле во время приема пищи по требованию.

Заключение

Таким образом, представленное клиническое наблюдение характеризует редкий клинический случай аневризмы воротной вены у пациентки молодого возраста, впервые клинически проявившийся во время беременности, протекавший под маской декомпенсированного цирроза печени, который был исключен по результатам пункционной трепан-биопсии печени. Редкой особенностью представленного клинического случая явилось сдавление аневризмой гепатикохоледоха с формированием подпеченочного блока и развитием кавернозной трансформации сегментарных ветвей воротной вены.

Литература

1. Пасенов В.Г. Врожденная аневризма воротной вены: пренатальная и постнатальная характеристика эхографической картины // Пренатальная диагностика. 2012. Т. 11. №3. С. 264–265 [Pasenov V. G. Congenital aneurism of a portal vein: prenatal and post-natal characteristic of an ekhografic picture // Prenatalnaya diagnostica. 2012. Т. 11. №3. С. 264–265 (in Russian)].
2. Ванькович А.Н., Вишневецкий В.А. Аневризма воротной вены // Анналы хирургической гепатологии. 2013. Т. 18. №4. С. 115–117 [Vankovich A.N., Vishnevsky of V.A. Aneurizm of a portal vein // Annals surgical hepatology. 2013. Т. 18. №4. С. 115–117 (in Russian)].

Полный список литературы Вы можете найти на сайте <http://www.rmj.ru>