

ГИГАНТСКАЯ ЛОЖНАЯ АНЕВРИЗМА ВНУТРЕННЕЙ СОННОЙ АРТЕРИИ У РЕБЕНКА 1 ГОДА 9 МЕСЯЦЕВ (КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ)

В.С. Аракелян – д.м.н., профессор, гл. науч. сотрудник, зав. отд. хирургии артериальной патологии¹

М.Г. Пурсанов – д.м.н., профессор, зав. отд. рентгенэндоваскулярных и интраоперационных методов диагностики и лечения сердечно-сосудистых заболеваний¹

А.Ф. Хамидуллин – зав. отд. рентгенохирургии и лучевой диагностики²

Е.В. Лучкина – зав. отд. оториноларингологии²

И.Г. Андреева – врач-оториноларинголог²

***М.Ф. Бикмуллин** – к.м.н., врач по рентгенэндоваскулярной диагностике и лечению²

Р.И. Гараев – врач по рентгенэндоваскулярной диагностике и лечению²

¹ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр сердечно-сосудистой хирургии им. А. Н. Бакулева» Минздрава России,

119049 Российская Федерация, г. Москва, Ленинский проспект, 8

²ГАУЗ «Детская республиканская клиническая больница МЗ РТ»

420138 Российская Федерация, Республика Татарстан, г. Казань, улица Оренбургский тракт, 140

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

- перитонзиллярный абсцесс
- диссекция артерии
- экстракраниальная внутренняя сонная артерия
- сонная артерия
- гигантская ложная аневризма
- МСКТ с контрастом

АННОТАЦИЯ:

Представлено сообщение о гигантской ложной аневризме экстракраниальной части левой внутренней сонной артерии (ВСА) у пациента в возрасте 1 год и 9 месяцев. Сложность диагностики заключалась в том, что диссекция ВСА с формированием ложной аневризмы симулировала клинику перитонзиллярного абсцесса. В современной литературе нами не найдены описания подобного случая у столь юного пациента.

Для цитирования: Аракелян В.С., Пурсанов М.Г., Хамидуллин А.Ф., Лучкина Е.В., Андреева И.Г., Бикмуллин М.Ф., Гараев Р.И. «ГИГАНТСКАЯ ЛОЖНАЯ АНЕВРИЗМА ВНУТРЕННЕЙ СОННОЙ АРТЕРИИ У РЕБЕНКА 1 ГОДА 9 МЕСЯЦЕВ (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ)». Журнал «Диагностическая и интервенционная радиология». 2018; 12(2):67–72

GIANT FALSE ANEURYSM OF THE INTERNAL CAROTID ARTERY IN A CHILD 1 YEAR AND 9 MONTHS OLD (CLINICAL CASE)

Arakelyan V.S. – MD, PhD, professor¹

Pursanov M.G. – MD, PhD, professor¹

Khamidullin A.F. – MD²

Luchkina E.V. – MD²

Andreeva I.G. – MD²

***Bikmullin M.F.** – MD, PhD²

Garaev R.II'd. – MD²

¹A.N. Bakulev National Medical Research Center of Cardiovascular Surgery
8, Leninsky Prospekt, Moscow, Russian Federation, 119049

²Republican Children's Clinical Hospital Ministry of Health of Tatarstan
140, Orenburg tract, Kazan, Russian Federation, 420138

KEY-WORDS:

- peritonsillar abscess
- artery dissection
- extracranial part of internal carotid artery
- giant false aneurysm
- MSCT with contrast enhancement

ABSTRACT:

The report is about giant false aneurysm of an extracranial part of the left internal carotid artery (ICA) in a patient aged one year and nine months. The reason of the complexity of diagnostics in this case was that the dissection of the ICA with formation of false aneurysm imitated the peritonsillar abscess' clinic. We have not found any descriptions of a similar cases of patients at such an early age in modern literature.

Введение

Аневризмы экстракраниального отдела внутренней сонной артерии (ВСА) составляют 4% всех аневризм периферических артерий и 0,4-1% всех артериальных аневризм [1].

Клинические проявления диссекции магистральных артерий головы и церебральных артерий бывают разные и зависят от локализации. Типичным клиническим проявлением диссекции ВСА является триада симптомов: нарушение мозгового кровообращения (ишемический инсульт или преходящее нарушение мозгового кровообращения), односторонняя (на стороне диссекции) боль в голове, лице или шее, реже – симптом Горнера [2].

Классическая триада наблюдается менее чем в трети случаев, однако наличие даже двух симптомов должно предполагать диагноз диссекции [3].

При анализе клинической картины расслоения у детей редко отмечается головная боль – примерно у половины пациентов, боль в шее вообще не регистрируется (жалобы на боль в шее у взрослых лиц отмечается в 60-94% случаев) [4].

Диссекция может произойти в любом возрасте, от младенческого до пожилого, однако в большинстве случаев заболевают лица молодого возраста (до 45 лет) [5]. Описано развитие диссекции церебральных артерий у ребенка 2 лет [6].

Из-за схожести локализации и клинической картины диагноз аневризмы экстракраниального отдела ВСА необходимо дифференцировать с перитонзиллярным абсцессом (ПТА), который формируется вследствие распространения воспаления из верхнего полюса небных миндалин (НМ). При снижении местного иммунитета в перитонзиллярном пространстве происходит скопление продуктов воспаления между фиброзной капсулой и мышцами глотки. Формирование ПТА является логическим продолжением распространения инфекции после острого тонзиллита вследствие недостаточной дренажной функции лакун НМ.

Клинически ПТА часто проявляется тризмом жевательной мускулатуры, болью в горле с иррадиацией в область уха и челюстей, гнусавостью голоса, увеличением и резкой болезненностью регионарных шейных лимфатических узлов на стороне поражения, асимметрии зева за счет отека перитонзиллярного пространства. Большинство случаев ПТА является частым осложнением острого тонзиллофарингита среди детей старшего возраста, подростков и молодых людей. Имеется описание редкого случая возникновения двустороннего ПТА у годовалого ребенка [7, 8].

Представляем описание редкого клинического наблюдения гигантской ложной аневризмы ВСА, симулировавшей перитонзиллярный абсцесс, у ребенка в возрасте 1 года и 9 месяцев, у которого после сложного

диагностического поиска была выполнена успешная хирургическая коррекция.

Клинический пример

Больной С., 1 год 9 месяцев поступил 8.04.2017 г. в ЛОР отделение Детской республиканской клинической больницы (ГАУЗ «ДРКБ МЗ РТ») города Казани с жалобами на боли и припухлость в левой половине шеи, вялость. Из анамнеза известно, что 2 недели назад ребенок в плановом порядке был привит пентаксимом. На следующий день появилась болезненная припухлость в области шеи слева в проекции передних шейных лимфатических узлов, температура поднялась до 38-40°C.

Консультирован инфекционистом в Республиканской клинической инфекционной больнице (ГАУЗ «РКИБ МЗ РТ»), диагноз: переднешейный лимфаденит, назначен азитромицин на 5 дней. Однако улучшения клинической картины не происходило в связи, с чем 8.04.2017 г. ребенок госпитализирован ГАУЗ «ДРКБ МЗ РТ».

При поступлении температура 36,6°C, пульс 118 уд. в мин., частота дыхательных движений 29-30 в минуту. Движения шеи влево ограничены. Состояние средней тяжести за счет умеренно выраженной интоксикации и одышки смешанного характера. Вынужденное положение тела – полулежа. Кожные покровы бледные, сыпи нет, цианоз носогубного треугольника. Пальпируется болезненное образование в области боковой поверхности шеи слева размером 6×6 см. Справа множественные, плотные, не увеличенные, не спаянные с мягкими тканями, безболезненные лимфатические узлы (передне-шейные, затылочные, заушные, подчелюстные диаметром от 7 до 10 мм).

ЛОР-органы: нос – слизистая чистая, бледная, отделяемого в полости носа нет, носовое дыхание адекватное. Глотка – слизистая глотки умеренно гиперемирована. Резкая асимметрия зева за счет инфильтрации перитонзиллярного пространства слева, небные миндалины на уровне дужек. Налетов на миндалинах нет. Уши – барабанные перепонки серые, опознавательные знаки четкие. Дежурным ЛОР-врачом заподозрен перитонзиллярный абсцесс, в связи с чем, под местной анестезией произведена диагностическая пункция перитонзиллярной области слева. Однако при пункции был получен 1 мл артериальной крови, которая была расценена как перитонзиллит без формирования абсцесса, что соответствует стандартной тактике ведения пациентов с клиникой перитонзилита и перитонзиллярного абсцесса.

Кровотечения из ротоглотки не отмечалось. Ребенок госпитализирован в клинику и начато противовоспалительное лечение цефтриаксоном 60 мг/кг/сутки, а также инфузионная терапия.

На следующие сутки, в воскресенье, (9.04.2017 г.)

состояние ребенка ухудшилось. Отмечалась одышка смешанного характера, вялость, резкая слабость, отсутствие аппетита, субфебрилитет. Отмечено вынужденное положение и резкая болезненность при пальпации шеи слева, увеличение асимметрии зева слева по сравнению с предыдущим осмотром от 8.04.2018 г.

Дежурным врачом для исключения флегмоны шеи назначена контрастная мультиспиральная компью-

терная томография (МСКТ) шеи и головы (рис. 1, 2). Заключение: на серии томограмм в левом парафарингеальном пространстве, распространяясь в заглочное пространство, визуализируется образование размером $28 \times 21 \times 35$ мм с четкими контурами неправильной формы и неоднородной структурой 38-45-61-67 ед. НУ, которое распространяется от основания черепа до уровня С3-С4 шейных позвонков. После введения контрастного вещества плотность



Рис. 1. Мультиспиральная компьютерная томография с 3D-реконструкцией (а, б, в). Выявлено образование (обозначено стрелками) с четкими контурами неправильной формы на уровне С3-С4 и до основания черепа.

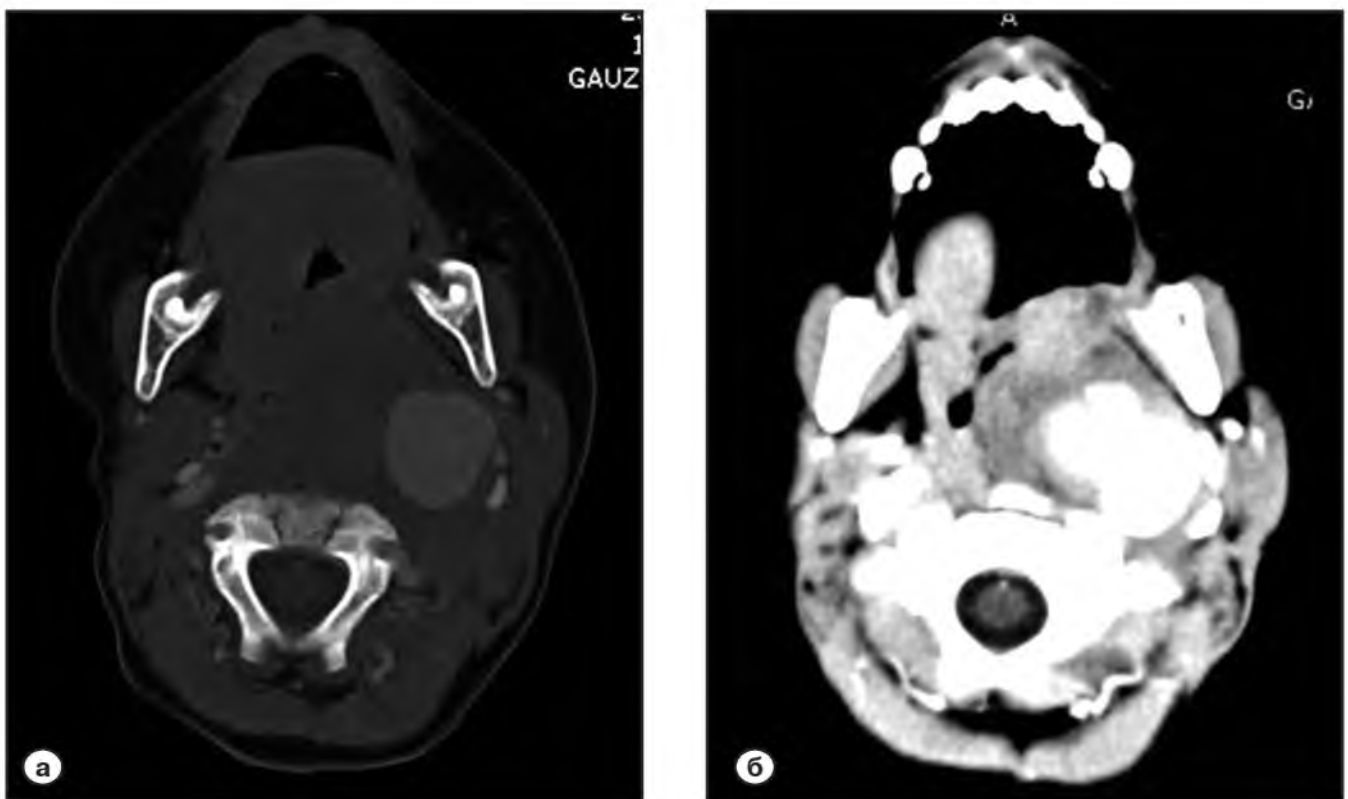


Рис. 2. Мультиспиральная компьютерная томография нативная (а) и с контрастным усилением (б). Визуализируется образование размером $28 \times 21 \times 35$ мм с четкими контурами неправильной формы с неоднородной структурой 38-45-61-67 ед. Н.



Рис. 3. Каротидная ангиография в прямой (а) и боковой проекциях (б). Контрастируется полость аневризмы экстракраниальной части левой внутренней сонной артерии.

образования повышается до 133 ед. НУ. Основание образования прилежит к бифуркации левой общей сонной артерии.

По данным описания МСКТ впервые заподозрена аневризма левой ВСА.

По решению консилиума в составе сосудистых хирургов, ЛОР-специалиста и администрации клиники принято решение о дообследовании ребенка с помощью УЗИ области шеи и ангиографии брахиоцефальных сосудов. Ультразвуковое исследование: ограниченное образование с четкими контурами 51×36×43 мм в левой области шеи слева содержащее мелкодисперсную смесь в большом количестве, не исключаются мелкие тромбы в полости аневризмы.

10.04.2017 г. проведена селективная каротидная ангиография (рис. 3), при которой подтверждена аневризма экстракраниальной части левой внутренней сонной артерии, неправильной формы, мешотчатого типа. Интенсивность контрастирования аневризмы неоднородная. Размеры аневризмы 28×28 мм в переднезадней проекции и 30×27 мм – в латеральной. Полученные результаты обследования были направлены на консультацию рентгеноэндоваскулярному специалисту д.м.н. Пурсанову М.Г. и сосудистому хирургу, профессору Аракеляну В.С. в ФГБУ «НМИЦ ССХ им. А.Н. Бакулева».

Учитывая клинические проявления синдрома компрессии срединных структур шеи, рекомендован перевод в ФГБУ «НМИЦ ССХ им. А.Н. Бакулева» Минздрава России для выполнения планового хирургического вмешательства по поводу аневризмы левой внутренней сонной артерии. Ребенок 12.04.2017 г. в сопровождении педиатрической бригады СМП был переведен в Федеральный центр.

Жалобы при поступлении в «НМИЦ ССХ им. А.Н. Бакулева»: наличие опухолевидного образования в левой половине шеи, болезненность при повороте головы, слабость в правой верхней конечности, затрудненное (шумообразующее) дыхание.

Локальный статус: вся левая половина шеи представлена опухолевидным образованием, плотно-эластической консистенции, болезненным при пальпации.

Операция первичная, экстренная от 12.04.2017 г., длительность 2 часа 10 минут: «Ушивание дефекта левой внутренней сонной артерии. Ликвидация ложной тромбированной аневризмы шеи слева».

Из протокола операции: разрезом по переднему краю левой кивательной мышцы в проекции передне-правой поверхности опухолевидного образования послойно выделены и взяты под контроль левые общая, наружная и внутренняя сонные артерии. Ложная аневризма расположена позади бифуркации. После введения гепарина вскрыта полость аневризмы. Удалено большое количество тромбов. Эвакуирована жидкая кровь. При ревизии полости аневризмы выявлен источник продолжающего кровотечения – предположительно дистальные отделы извитой внутренней сонной артерии. Дефект ушит из полости аневризмы в поперечном направлении обвивным швом. Произведена ревизия левой внутренней сонной артерии на протяжении. Отмечено наличие S-образной деформации отступя 2 см от устья, четкообразное изменение диаметра артерии. Выявлена область дефекта по задней стенке в зоне второго «колена». Отмечается повторное кровотечение – пережата внутренняя сонная артерия, наложены П-образные швы на тефлоновой прокладке. Снижение показателей транскраниальной оксиметрии с 43 до 38. Аппликация гемостатического материала.

Инактивация гепарина введением протамина сульфата. Достигнут тканевой гемостаз. Рана ушита послойно наглухо с оставлением активного дренажа в полости аневризмы и раны.

Послеоперационный период протекал без осложнений. Заживление раны первичным натяжением.

Ультразвуковое дуплексное сканирование брахиоцефальных сосудов 14.04.2017 г. (контроль после операции): левая наружная сонная артерия – проходима; левая внутренняя сонная артерия – проходима, отмечается S-образная извитость.

Диагноз заключительный при выписке: ложная тромбированная аневризма левой внутренней сонной артерии. Патологическая извитость (кинкинг) левой внутренней сонной артерии. Ушивание дефекта левой внутренней сонной артерии. Ликвидация ложной тромбированной аневризмы шеи слева от 12.04.2017 г.

Контрольный осмотр ЛОР-врачом через 10 месяцев: жалобы на незначительное опущение левого верхнего века и сужение левого зрачка. Боли в шее не беспокоят. Зев симметричен. Послеоперационная рана на шее зажила первичным натяжением. Ребенок активный.

Заключение

Клинический случай представляет интерес для сосудистых хирургов, оториноларингологов, неврологов в связи с редкостью патологии и сложностью диагностики. Большие размеры ложной аневризмы внутренней сонной артерии встретились у ребенка в возрасте 1 года 9 месяцев, что является самым юным возрастом из описанного в мировой литературе. Этот случай демонстрирует необходимость расширения кругозора, проявления настороженности в отношении редких заболеваний, сочетанной патологии смежных областей.

Активное хирургическое ведение пациентов с предполагаемым диагнозом «перитонзиллярный абсцесс» без предварительной лучевой диагностики в соответствии со стандартами диагностики и лечения должно незамедлительно переходить на применение неинвазивных методов диагностики (УЗИ, РКТ, МРТ) при малейшем подозрении на сосудистую катастрофу. ■

Конфликт интересов

Конфликт интересов не заявляется.

Список литературы

1. Никитина Т.Г., Кочуркова Е.Г., Петросян К.В., Алекян Б.Г. Применение стент-графта для коррекции ложной аневризмы внутренней сонной артерии. *Креатив. кардиол.* 2015; 1: 66.
2. Калашникова Л.А. Диссекция артерий, кровоснабжающих мозг, и нарушения мозгового кровообращения. *Анн. клин. и exper. неврологии.* 2007; 1(1): 41-49.
3. Schievink W.I. Spontaneous dissection of the carotid and vertebral arteries. *N. Engl. J. Med.* 2001; 344: 898–906. doi.org/10.1056/NEJM200103223441206.
4. Fullerton HJ, Johnston SC, Smith WS. Arterial dissection and stroke in children. *Neurology*, 2001; 57: 1155–1160.
5. Калашникова Л.А., Добрынина Л.А., Четкин А.О., Древалев М.В., Кротенкова М.В., Захаркина М.В.

Нарушения мозгового кровообращения при диссекции внутренней сонной и позвоночной артерий. Алгоритм диагностики. *Нерв. болезни.* 2016; 2: 10-15

6. Kieslich M., Fiedler A., Heller C. et al. Minor head injury as cause and co-factor in the aetiology of stroke in childhood: a report of eight cases. *J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry* 2002; 73: 13-6.

7. Seerig M.M., Chueiri L., Jacques J. et al. Bilateral Peritonsillar Abscess in an Infant: An Unusual Presentation of Sore Throat. *Case Rep Otolaryngol.* 2017; 2017: 467015. doi.org/10.1155/2017/4670152.

8. Mazur E, Czerwińska E, Korona-Główniak I, Grochowalska A, Koziół-Montewka M. Epidemiology, clinical history and microbiology of peritonsillar abscess. *Eur J Clin Microbiol Infect Dis.* 2015 Mar; 34(3):549-54. doi.org/10.1007/s10096-014-2260-2.

References

1. Nikitina T.G., Kochurkova E.G., Petrosyan K.V., Alekyan B.G. Application of a stent-graft to correct a false aneurysm of the internal carotid artery. *Creative. cardiol.* 2015; 1: 66 [In Russ].

2. Kalashnikova L.A. Dissection of arteries, blood supplying the brain, and disorders of cerebral circulation. *Ann. clin. and exper. neurology.* 2007; 1 (1): 41-49 [In Russ].

3. Schievink W.I. Spontaneous dissection of the carotid and vertebral arteries. *N. Engl. J. Med.* 2001; 344: 898–906. doi.org/10.1056/NEJM200103223441206.

4. Fullerton HJ, Johnston SC, Smith WS. Arterial dissection and stroke in children. *Neurology*, 2001; 57: 1155–1160.

5. Kalashnikova L.A., Dobrynina L.A., Chechetkin A.O., Dreval M.V., Krotenkova M.V., Zakharkina M.V. Disorders of cerebral circulation in the dissection of the internal carotid and vertebral arteries. Algorithm of diagnostics. *Nerve. disease.* 2016; 2: 10-15 [In Russ].

6. Kieslich M., Fiedler A., Heller C. et al. Minor head

injury as cause and co-factor in the aetiology of stroke in childhood: a report of eight cases. *J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry* 2002; 73: 13-6.

7. Seerig M.M., Chueiri L., Jacques J. et al. Bilateral Peritonsillar Abscess in an Infant: An Unusual Presentation of Sore Throat. *Case Rep Otolaryngol.* 2017; 2017: 467015. doi.org/10.1155/2017/4670152.

8. Mazur E, Czerwińska E, Korona-Główniak I, Grochowalska A, Koziół-Montewka M. Epidemiology, clinical history and microbiology of peritonsillar abscess. *Eur J Clin Microbiol Infect Dis.* 2015 Mar; 34(3):549-54. doi.org/10.1007/s10096-014-2260-2.