

## АОРТО-ДУОДЕНАЛЬНАЯ ФИСТУЛА (КЛИНИЧЕСКИЕ НАБЛЮДЕНИЯ)

Стяжкина С.Н.<sup>1</sup>, Климентов М.Н.<sup>2</sup>, Леонова А.Д.<sup>3</sup>, Мордвина А.Н.<sup>4</sup>,  
Насибова Ш.Х.<sup>5</sup>, Замараева Д.Д.<sup>6</sup> Email: Styazhkina1796@scientifictext.ru

<sup>1</sup>Стяжкина Светлана Николаевна – доктор медицинских наук, профессор;

<sup>2</sup>Климентов Михаил Николаевич – кандидат медицинских наук, ассистент,  
кафедра факультетской хирургии;

<sup>3</sup>Леонова Анна Дмитриевна – студент;

<sup>4</sup>Мордвина Анна Николаевна – студент;

<sup>5</sup>Насибова Шакар Халисовна – студент;

<sup>6</sup>Замараева Дарина Дмитриевна – студент,  
лечебный факультет,

Ижевская государственная медицинская академия,  
г. Ижевск

**Аннотация:** в статье анализируется аорто-дуоденальная фистула - сообщение между аневризмой аорты и двенадцатиперстной кишкой, вызывающее опасное кишечное кровотечение. Патология встречается крайне редко и потому её диагностика затруднительна. Целью работы стал выбор тактики обследования и лечения больных с аорто-дуоденальной фистулой, при изучении истории болезни пациента с диагнозом желудочно-кишечное кровотечение из нижних отделов ЖКТ. Таким образом, при аорто-дуоденальной фистуле важна ранняя диагностика и лечение, которое увеличит вероятность благоприятного исхода.

**Ключевые слова:** аорто-дуоденальная фистула, желудочно-кишечное кровотечение, аневризма аорты.

## AORTA-DUODENAL FISTULA (CLINICAL CAUSE)

Styazhkina S.N.<sup>1</sup>, Klimentov M.N.<sup>2</sup>, Leonova A.D.<sup>3</sup>, Mordvina A.N.<sup>4</sup>,  
Nasibova Sh.H.<sup>5</sup>, Zamaraeva D.D.<sup>6</sup>

<sup>1</sup>Styazhkina Svetlana Nikolaevna - PhD in Medicine, Professor;

<sup>2</sup>Klimentov Michail Nikolaevich – PhD in Medicine, Associate Professor,  
DEPARTMENT OF FACULTY SURGERY;

<sup>3</sup>Leonova Anna Dmitrievna – student;

<sup>4</sup>Mordvina Anna Nikolaevna – student;

<sup>5</sup>Nasibova Shakar Halisovna – student;

<sup>6</sup>Zamaraeva Darina Dmitrievna – student,

GENERAL MEDICINE DEPARTMENT

IZHEVSK STATE MEDICAL ACADEMY,

IZHEVSK

**Abstract:** the article analyzes aortaduodenal fistula. It's a pathological connection between aortic aneurysm and duodenum, which maybe cause of life-danger intestinal bleeding. The high mortality associated with this condition and relatively low incidence make this a diagnostic and management challenge. The main purpose of our work was searching the most effective diagnosis method and treatment of aortaduodenal fistula using information from clinical situation with gastro-intestinal Bleeding diagnosis.

**Keywords:** aortaduodenal fistula, gastro-intestinal bleeding, Aortic aneurysm.

**Актуальность.** Желудочно-кишечные кровотечения (ЖКК) - одна из наиболее частых причин экстренной госпитализации в стационары хирургического профиля. Ежегодно в России регистрируется от 50 до 170 случаев ЖКК на 100000 населения [1].

Аорто-дуоденальная фистула (АДФ) - редко встречающееся сообщение между аневризмой брюшного отдела аорты и двенадцатиперстной кишкой, которое вызывает угрожающее жизни желудочно-кишечное кровотечение.

**Цель исследования:** выбор оптимальной тактики обследования и лечения больных с аорто-дуоденальной фистулой.

**Материалы и методы исследования.** Изучение 2 историй болезни пациентов, находящихся на лечение с диагнозом ЖКК из нижних отделов желудочно-кишечного тракта (ЖКТ).

Приводим клиническое наблюдение 1. Пациент А., 78 лет, переведен в колопроктологическое отделение из дежурной хирургической клиники с диагнозом: «Функционирующая У-образная трансверзостома. Толстокишечное кровотечение». При поступлении предъявляет жалобы на слабость, тошноту, выделение темной крови через трансверзостому в большом количестве. В анамнезе инфаркт миокарда, синдром Маллори-Вейсса, операция по поводу некроза поперечно-ободочной кишки. При

поступлении состояние средней тяжести, кожные покровы бледные, артериальное давление (АД)-110/80 мм.рт.ст. Живот не вздут, мягкий, безболезненный. Нв-88г/л. Диагноз при поступлении: «Желудочно-кишечное кровотечение неясной этиологии. Постгеморрагическая анемия». План обследования: Фиброгастроскопия (ФГС), ирригоскопия. Начата инфузионная и гемостатическая терапия. Проведена ФГС под наркозом. Заключение: Дуодено-гастральный рефлюкс 3ст. Хронический эзофагит с очаговым утолщением слизистой.

В течение 4-х дней состояние оценивалось как удовлетворительное. На 5-е сутки состояние резко ухудшилось. В калоприемнике темная кровь. Пульс и АД на периферических сосудах не определяются. Были введены преднизолон и раствор глюкозы. Переведен в отделение анестезиологии и реанимации (ОАР). Поставлен диагноз: Кишечное кровотечение, геморрагический шок, 2-3 стадия. Проводилась инфузионно-гемостатическая и гемостатическая терапия. Состояние стабилизировалось. По стуму выделяется кал черного цвета, жидкий со зловонным запахом. Выполнена эзофагогастродуоденоскопия: давление на двенадцатиперстную кишку в проекции головки pancreas с наличием передаточной пульсации, состоявшееся кровотечение, предполагаемый источник-средняя треть нисходящей части двенадцатиперстной кишки, где фиксирован тромб-сгусток. Для уточнения диагноза пациент направлен на СКТ (спиральная компьютерная томография). Заключение: атеросклеротическая веретенообразная аневризма инфраренального отдела аорты с массивным пристеночным тромбозом и распространением на обе общие подвздошные артерии. Признаки перианевризматического воспаления и фиброза с наличием, вероятно, аорто-дуоденальной фистулы. Выраженное атеросклеротическое поражение брюшной аорты и всех ее ветвей. Полный тромбоз подвздошных артерий слева.

На 7-е сутки после выполнения СКТ появилась резкая боль в животе, после чего потерял сознание. Состояние пациента оценивается как крайне тяжелое, обусловленное нарастающей сердечно-сосудистой недостаточностью, ухудшение уровня сознания до уровня комы. АД-70/30 мм рт. ст., пульс 90 ударов в минуту. Переведен на искусственную вентиляцию легких (ИВЛ). Через 20 минут АД-80/40-40/20 мм.рт.ст. на фоне вазопрессоров, пульс нитевидный. Объективно: Кожные покровы бледно-серые, дыхание жесткое аппаратное на ИВЛ, тоны сердца приглушенные, аритмичные. Живот ассиметричен за счет опухолевидного образования размером 12\*15 см., в проекции мезо-гипогастральной области. Образование мясистой консистенции, не пульсирующее, перистальтика не выслушивается. В колостоме – темное незначительное кишечное отделяемое. По назогастральному зонду – темное желудочное отделяемое до 100 мл. Анализ крови – Лейкоциты- $17,3 \cdot 10^9$ /л, Эритроциты- $1,95 \cdot 10^{12}$ /л, Гемоглобин-53 г/л.

По данным СКТ брюшной полости и клинически – имеется гигантская дуодено-аневризматическая фистула с прорывом крови в желудок и кишечник, а также двусторонний тромбоз в обе общие подвздошные артерии. Клиническое состояние пациента признано некурабельным (хирургически) в связи с крайне тяжелым состоянием, сопутствующей патологией, возрастом. Была продолжена интенсивная консервативная терапия, а также симптоматическое лечение в условиях ОАР.

На фоне прогрессирования сердечной недостаточности в нарастающих дозировках вазопрессоров произошла остановка сердечной деятельности.

В танатогенезе имела место расслаивающаяся аневризма брюшного отдела аорты с формированием аорто-дуоденальной фистулы, осложнившаяся массивным артериальным кровотечением в просвет двенадцатиперстной кишки. Геморрагический шок. Паренхиматозная дистрофия и острое малокровие внутренних органов, на фоне атеросклероза аорты и ее ветвей, стадия осложненных поражений. Стенозирующий атеросклероз венечных артерий.

Приводим клиническое наблюдение 2. Пациент Б., 71 год, поступил экстренно с жалобами на стул с примесью крови, постоянные боли в левой половине живота, повышение температуры тела в течение 5 дней. При осмотре состояние удовлетворительное, сознание ясное, живот не вздут, при пальпации живот мягкий, болезненный в левой половине, симптомов раздражения брюшины нет. АД-130/80 мм рт. ст. Находился на стационарном лечении в колопроктологическом отделении с диагнозом: «Дивертикулёз ободочной кишки, дивертикулит». Перенесенные заболевания: постинфарктный кардиосклероз, ишемическая болезнь сердца и дивертикулёз сигмовидной кишки.

На 8-е сутки проведено УЗИ органов брюшной полости. Заключение: УЗИ признаки желчнокаменной болезни, конкрементов желчного пузыря, умеренных диффузных изменений печени и pancreas, не исключается расслаивающаяся аневризма аорты.

В течение 8 дней состояние оценивалось как удовлетворительное с относительной отрицательной динамикой. На 9-е сутки состояние ухудшилось, экстренно переведен в отделение анестезиологии и реанимации. За день до перевода, на УЗИ была заподозрена расслаивающаяся аневризма аорты. Для уточнения диагноза пациент направлен на СКТ. Выдержка из описания СКТ: В инфраренальном отделе на уровне L2-L5 на расстоянии около 25 мм от почечных артерий определяется мешковидное выпячивание стенки аорты по боковой поверхности, широко сообщающееся с просветом аорты, размерами 43,3\*41,2\*42 мм. Контуры его неровные. В окружающей клетчатке массивная гематома с

четкими контурами с тромботическими массами общим размером 49\*81\*55 мм. Нижняя горизонтальная ветвь двенадцатиперстной кишки смещена кпереди и латерально, тесно прилежит к гематоме забрюшинного пространства. Четкого затека контраста в просвет кишки не выявлено. Стенки аорты и ее ветви с кальцинатами. Заключение СКТ: Осумкованный разрыв мешотчатой аневризмы инфраренального отдела аорты с формированием тромбированной псевдоаневризмы, признаками продолжающегося кровотечения. Нельзя исключить кровотечение в двенадцатиперстной кишке. Нижняя горизонтальная ветвь двенадцатиперстной кишки смещена кпереди и латерально, тесно прилежит к гематоме забрюшинного пространства. Начата инфузионно-трансфузионная и гемостатическая терапия: эритроцитарная масса, свежемороженая плазма, этамзилат, транексам. Вызван ангиохирург для консультации: по данным ангиографии выявлена расслаивающаяся аневризма инфраренального отдела аорты с прорывом в забрюшинное пространство. Рекомендации: паллиативное лечение по месту госпитализации. Консультация в ведущих центрах Российской Федерации на предмет протезирования брюшного отдела аорты. Гемостатическая и гемотрансфузионная терапия при наличии показаний. В реанимационном отделении: пациент в сознании, жалобы на общую слабость, головокружение. Состояние ближе к средней степени тяжести. Положение активное. Кожные покровы бледно-розовые. АД-120/60 мм рт ст. Стул без крови, черного цвета. На 16 сутки проведена повторная процедура СКТ: Осумкованный разрыв мешотчатой аневризмы инфраренального отдела аорты с формированием тромбированной псевдоаневризмы, признаками продолжающегося кровотечения. Нельзя исключить кровотечение в двенадцатиперстной кишке. Нижняя горизонтальная ветвь двенадцатиперстной кишки смещена кпереди и латерально, тесно прилежит к гематоме забрюшинного пространства. Поставлен диагноз: расслаивающаяся аневризма брюшной аорты, аорто-дуоденальный свищ, желудочно-кишечное кровотечение. На 26-е сутки проведена рентгенэндоваскулярная окклюзия мешотчатой аневризмы инфраренального отдела аорты. На 28 сутки проведена ревизия и иссечение инфраренального отдела аорты, линейное аллопротезирование аорты, ушивание свища двенадцатиперстной кишки. На 40 сутки переведена из реанимационного отделения в хирургическое. На 45 сутки развитие осложнений в виде несостоятельности анастомоза между шунтом и аортой, внутрибрюшное кровотечение, перфорация сигмовидной кишки, несостоятельность швов двенадцатиперстной кишки, межкишечный абсцесс в связи с чем экстренно оперирована: ревизия, повторное наложение анастомоза между шунтом и брюшной аортой, ушивание перфорации двенадцатиперстной кишки, ушивание перфорации сигмовидной кишки, наложение подвешной илеостомы, дренирование брюшной полости, лапаростома. На 46 сутки развились осложнения в виде тромбоза подвздошных артерий и шунта аорты, разлитого серозно-фибринозного перитонита, некротического нефроза. На 47 сутки на фоне проводимой интенсивной терапии зафиксирована остановка сердечной деятельности.

В танатогенезе имело место расслаивающаяся аневризма инфраренального отдела аорты с формированием аорто-дуоденального свища, осложнившаяся массивным артериальным кровотечением в просвет двенадцатиперстной кишки. Полиорганная недостаточность. Внутрибрюшное кровотечение. Забрюшинная гематома. Дивертикулез двенадцатиперстной и сигмовидной кишки. Атеросклероз аорты и ее ветвей, стадия осложненных поражений.

**Результаты исследования:** так как диагноз аорто-дуоденальная фистула является достаточно редким заболеванием, заподозрить и выявить это заболевание на раннем этапе госпитализации не представляется возможным. Разница во времени между поступлениями пациентов А. и Б. 4 месяца. Лишь наличие печального опыта ведения пациента А позволило заподозрить диагноз аорто-дуоденальной фистулы у пациента Б и провести соответствующее оперативное лечение. Однако в результате несостоятельности анастомоза между шунтом и аортой и развития разлитого серозно-фибринозного перитонита пациента все же не удалось спасти.

**Выводы:** Таким образом, аорто-дуоденальная фистула является жизнеугрожающей патологией, которую тяжело дифференцировать на ранних стадиях развития заболевания [2]. При данном заболевании необходима ранняя диагностика (выполнение ФГДС, СКТ, ангиографии в первые сутки развития заболевания) и соответствующее высокотехнологичное интервенционное ангиохирургическое лечение, которое увеличит вероятность благоприятного исхода.

#### *Список литературы / References*

1. *Овчинников А.А.* Желудочно-кишечные кровотечения // Врач, 2002. № 2. С. 14 - 16.
2. *Morris E.S., Hampton K.K., Nesbitt I.M. et al.* The management of von Willebrand's disease-associated gastrointestinal angiodysplasia // Blood Coagul. Fibrinolysis, 2001. Vol. 12. № 2. P. 143 - 148.