

УДК 616.34-007.24+616.342-089
DOI: 10.56871/UTJ.2025.52.58.013

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ УСПЕШНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТКИ С СИНДРОМОМ ВЕРХНЕЙ БРЫЖЕЕЧНОЙ АРТЕРИИ

© Сергей Юрьевич Пузанов¹, Антон Викторович Кошечев^{1, 2},
Сергей Алексеевич Подъезжих², Кямаля Низамитдиновна Наджафова^{1, 3},
Максим Сергеевич Огай³, Рамин Рафигович Наджафов⁴

¹ Елизаветинская больница. 195257, г. Санкт-Петербург, ул. Вавиловых, д. 14, лит. А, Российская Федерация

² Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И. Мечникова. 191015, г. Санкт-Петербург, ул. Кирочная, д. 41, Российская Федерация

³ Национальный медицинский исследовательский центр имени В.А. Алмазова. 197341, г. Санкт-Петербург, ул. Аккуратова, д. 2, Российская Федерация

⁴ Ленинградская областная клиническая больница. 191014, г. Санкт-Петербург, Литейный пр., д. 37–39, Российская Федерация

Контактная информация: Кямаля Низамитдиновна Наджафова — к.м.н., доцент кафедры пропедевтики внутренних болезней. E-mail: kyamalyok@yandex.ru <https://orcid.org/0000-0002-8419-0272> SPIN: 4547-2436

Для цитирования: Пузанов С.Ю., Кошечев А.В., Подъезжих С.А., Наджафова К.Н., Огай М.С., Наджафов Р.Р. Клинический случай успешного лечения пациентки с синдромом верхней брыжеечной артерии. University Therapeutic Journal. 2025;7(3):117–122. <https://doi.org/10.56871/UTJ.2025.52.58.013>

Поступила: 28.04.2025

Одобрена: 16.05.2025

Принята к печати: 28.07.2025

РЕЗЮМЕ. Синдром верхней брыжеечной артерии (СВБА, синдром Уилки) является редкой, но потенциально жизнеугрожающей причиной обструкции двенадцатиперстной кишки, развивающейся вследствие уменьшения аорто-мезентериального угла и компрессии кишки между аортой и верхней брыжеечной артерией. Заболевание характеризуется неспецифической клинической симптоматикой, что зачастую приводит к диагностическим ошибкам и позднему началу лечения. В представленной работе описан клинический случай 37-летней больной с тяжелым течением СВБА, длительно наблюдавшейся по поводу гастроэнтерологической патологии. Диагноз был установлен при помощи КТ-ангиографии. После этапа нутритивной поддержки и коррекции метаболических нарушений пациентке была выполнена операция Стронга с резекцией желудка и реконструкцией по Ру. Хирургическое лечение позволило добиться стойкой клинικο-метаболической ремиссии и восстановления нутритивного статуса. Случай подчеркивает необходимость ранней диагностики редких причин дуоденального стаза у пациентов с упорной потерей веса и постпрандиальной рвотой.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: синдром Уилки, синдром верхней брыжеечной артерии, дуоденостаз, операция Стронга

CLINICAL CASE OF SUCCESSFUL TREATMENT OF A PATIENT WITH SUPERIOR MESENTERIC ARTERY SYNDROME

© Sergey Yu. Puzanov¹, Anton V. Koshcheev^{1, 2}, Sergey A. Podyezzhikh²,
Kyamalya N. Nadzhafova^{1, 3}, Maxim S. Ogay³, Ramin R. Nadzhafov⁴

¹ Elizavetinskaya Hospital. 14, lit. A Vavilovskiy str., Saint Petersburg 195257 Russian Federation

² North-Western State Medical University named after I.I. Mechnikov. 41 Kirochnaya str., Saint Petersburg 191015 Russian Federation

³ Almazov National Medical Research Centre. 2 Akkuratov str., Saint Petersburg 197341 Russian Federation

⁴ Leningrad Regional Clinical Hospital. 37–39 Liteyny ave., Saint Petersburg 191014 Russian Federation

Contact information: Kyamalya N. Nadzhafova — Candidate of Medical Sciences, Associate Professor of the Department of Propaedeutics of Internal Diseases. E-mail: kyamalyok@yandex.ru <https://orcid.org/0000-0002-8419-0272>
SPIN: 4547-2436

For citation: Puzanov SYu, Koshcheev AV, Podyezzhyh SA, Nadzhafova KN, Ogay MS, Nadzhafov RR. Clinical case of successful treatment of a patient with superior mesenteric artery syndrome. University Therapeutic Journal. 2025;7(3): 117–122. <https://doi.org/10.56871/UTJ.2025.52.58.013>

Received: 28.04.2025

Revised: 16.05.2025

Accepted: 28.07.2025

ABSTRACT. Superior mesenteric artery syndrome (SMAS, Wilkie's syndrome) is a rare, but potentially life-threatening cause of duodenal obstruction that results from a narrowing of the aortomesenteric angle and compression of the third portion of the duodenum between the aorta and the superior mesenteric artery. The condition is characterized by non-specific clinical symptoms, which often lead to misdiagnosis and delayed treatment. This article presents a case of a 37-year-old woman with a severe course of SMAS who had been under long-term observation for suspected gastrointestinal pathology. The diagnosis was confirmed via CT angiography. Following a phase of nutritional and metabolic correction, the patient underwent Strong's procedure with subtotal gastrectomy and Roux-en-Y reconstruction. Surgical treatment led to a sustained clinical and metabolic remission and recovery of the patient's nutritional status. This case highlights the importance of early diagnosis of rare causes of duodenal stasis in patients with persistent weight loss and postprandial vomiting.

KEYWORDS: Wilkie's syndrome, superior mesenteric artery syndrome, duodenal obstruction, Strong's procedure

ВВЕДЕНИЕ

Синдром верхней брыжеечной артерии (СВБА) (англ. Superior mesenteric artery syndrome, SMAS), или синдром Уилки (Wilkie's syndrome), является редкой причиной непроходимости проксимального отдела тонкой кишки, представляющей собой сдавление третьей части двенадцатиперстной кишки между аортой и верхней брыжеечной артерией [1]. Данный синдром впервые был описан Карлом фон Рокитанским в 1861 г., немного позднее Иоганном Кундратом в 1891 г. и Самьюэлом Робинсоном в 1900 г. [2]. Наиболее точно для современников это состояние было изучено Дэвидом Уилки, который подробно описал патологоанатомические и диагностические находки на примере 75 клинических случаев в 1927 г. [3, 4], что и определило название этому заболеванию.

СИНДРОМ УИЛКИ В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

СВБА является редкой патологией, его частота в популяции колеблется от 0,005 до 0,3% [5]. Согласно анализу данных, на 2022 год было написано более 730 статей с приблизительно 2400 случаями, средний возраст больных в которых составил 23 года (однако стоит отметить, что синдром Уилки регистрировался в любом возрасте, от рождения до 93 лет) [6].

В большинстве своем СВБА является приобретенным состоянием. Среди больных преобладают женщины (в соотношении к мужчинам 3:2 соответственно), которые по тем или иным причинам теряют вес в течение быстрого периода времени. К таким причинам традиционно относят злокачественные новообразования, туберкулез, расстройства пищевого поведения, анорексию, синдром мальабсорбции различного генеза, гиперметаболизм (ожоги, наркотические вещества [7], гипертиреоз [8]) или резекцию желудка [9]. Все это приводит к потере периваскулярного брыжеечного жира, который, в свою очередь, поддерживает широкий аорто-брыжеечный угол. В норме угол составляет от 38 до 65 градусов и имеет расстояние от 10 до 33 мм [10]. Снижение количества жира уменьшает угол между сосудами, двенадцатиперстной кишкой и, иногда, левой почечной веной, что вызывает у пациентов соответствующую симптоматику. Длительное пребывание в лежачем положении, особенно при тяжелых травмах и ожогах, также увеличивает риск сдавления двенадцатиперстной кишки. К более редким причинам относят хирургическое лечение сколиоза и удлинение вследствие этого позвоночника, а также операции на кишечнике, включая подвздошно-резервуаро-анальную реконструкцию и колэктомию, что приводит к растяжению брыжейки [6]. Врожденная форма СВБА встреча-

ется редко, однако ее легче диагностировать, поскольку симптомы у таких пациентов развиваются с раннего детства [11].

Пациенты с легкой непроходимостью могут испытывать боль в эпигастриальной области, изжогу и чувство раннего насыщения, в то время как пациенты со значительной непроходимостью обычно предъявляют жалобы на рвоту (в том числе периодическую рвоту желчью) и потерю веса [12]. В литературе приводятся случаи ошибочной диагностики синдрома Уилки у больных с расстройствами пищевого поведения, гастроэнтеритом, рефлюкс-эзофагитом, функциональной диспепсией, синдромом циклической рвоты, панкреатитом, обструкцией привратника, целиакией, болезнью Крона, дивертикулярной болезнью, инородными телами и другими состояниями [6]. Таким образом, симптомы заболевания не являются специфичными и могут скрываться под маской других заболеваний, что приводит к сложностям в диагностике.

Заподозрить синдром Уилки позволяют следующие характерные признаки: боль в верхних отделах живота, усиливающаяся после приема пищи и стихающая примерно через два часа, постепенное снижение массы тела, диспептические нарушения, такие как тошнота, рвота, чувство тяжести в животе.

Для подтверждения диагноза применяются различные инструментальные исследования: рентгенография с использованием контрастного вещества помогает визуализировать задержку эвакуации содержимого желудка и патологическое расширение двенадцатиперстной кишки; эндоскопия желудочно-кишечного тракта (ЭГДС) выявляет расширение желудка и двенадцатиперстной кишки; ультразвуковое дуплексное сканирование сосудов брюшной полости проводится для оценки состояния брюшного отдела аорты, чревного ствола, верхней брыжеечной артерии; КТ-ангиография (КТА) непарных висцеральных ветвей брюшной аорты является наиболее информативным методом диагностики синдрома Уилки — она позволяет выявить острый угол отхождения верхней брыжеечной артерии от аорты, расстояние между сдавливающими сосудами, расширение желудка и двенадцатиперстной кишки.

Выбор метода лечения зависит от стадии заболевания и выраженности клинической картины. Консервативное лечение возможно в стадии компенсации и субкомпенсации и направлено на купирование симптомов. В ка-

честве симптоматического лечения используют различные лекарственные препараты: гастропротекторы — они защищают и восстанавливают слизистую оболочку желудка, обволакивающие препараты используются непосредственно перед приемом пищи, прокинетики назначаются при тошноте во время еды или гастроэзофагеальном рефлюксе — они положительно влияют на моторику желудка, спазмолитики — их влияние на гладкую мускулатуру снижает болевой синдром, нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП) также используются для обезболивания.

Важный момент консервативного лечения — щадящая диета, исключение из рациона острой, жирной и жареной пищи, а также, для снижения нагрузки на желудок, питание должно осуществляться дробно, небольшими порциями.

Оперативное лечение показано пациентам в стадии декомпенсации заболевания. Основным принцип хирургического лечения — сформировать обходной путь для пищи. Это можно сделать посредством операции обходной дуоденоэюностомии (операция Альбрехта–Стейвли) или резекции желудка в модификации Ру. Также выполняется операция Стронга, которая заключается в рассечении связки Трейтца.

При эффективном консервативном лечении прогноз у таких пациентов благоприятный. Но если заболевание переходит в стадию декомпенсации, симптомы прогрессируют, а консервативное лечение не приносит облегчения, устранить причину можно только с помощью операции. Таким образом, правильный диагноз и выбор оптимального подхода к лечению являются ключевыми факторами успешного исхода терапии пациентов с синдромом Уилки.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Пациентка С., 37 лет, обратилась в СПб ГБУЗ «Елизаветинская больница» с жалобами на прогрессирующую потерю массы тела, выраженную слабость, головокружение, тошноту, рвоту с желчью и остатками пищи после еды, отрыжку кислым. Приступы сопровождались постпрандиальной болью в эпигастрии и могли приводить к потере сознания. Боли усиливались после любого приема пищи, не купировались анальгетиками. Частичное облегчение наступало после рвоты или в положении лежа на животе либо на левом боку при голодании не менее 6 часов.

Из анамнеза известно, что заболевание манифестировало после перенесенной COVID-19-инфекции, когда у больной начали возникать эпизоды внезапных рвотных приступов. В течение трех лет пациентка неоднократно обращалась к гастроэнтерологам, хирургам, онкологам и гинекологам. Диагнозы варьировали от гастродуоденита до подозрения на опухолевое поражение органов брюшной полости или малого таза. Назначенное лечение не давало положительного клинического эффекта. Масса тела уменьшилась с 67 до 36 кг. Семейный анамнез по патологии желудочно-кишечного тракта не отягощен. При осмотре состояние средней степени тяжести, больная была кахексична (рост 165 см, масса 37 кг, индекс массы тела — 13,7 кг/м²). Живот мягкий, запавший в нижних отделах, умеренно болезненный в мезогастрии.

В биохимическом анализе крови отмечались электролитные нарушения (натрий 125 ммоль/л, калий 3,0 ммоль/л), в остальном лабораторные показатели без особенностей. По данным рентгеноскопии пищевода и желудка: в горизонтальном положении отмечается заброс контрастного вещества из желудка в пищевод (гастроэзофагеальный рефлюкс). Желудок атоничен, деформирован (гипотония желудка). Двенадцатиперстная кишка контрастируется, отмечаются маятни-

кообразные движения (признаки дискинезии двенадцатиперстной кишки) (рис. 1).

Компьютерная томография (КТ) органов брюшной полости — просвет нисходящей ветви двенадцатиперстной кишки резко расширен до 29 мм, жидкость на отсроченном сканировании в тощую кишку эвакуируется замедленно — признаки дуоденостаза. По результатам КТ-ангиографии брюшного отдела аорты: расстояние между аортой и верхней брыжеечной артерией до 4 мм, угол отхождения верхней брыжеечной артерии (ВБА) от вентральной поверхности аорты составляет 15°. Нижняя горизонтальная ветвь двенадцатиперстной кишки деформирована. КТ-картина аортомезентериальной компрессии двенадцатиперстной кишки (рис. 2).

Учитывая клиническую картину и клинико-лабораторные данные, был установлен следующий диагноз: «Хроническое нарушение дуоденальной проходимости: синдром верхней брыжеечной артерии (синдром Уилки), стадия декомпенсации».

После интенсивного курса предоперационной подготовки, включавшего в себя энтеральное питание через назогастральный зонд, заведенный за связку Трейтца, внутривенное парентеральное питание, коррекцию водно-электролитных и белковых расстройств, пациентке выполнено оперативное вмешательство:



Рис. 1. Рентгеноскопия желудка и пищевода в прямой и боковой проекции у пациентки С.

Fig. 1. Fluoroscopy of the stomach and esophagus in frontal and lateral projections in a patient S.



Рис. 2. КТ-ангиография брюшного отдела аорты у пациентки С. Красная стрелка — верхняя брыжеечная артерия; синяя стрелка — аорта; черная стрелка — нижняя полая вена

Fig. 2. CT angiography of the abdominal aorta in a patient S. Red arrow — superior mesenteric artery; blue arrow — aorta; black arrow — inferior vena cava

верхне-срединная лапаротомия, рассечение связки Трейтца (операция Стронга), резекция 2/3 желудка с анастомозом по Ру. Послеоперационный период протекал гладко, без осложнений. На 2-е сутки пациентка начала питаться жидкой пищей. Постепенно рацион питания расширился, пациентка активизировалась. На 7-е сутки после операции сняты швы, на 8-е сутки пациентка выписана на амбулаторное лечение.

Через 2 недели пациентка отметила прекращение диспепсических проявлений, улучшение аппетита, прибавку массы тела на 4 кг. Основываясь на достигнутом прогрессе в течение первых двух недель после оперативного лечения, был продолжен курс консервативной спазмолитической, прокинетики терапии в амбулаторных условиях. Через 1 месяц на контрольном осмотре прибавка в весе составила 7 кг, пациентка отмечала улучшение общего состояния, отсутствие утомляемости, нормализацию пищеварения. При контрольной рентгенографии признаков дуоденостаза не выявлено.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Синдром Уилки остается диагностическим вызовом ввиду своей неспецифичной симптоматики, сходной с гастроэнтерологическими и онкологическими заболеваниями. Как показано в описанном случае, длительный диагностический поиск может приводить к декомпенсации заболевания и стойкому снижению качества жизни.

Ключевым моментом в подтверждении диагноза является проведение КТ-ангиографии, позволяющей оценить степень сдавления двенадцатиперстной кишки между аортой и ВБА. Тактика лечения зависит от степени выраженности симптомов и степени компрессии. Консервативная терапия может быть эффективной при легкой форме заболевания, однако при декомпенсированной форме, как в описанном выше случае, необходима хирургическая коррекция. Операция Стронга с резекцией желудка и реконструкцией по Ру продемонстрировала высокую эффективность, позволив достичь устойчивой ремиссии симптомов и последующего восстановления нутритивного статуса пациентки. Только правильно поставленный диагноз позволил выбрать эффективную лечебную тактику ведения больной. Информирование врачей терапевтического и хирургического профиля о данной патологии поможет повысить число успешно пролеченных пациентов с синдромом Уилки.

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ

Вклад авторов. Все авторы внесли существенный вклад в разработку концепции, проведение исследования и подготовку статьи, прочли и одобрили финальную версию перед публикацией.

Конфликт интересов. Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

Источник финансирования. Авторы заявляют об отсутствии внешнего финансирования при проведении исследования.

Информированное согласие на публикацию. Авторы получили письменное согласие пациента на публикацию медицинских данных.

ADDITIONAL INFORMATION

Author contribution. Thereby, all authors made a substantial contribution to the conception of the study, acquisition, analysis, interpretation of data for the work, drafting and revising the article, final approval of the version to be published and agree to be accountable for all aspects of the study.

Competing interests. The authors declare that they have no competing interests.

Funding source. This study was not supported by any external sources of funding.

Consent for publication. Written consent was obtained from the patient for publication of relevant medical information within the manuscript.

ЛИТЕРАТУРА / REFERENCES

1. Apostu R.C., Chira L., Colcear D., Lebovici A., Nagy G., Scurtu R.R., Drasovean R. Wilkie's syndrome as a cause of anxiety-depressive disorder: A case report and review of literature. *World J Clin Cases*. 2022;10(5):1654–1666.
2. Lundell L., Thulin A. Wilkie's syndrome — a rarity? *British Journal of Surgery*. 1980;67(8):604–606.
3. WILKIE D. P. D.: Chronic duodenal ileus. *Br. J. Surg*. 1921;9:204–14.
4. WILKIE D. P. D.: Chronic duodenal ileus. *Am. J. Med. Sci*. 1927;173:643–9.
5. Van Horne N., Jackson J.P. Superior mesenteric artery syndrome. In: *StatPearls*. Treasure Island: StatPearls Publishing; 2021.
6. Oka A., Awoniyi M., Hasegawa N., Yoshida Y., Tobita H., Ishimura N., Ishihara S. Superior mesenteric artery syndrome: Diagnosis and management. *World J Clin Cases*. 2023;11(15):3369–3384.
7. Johnson B.M., Paladugu G. Superior Mesenteric Artery Syndrome Secondary to Anorexia Nervosa and Methamphetamine Use. *Cureus*. 2019;11(11):e6121.
8. Cervantes Perez E., Martínez-Soto Holguin M.C., Díaz Juárez J.P., Reyes Ramirez ALDC. Síndrome de Wilkie secundario a hipertiroidismo exógeno en una paciente con hipotiroidismo primario autoinmune: reporte de un caso y revisión de la literatura [Wilkie's syndrome caused by exogenous hyperthyroidism in a patient with primary autoimmune hypothyroidism: a case report and literature review]. *Rev Gastroenterol Peru*. 2020;40(3):274–277.
9. Farina R., Foti P.V., Cocuzza G., Costanzo V., Costanzo G., Conti A., Torcitto A., Pennisi M. Wilkie's syndrome. *J. Ultrasound*. 2017;20:339–342.
10. Unal B., Aktaş A., Kemal G., Bilgili Y., Güliter S., Daphan C., Aydinuraz K. Superior mesenteric artery syndrome: CT and ultrasonography findings. *Diagn Interv Radiol*. 2005;11:90–95.
11. Ren P.L.J., Gupta A. Adolescent with Superior Mesenteric Artery Syndrome. *J. Radiol. Case Rep*. 2020;14:14–23.
12. Ciortescu I., Nemteanu R., Hincu C., Gheorghe L., Plesa A. An Underrated Diagnosis of Superior Mesenteric Artery Syndrome: A Case Report. *Diagnostics (Basel)*. 2022;12(9):2159.