

## Аневризма воротной вены

Ванькович А.Н., Вишневецкий В.А.

ФГБУ "Институт хирургии им. А.В. Вишневецкого" (директор – акад. РАМН В.А. Кубышкин)  
Министерства здравоохранения России, Москва, Российская Федерация

### Portal Vein Aneurysm

Vankovich A.N., Vishnevskiy V.A.

A.V. Vishnevskiy Institute of Surgery (Director – academician of RAMSci V.A. Kubishkin) under Ministry of Health of Russian Federation, Moscow, Russian Federation

Аневризма – патологическая дилатация артерии или, очень редко, вены, которая возникает в месте ее перерастяжения, истончения и, как следствие, ослабления ее стенки. Аневризма воротной вены – крайне редкое заболевание, составляет 3% всех венозных аневризм [1], частота в популяции – 0,43% [2]. Впервые аневризму воротной вены описали R. Barzilai и M.S. Kleckner в 1956 г. [3].

Аневризмы воротной вены могут быть как врожденными, так и приобретенными, или вторичными (при портальной гипертензии, травме). В настоящее время описано более 170 наблюдений [1, 4–7]. Наиболее распространенная жалоба – абдоминальная боль (44,7%) [4]. К осложнениям аневризмы воротной вены относят компрессию желчных протоков [8], тромбоз воротной вены [9–11], компрессию нижней полой вены [12], двенадцатиперстной кишки [12, 13]. Осложнения аневризмы воротной вены встречаются редко – 88% наблюдений не имели прогрессии и осложнений при динамическом наблюдении [10]. Описаны 3 наблюдения разрыва аневризматически расширенной воротной вены, один летальный исход [2, 10, 14]. Симптоматическая аневризма воротной вены и быстрый рост аневризмы являются показаниями к оперативному лечению. В литературе описаны наблюдения оперативного лечения аневризмы воротной вены с портальной гипертензией (портокавальное шунтирование), направленного на снижение давления в системе воротной вены и уменьшение давления на стенки вены, тем самым уменьшая прогрессию заболевания. При изолирован-

ной аневризме воротной вены без портальной гипертензии операцией выбора является аневризморафия [12], однако в литературе не описаны наблюдения подобного лечения. Единой тактики лечения таких пациентов не существует.

Приводим клиническое наблюдение.

Пациентка 49 лет направлена в Институт хирургии им. А.В. Вишневецкого Медицинским радиологическим научным центром РАМН. Предъявляет жалобы на ноющую боль в правом подреберье, потерю аппетита. Похудела на 6 кг за 3 мес. Боль беспокоит более 10 лет. Характер боли – периодическая, чаще ноющая. В 2003 г. при обследовании в МРНЦ РАМН диаметр воротной вены составил 2 см. Находилась под наблюдением гастроэнтеролога по месту проживания. В августе 2012 г. боль стала усиливаться, отметила утрату аппетита, похудела на 6 кг, что связывает с психологической травмой (болезнь ребенка). Вновь обследована в МРНЦ РАМН. Выполнена КТ брюшной полости. В проекции ворот печени выявлено расширение воротной вены до 46 мм. Расширение распространяется до слияния верхней брыжеечной и селезеночной вен, представлено образованием, смещающим головку поджелудочной железы книзу, деформирующим медиальную стенку нисходящей части двенадцатиперстной кишки и стенку желчного пузыря. При дуплексном сканировании сосудов брюшной полости воротная вена от конfluence прослеживается на протяжении 15 мм, поперечник 13,9 мм, далее на протяжении 38 мм размер увеличивается до 44 мм, формируя жидкостную структуру с плотными стенками, однородным просветом, полностью окрашивающимся при ЦДК, данных за наличие артериовенозного сброса не полу-

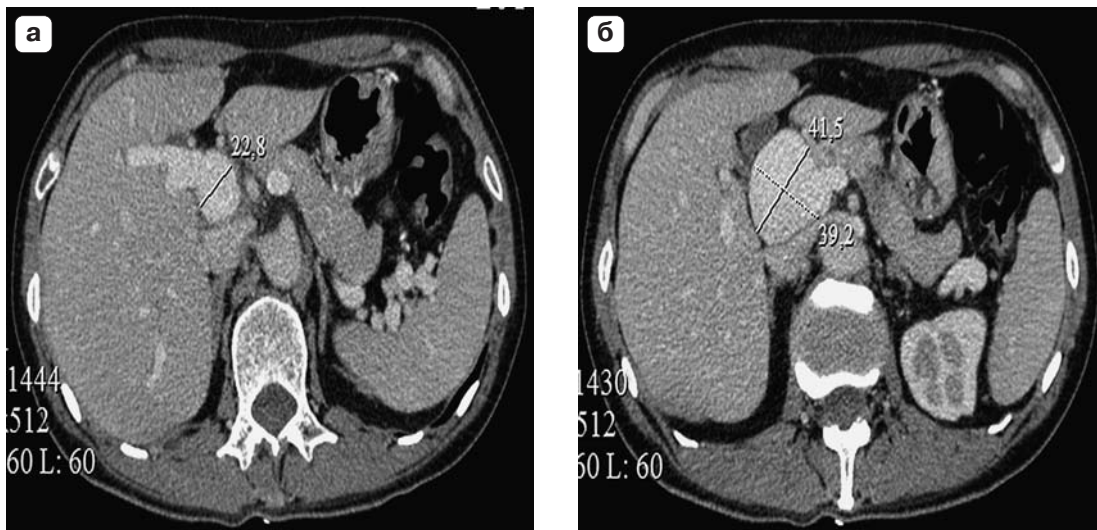
---

Ванькович Андрей Николаевич – аспирант отделения хирургии печени и поджелудочной железы ФГБУ "Институт хирургии им. А.В. Вишневецкого" МЗ РФ. Вишневецкий Владимир Александрович – доктор мед. наук, профессор, зав. отделением хирургии печени и поджелудочной железы того же института.

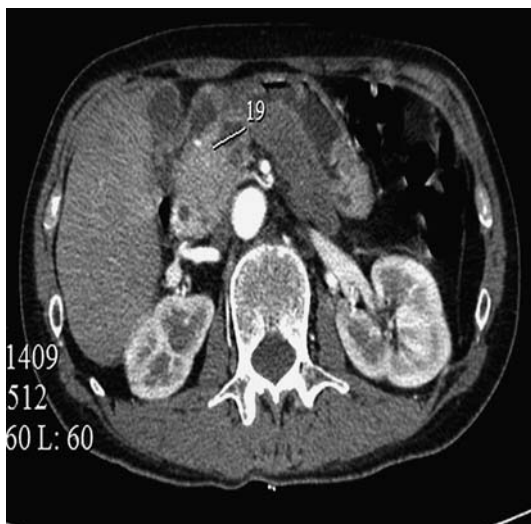
Для корреспонденции: Ванькович Андрей Николаевич – 117452, Москва, Чонгарский бульвар, д. 9, кв. 57. Тел.: 8-915-983-76-99, 8-916-646-34-71. E-mail: vancovich@bk.ru

Vankovich Andrey Nikolaevich – postgraduate, Department of Liver and Pancreas Surgery, A.V. Vishnevskiy Institute of Surgery. Vishnevskiy Vladimir Aleksandrovich – professor, Head of the same department.

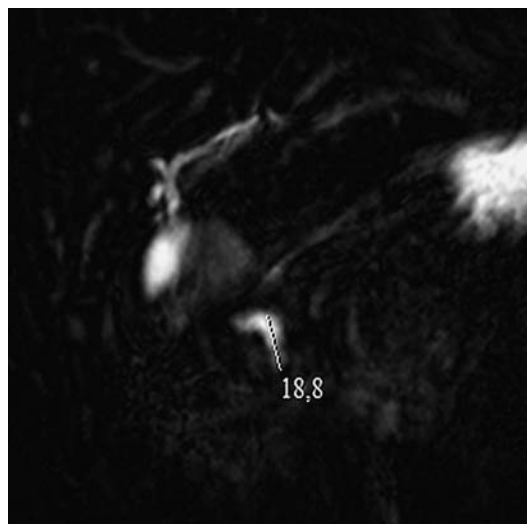
For correspondence: Vankovich Andrey Nikolaevich – Apt 57, 9, Chongarskaya Str., Moscow, 117452, Russian Federation. Phone: +7-915-983-76-99, +7-916-646-34-71. E-mail: vancovich@bk.ru



**Рис. 1.** Компьютерная томограмма. Аневризма воротной вены. а – расширение воротной вены до 45 мм от конfluence с распространением на верхнюю брыжеечную вену; б – максимальный размер аневризмы.



**Рис. 2.** Компьютерная томограмма. Новообразование перешейка поджелудочной железы. Видны жидкостные скопления в виде грозди винограда, общий размер 16 × 9 мм, связь с ППЖ отчетливо не видна.



**Рис. 3.** Магнитно-резонансная холангиопанкреатикограмма. Жидкостное образование перешейка поджелудочной железы, связанное с ППЖ.

чено. При ЭГДС – признаки эрозивного гастрита, варикозно расширенных вен пищевода нет. Госпитализирована в Институт хирургии им. А.В. Вишневского для углубленного обследования и определения тактики дальнейшего лечения. По данным лабораторных методов диагностики патологических отклонений не выявлено. Выполнено УЗИ брюшной полости. Найдена аневризма воротной вены 41 × 45 мм на расстоянии 10 мм от конfluence. В проекции перешейка поджелудочной железы – кистозное образование с неровными контурами неправильной формы, 14 × 10 мм, признаков портальной гипертензии нет. Печень в размерах не увеличена. Контур печени ровные, четкие. Структура паренхимы неоднородная, эхогенность повышена. Сосудистый рисунок сохранен. В IV и VI сегментах печени определяются гемангиомы. Выполнена КТ брюшной полости. От конfluence с захватом верхней брыжеечной вены (до 3 мм) и далее

определяется выраженное расширение воротной вены до 45 мм на протяжении 32 мм, далее диаметр 14 мм. На правую и левую ветви воротной вены это расширение не распространяется (13 мм до бифуркации воротной вены). Селезеночная вена 10,6 мм. Верхняя брыжеечная вена 10 мм. В области перешейка железы определяются жидкостные скопления в виде грозди винограда общими размерами 16 × 9 мм. Связь с протоком поджелудочной железы (ППЖ) не прослеживается. ППЖ в области головки до 4 мм – локальное расширение, обусловленное сдавлением аневризмой воротной вены (рис. 1, 2). МРТ брюшной полости с МРХПГ: картина жидкостного образования на уровне перешейка поджелудочной железы, связанного с ППЖ (рис. 3). Выполнено эндо-УЗИ. В области конfluence воротной вены обнаружено расширение до 3–3,5 см, головка поджелудочной железы осмотрена, образований в ней не выявлено. ППЖ виден фраг-

ментарно (2 мм), остальные отделы железы не видны. Из-за аневризматического расширения воротной вены видны только прилегающие к стенке двенадцатиперстной кишки отделы поджелудочной железы. От пункционной биопсии образования поджелудочной железы решено воздержаться. Консультирована сосудистым хирургом профессором В.Н. Даном. Учитывая отсутствие специфической клинической симптоматики, средние размеры аневризмы, плотные стенки, показаний к резекции воротной вены в настоящее время нет. Операция может быть выполнена при увеличении размеров аневризмы или при необходимости хирургического лечения по поводу образования поджелудочной железы. Консультирована психотерапевтом. Диагностировано невротическое расстройство личности, невроз навязчивых состояний. После проведенной психотерапевтической работы отмечено выраженное уменьшение болевого синдрома.

Таким образом, у больной диагностирована аневризма воротной вены до 45 мм. Портальной гипертензии нет. Кистозная опухоль (наиболее вероятно – внутривенная псевдопапиллярная муцинозная опухоль) перешейка поджелудочной железы до 16 мм на фоне невротического расстройства личности, невроза навязчивых состояний.

Профессор Э.И. Гальперин предложил обсудить клиническую ситуацию ведущим специалистам по хирургии печени и поджелудочной железы – членам редакционной коллегии журнала “Анналы хирургической гепатологии”. История заболевания была доложена доктором А.Н. Ваньковичем. Члены редакционной коллегии высказали свои суждения о тактике лечения больной с аневризмой воротной вены и кистозной опухолью поджелудочной железы.

Профессор Ю.И. Патютко предложил выполнить пункционную биопсию образования поджелудочной железы для исключения онкологического заболевания. При отрицательном результате – динамическое наблюдение.

Профессор Г.Г. Ахаладзе рекомендовал динамическое наблюдение.

Профессор И.М. Буриев рекомендовал динамическое наблюдение.

Профессор Т.Г. Дюжева рекомендовала динамическое наблюдение.

Профессор В.В. Цвиркун высказался против биопсии образования поджелудочной железы, рекомендовал при увеличении размеров аневризмы и (или) образования поджелудочной железы оперативное лечение в объеме субтотальной дистальной резекции поджелудочной железы, резекции аневризмы воротной вены, с указанием больной на сложность оперативного лечения и его опасность.

Профессор Э.И. Гальперин рекомендовал динамическое наблюдение, выполнить биопсию образования поджелудочной железы при его росте.

### Заключение консилиума

Учитывая отсутствие портальной гипертензии, выраженной симптоматики заболевания, медленное прогрессирование заболевания, а также малые размеры кистозной опухоли перешейка поджелудочной железы с отсутствием значимых изменений в ней, больную следует оставить под динамическим наблюдением. Пациентка может быть выписана. Следует рекомендовать повторную госпитализацию через 3 мес для контрольного осмотра, КТ, МРТ брюшной полости, МРХПГ, эндо-УЗИ, ДС сосудов брюшной полости.

### ● Список литературы/References

1. Ma R., Balakrishnan A., See T.C., Liao S.S., Praseedom R., Jah A. Extra-hepatic portal vein aneurysm: A case report, overview of the literature and suggested management algorithm. *Int. J. Surg. Case Rep.* 2012; 3 (11): 555–558.
2. Koc Z., Oguzkurt L., Ulsan S. Portal venous system aneurysms: imaging, clinical findings, and a possible new etiologic factor. *Am. J. Roentgenol.* 2007; 189 (5): 1023–1030.
3. Barzilai R., Kleckner M.S. Hemocholecyst following ruptured aneurysm of portal vein. *AMA Arch. Surg.* 1956; 72 (4): 725–727
4. Sfyroeras G.S., Antoniou G.A., Drakou A.A., Karathanos C., Giannoukas A.D. Visceral venous aneurysms: clinical presentation, natural history and their management: a systematic review. *Eur. J. Vasc. Endovasc. Surg.* 2009; 38 (4): 498–505.
5. Mungan Z., Pinarbasi B., Bakir B., Gulluoglu M., Baran B., Akyuz F., Demir K., Kaymakoglu S. Congenital portal vein aneurysm associated with peliosis hepatis and intestinal lymphangiectasia. *Gastroenterol. Res. Pract.* 2009; 2009: 479264.
6. Lall P., Potineni L., Dosluoglu H.H. Complete spontaneous regression of an extrahepatic portal vein aneurysm. *J. Vasc. Surg.* 2011; 53 (1): 206–208.
7. Francesco F., Gruttadauria S., Caruso S., Gridelli B. Huge extra-hepatic portal vein aneurysm as a late complication of liver transplantation. *World J. Hepatol.* 2010; 2 (5): 201–202.
8. Fukui H., Kashiwagi T., Kimura K., Goto M., Takei Y., Kasahara A. Portal vein aneurysm demonstrated by blood pool SPECT. *Clin. Nucl. Med.* 1992; 17 (11): 871–873.
9. Thomas T.V. Aneurysm of the portal vein: report of two cases, one resulting in thrombosis and spontaneous rupture. *Surgery.* 1967; 61 (4): 550–555.
10. Okur N., Inal M., Akgul E., Demircan O. Spontaneous rupture and thrombosis of an intrahepatic portal vein aneurysm. *Abdom. Imaging.* 2003; 28 (5): 675–677.
11. Wolff M., Schaefer N., Schmidt J., Hirner A. Thrombosis of a large portal vein aneurysm: treatment by thrombectomy, aneurysmorrhaphy, and portocaval shunt. *J. Gastrointest. Surg.* 2006; 10 (1): 128–131.
12. Brock P.A., Jordan P.H., Barth M.H., Rose A.G. Portal vein aneurysm: a rare but important vascular condition. *Surgery.* 1997; 121 (1): 105–108.
13. Cho S.W., Marsh J.W., Fontes P.A., Daily M.F., Nalesnik M., Tublin M. Extrahepatic portal vein aneurysm – report of six patients and review of the literature. *J. Gastrointest. Surg.* 2008; 12 (1): 145–152.
14. Shimoda M., Kubota K., Sakuma A., Hogami T., Yamaguchi H., Tagaya N. Intra-abdominal hemorrhage due to rupture of a splenic vein aneurysm: a case report. *J. Gastrointest. Surg.* 2003; 7 (5): 683–686.