

Arteria Lusoria – редкая причина пареза гортани

П.В. Васильев, А.Л. Юдин

Кафедра лучевой диагностики и лучевой терапии с курсом лучевой диагностики ФУВ
Онкологический клинический диспансер №1 ДЗ г. Москвы

Парез гортани – частая находка у больных с дисфонией. Механизмы развития пареза гортани различны: опухолевое поражение гортани или окружающих органов, длительно существующий ларингит, острое нарушение мозгового кровообращения и его последствия, другие церебральные расстройства. Частой причиной является вовлечение одного из возвратных гортанных нервов в воспалительный процесс, сдавление его опухолью или увеличенными лимфатическими узлами извне. Наше клиническое наблюдение демонстрирует значительно более редкую, но возможную причину пареза гортани.

Больная К., 67 лет, обратилась к оториноларингологу по месту жительства с жалобами на охриплость голоса. ЛОР-анамнез не отягощен,

не курит и никогда не курила, алкоголь не употребляет. При непрямой ларингоскопии определялась неподвижность левой половины гортани. Левая голосовая складка – в состоянии приведения. Для исключения опухолевого генеза изменений в гортани или опухолевого процесса иной локализации, приведшего к развитию пареза, больная направлена на дополнительное обследование к ЛОР-онкологу. При осмотре у ЛОР-онколога картина прежняя: парез левой половины гортани. Назначена фиброларингоскопия (ФЛС). При ФЛС картина пареза левой половины гортани; левая голосовая складка в состоянии полного приведения. Слизистая гортани и гортаноглотки обычного цвета. Данных за опухолевое поражение гортани при ФЛС не получено. Так как нередкой причиной развития пареза гортани является центральный рак легкого с метастатическим поражением субаортальных, парааортальных, паратрахеальных лимфатических узлов или периферический рак легкого с медиастинальным компонентом роста, больная направлена на рентгенологическое обследование органов грудной клетки. При просвечивании и на обзорных снимках, выполненных в прямой и левой боковой проекциях, патологические изменения не определялись.

Для исключения опухолевого поражения пищевода была назначена рентгеноскопия и рентгенография с бариевой взвесью. При рентгенологическом исследовании патологические изменения также не определялись: пищевод проходим, не отеснен, не сдавлен извне, складки слизистой оболочки хорошо прослеживаются на всем протяжении (рис. 1).

Таким образом, на первом этапе диагностического поиска, включившем сбор анамнестических данных, клинический осмотр, эндоскопию и традиционное лучевое обследование, установить причину развития пареза левой половины гортани не представилось возможным.



Рис. 1.



Рис. 2.



Рис. 3.

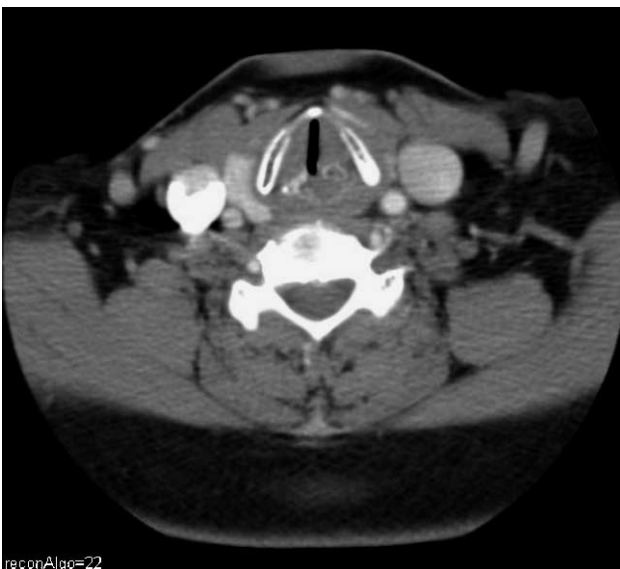


Рис. 4.



Рис. 5.

Принимая во внимание большую частоту опухолевого поражения гортани с преобладанием инфильтрирующего роста, полностью исключить диагноз рака, базируясь исключительно на традиционных методах обследования, не всегда представляется возможным. Поэтому была выполнена мультиспиральная рентгеновская компьютерная томография (МСКТ) гортани и гортаноглотки. Исследование проводили при фонации на аппарате NX/i AAA (General Electric) срезами толщиной 3 мм с шагом томографирования 3 мм. Большая последовательно выполняла на выдохе звуки “а”, “о” и “и”. Сканирование гортани осуществляли во время выполнения каждого голосового

упражнения в безостановочном режиме до и после внутривенного введения контрастного препарата (Ультравист–300 в объеме 100 мл). При МСКТ – картина пареза левой половины гортани. Левая голосовая складка во время выполнения каждого из голосовых упражнений не отклонялась от средней линии, что соответствовало парезу гортани. Данных за опухолевое поражение гортани, патологические изменения щитовидной железы, а также за увеличение лимфатических узлов шеи выявлено не было (рис. 2–7).

Таким образом, при всестороннем обследовании гортани причина пареза установлена не была. Поэтому была проведена МСКТ органов



Рис. 6.



Рис. 7.



Рис. 8.



Рис. 9.

грудной клетки срезами толщиной 5 мм с шагом томографирования 5 мм. При исследовании без внутривенного сосудистого усиления был выявлено аномальное отхождение и аномальный ход правой подключичной артерии, что стало окончательно ясно после повторного исследования с внутривенным введением контрастного препарата (Ультравист–300, 100 мл). Плечеголовной ствол самостоятельно не определялся, а правая подключичная и правая общая сонная артерии отходили непосредственно от дуги аорты. При этом правая подключичная артерия после отхождения от дуги

аорты располагалась в клетчатке заднего средостения за пищеводом, огибая его слева направо. Пищевод был оттеснен крупным сосудистым стволом кпереди. Левый возвратный гортанный нерв, отходящий от блуждающего нерва, огибающий дугу аорты сзади и располагающийся выше в пищеводнотрахеальной борозде, оказался сдавленным в результате оттеснения пищевода кпереди крупным сосудистым стволом (рис. 8–14). Манифестация порока развития в пожилом возрасте обусловлена атеросклеротическим поражением, дилатацией просвета сосуда, усилением давления на пи-



Рис. 10.

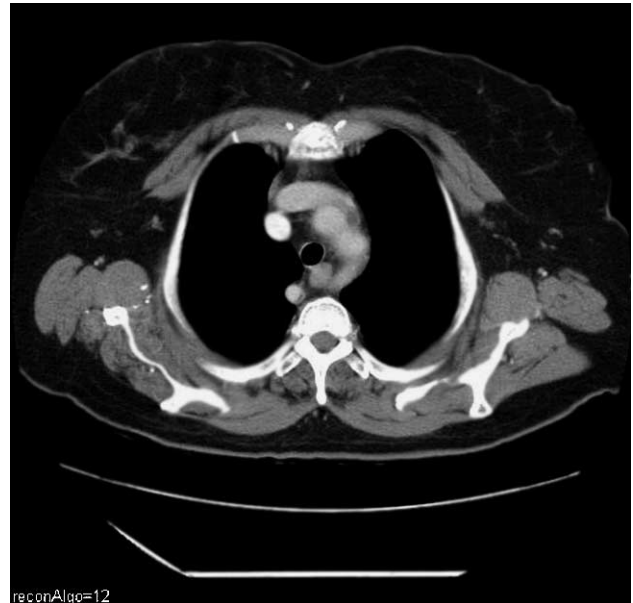


Рис. 11.

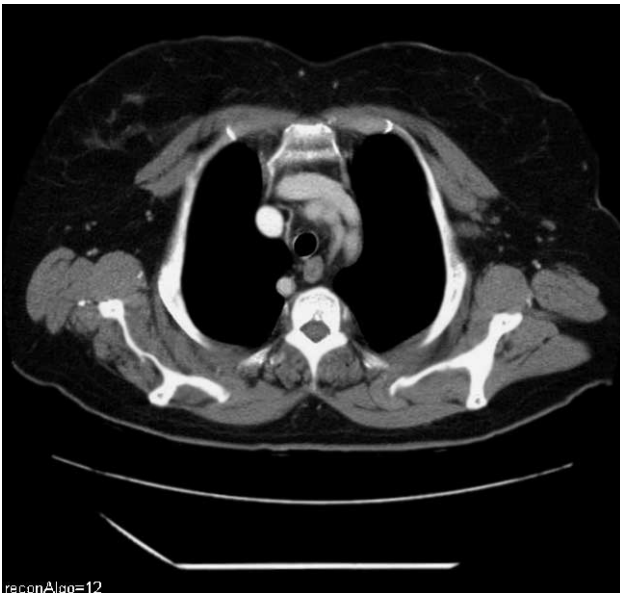


Рис. 12.



Рис. 13.

шевод с оттеснением его кпереди. Таким образом была диагностирована аномалия правой подключичной артерии — артерия Люзория, которая явилась причиной сдавления возвратного гортанного нерва, что привело к парезу гортани и дисфонии.

Артерия Люзория (*arteria Lusoria*) — аномалия развития дуги грудной аорты — по современным литературным данным, встречается приблизительно у 0,5% населения. Сама аномальная правая подключичная артерия диагностируется редко из-за частого отсутствия жалоб у таких людей. Значительно большее

значение из-за угрозы разрыва имеет диагностика аневризмы *arteria Lusoria*.

Латинский термин *arteria Lusoria* принадлежит David Bayford, который в 1974 г. так дословно описал аномальную правую подключичную артерию: “It may be called *lusoria*, from *Lusus Naturae* that gives rise to it”, что дословно в переводе с латинского означает “уродец от рождения”. David Bayford не только ввел в медицинскую терминологию понятие *arteria Lusoria*, но и подробно описал дисфагию — наиболее частый синдром, наблюдающийся у таких больных. Механизм развития дисфагии

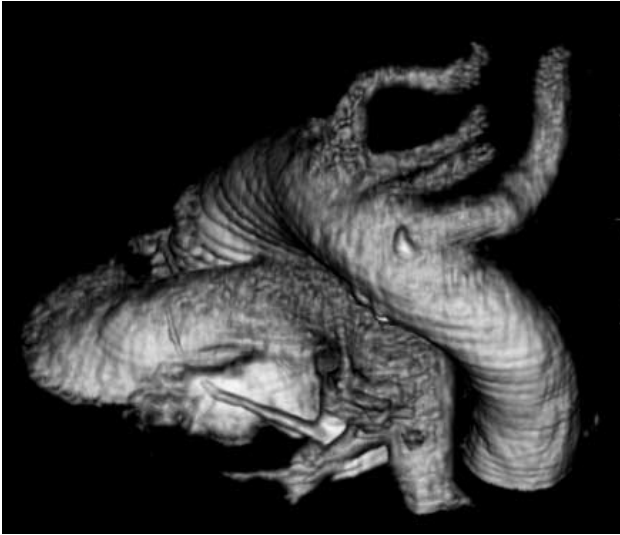


Рис. 14.

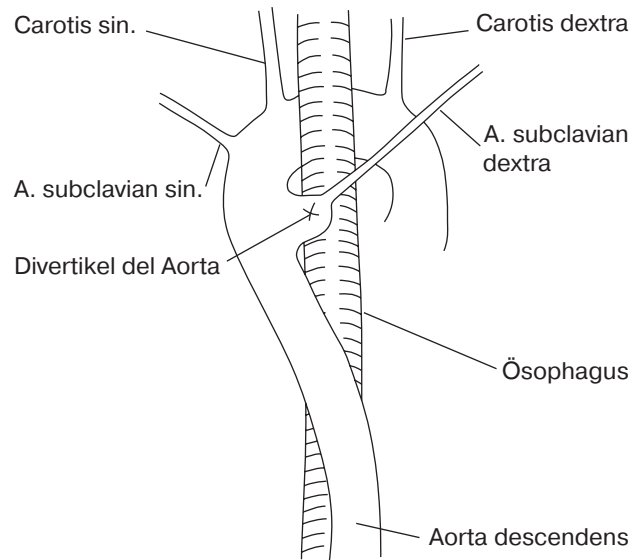


Рис. 15



Рис. 16.

у больных с аневризматическим расширением *arteria Lusoria* обусловлен оттеснением пищевода кпереди и сдавлением его извне. Из других жалоб и клинических синдромов, которые могут наблюдаться у больных с аневризмой артерии Люзория, следует указать боль в грудной клетке, затруднение дыхания, обусловленное сдавлением трахеи аневризмой. Из более редких симптомов и синдромов следует

указать на кривошею и увеличение в объеме шеи за счет крупной аневризмы, триаду Горнера, кашель, охриплость голоса, обусловленную парезом гортани.

В ряде случаев аномальная правая подключичная артерия отходит не от неизменной восходящей аорты, а является продолжением аневризмоподобно расширенной восходящей аорты (рис. 15). Впервые такая картина была описана и опубликована немецким радиологом Burckhard Friedrich Kommerell в 1936 г. (*Fortschr. Roentgenstr.*, 1936, Bd. 54, S. 590–505) и известна сегодня как Kommerell diverticulum (рис. 16).

Традиционные методы клинического и инструментального обследования часто позволяют выяснить причину развития пареза гортани. Однако отсутствие видимых изменений после традиционного рентгенологического, клинического и эндоскопического обследования должно быть показанием к спиральной или мультиспиральной рентгеновской компьютерной томографии. Современные методы обследования позволяют диагностировать или исключить опухолевый процесс на ранней стадии развития, выявить увеличение внутригрудных лимфатических узлов, сдавливающих один из возвратных гортанных нервов, а также, как в нашем наблюдении, диагностировать редкую сосудистую аномалию, вызвавшую сдавление возвратного гортанного нерва и развитие пареза левой половины гортани.