

ОРИГИНАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

© Коллектив авторов, 2016
УДК: 616-089.87; 616.136.42

**СЛУЧАЙ УСПЕШНОЙ ДИАГНОСТИКИ И ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ
АНЕВРИЗМЫ АТИПИЧНО ОТХОДЯЩЕЙ СЕЛЕЗЁНОЧНОЙ АРТЕРИИ**

Т.Г. Гульмурадов, У.М. Авгонов, О.Н. Садриев, Ф.С. Шоев

Республиканский научный центр сердечно-сосудистой хирургии
Министерства здравоохранения и социальной защиты населения
Республики Таджикистан,
ул. Санои, 33, 734003, г. Душанбе, Республика Таджикистан

В статье описывается случай успешной диагностики и хирургического лечения больной с аневризмой селезеночной артерии (АСА) атипично отходящей от брюшной аорты. Долгое время АСА протекало под маской хронического панкреатита. Из-за атипичного отхождения селезеночной артерии при компьютерной томографии ее аневризматическое расширение было оценено как аневризма чревного ствола. Решающую роль в топической диагностике аневризмы играла рентгеноконтрастная ангиография брюшной аорты и ее висцеральных ветвей. В связи с компенсированностью кровообращения селезенки авторы отдали предпочтение органосохраняющей операции с резекцией аневризмы. В ближайшем послеоперационном периоде признаки ишемии селезенки и другие осложнения не зарегистрированы.

Ключевые слова: *аневризма селезеночной артерии, диагностика, лечение.*

**CASE OF SUCCESSFUL DIAGNOSIS AND SURGICAL TREATMENT
OF ANEURYSMS WITH ATYPICAL ORIGIN SPLENIC ARTERY**

T.G. Gulmuradov, U.M. Avgonov, O.N. Sadriev, F.S. Shoev

Republican scientific center of cardiovascular surgery
the Ministry of health and protection Republic of Tajikistan,
Sanoi street, 33, 734003, Dushanbe city, Republic of Tajikistan

The article describes a case of successful diagnosis and surgical treatment of patients with aneurysm of the splenic artery (ASA) with atypical origin from the abdominal aorta. For a long time, ASA had symptoms like chronic pancreatitis. Due to the discharge of an atypical splenic artery computed tomography of its aneurysmal expansion was evaluated as an aneurysm of the celiac trunk. A decisive role in the topical diagnosis of aneurysm played angiography of the abdominal aorta and its visceral branches. The blood circulation of the spleen was compensated and authors preferred to preserve spleen with resection of the aneurysm. In the immediate postoperative period, signs of splenic ischemia and other complications are not logged in.

Keywords: *aneurysm of the splenic artery, diagnosis, treatment.*

Аневризма селезёночной артерии (АСА) продолжает занимать первое место среди всех аневризм висцеральных ветвей аорты, и третье место среди артериальных аневризм брюшной полости, уступая при этом аневризмам аорты и подвздошных артерий. Согласно данным ряда авторов частота её распространённости составляет 0,02-10,4% в общей популяции, и увеличивается до 40% среди женщин, перенесших 6 и более беременностей [1].

Чаще всего (74-87%) происходит аневризматическое расширение дистального сегмента селезёночной артерии, в 22% в средней трети и в остальных случаях – проксимального отдела артерии [2]. В основном аневризматическое расширение селезёночной артерии развивается в ограниченном сегменте (48-71%), редко отмечается её тотальное расширение [1, 2].

Возможными причинами развития АСА являются артериальная дегенерация, портальная гипертензия, спленомегалия, локальные воспалительные процессы, острый и хронический панкреатит, травма брюшной полости, а также гормональные изменения, возникшие при беременности, способствующие интрамуральному надрыву интимы и меди [1-3].

Из-за скудности клинических признаков часто АСА выявляются случайно, или же при развитии осложнений или же на аутопсии [3, 5].

По данным большинства исследователей малые размеры аневризмы протекают бессимптомно, а при достижении размеров 3 см и более появляется симптоматика характерная для воспалительной патологии поджелудочной железы [1-3].

АСА в 2-11% наблюдений сопровождается такими грозными осложнениями как разрыв и кровотечение в забрюшинную клетчатку, свободную брюшную полость, панкреатический проток или кисту поджелудочной железы, при котором летальность достигает 25-100% [1-4].

С внедрением в повседневную врачебную практику современных визуализирующих методов исследования (дуп-

лексное сканирование, ангиография, компьютерная и магнитно-резонансная томография) частота выявления АСА значительно возросла [4, 5]. Однако в литературе информация, касающаяся лечебно-диагностической тактики при аневризме атипично отходящей селезёночной артерии малочисленна. В связи с этим, а также редкостью заболевания, трудностью диагностики и оперативного лечения приводим следующий клинический случай успешного хирургического лечения больной с АСА атипично отходящей от брюшной аорты.

Клинический пример.

Больная Ш., 52 лет, поступила 29.01.2016 г. в лечебно-диагностический отдел РНЦССХ с жалобами на ноющие боли и тяжесть в эпигастральной области и трудности переваривания пищи.

Вышеуказанные жалобы беспокоят последние 6 месяцев, по поводу чего неоднократно обследовалась и получала лечение по поводу кисты поджелудочной железы, с временным эффектом.

Накануне перед обращением после погрешности в диете вновь был приступ болей в эпигастральной области, в связи с чем обратилась на консультацию и лечение.

При осмотре сознание ясное, на вопросы отвечает чётко. Состояние средней тяжести. АД 160/90 мм рт. ст., пульс 84 уд. в минуту. Язык чистый, влажный. Живот мягкий, несколько болезненный в эпигастральной области. На левом подреберье пальпируется пульсирующее образование примерными размерами 4,0x4,0 см.

На УЗИ выявлено кистозное образование в проекции хвоста поджелудочной железы размером 41x38 мм. Отмечается увеличение плотности ткани поджелудочной железы.

Проводилась КТ-ангиография брюшной аорты и её висцеральных ветвей, на которой при артериальной фазе контрастирования на уровне тела поджелудочной железы выявлена зона накопления контраста округлой формы, размерами 40x39 мм. Заключение: КТ-картина аневризмы чревного ствола. Жировой гепатоз (рис. 1).



Рис. 1. КТ-ангиография брюшной аорты и ее ветвей. Визуализируется зоны накопление контраста в области тела поджелудочной железы (указано стрелкой)

С целью получения максимальной информации о состоянии висцеральных ветвей аорты и решения о тактике лечения больной проведена брюшная аортография



Рис. 2. Ангиограмма брюшной аорты и её ветвей. Визуализируется атипичное отхождение селезёночной артерии от брюшной аорты с её анеризматическим расширением в среднем сегменте

Больной 02.02.2016 г. под интубационным наркозом произведена резекция аневризмы с лигированием проксимального и дистального сегментов селезёноч-

(рис. 2) и селективная артериоаневризмोगрафия (рис. 3), в результате чего было выявлена аневризма атипично отходящей селезёночной артерии.



Рис. 3. Селективная артериография селезёночной артерии. Визуализируется аневризма среднего и кинкинг дистального сегментов селезёночной артерии

ной артерии.

Ход операции: произведена верхне-срединная лапаротомия. Выпота в брюшной полости нет. При ревизии в области тела

поджелудочной железы определяется пульсирующее образование диаметром до 4,0 см. Селезёнка не увеличена. Печень обычной окраски. Других патологических изменений в брюшной полости не отмечается.

Поэтапно была выделена аневризма селезёночной артерии. Отмечалось плотное сращение между аневризмой и капсулой тела поджелудочной железы, которое тупым и

острым путями было рассечено. Селезёночная артерия была взята на турникет. Проводилась вскрытие аневризмы на протяжении 3,0 см. Полость аневризмы размером 4,0x4,0 см, заполнена кровью. В связи с компенсированностью кровообращения селезёнки проведено удаление аневризмы с лигированием проксимального и дистального сегментов селезёночной артерии (рис. 4 а, б).

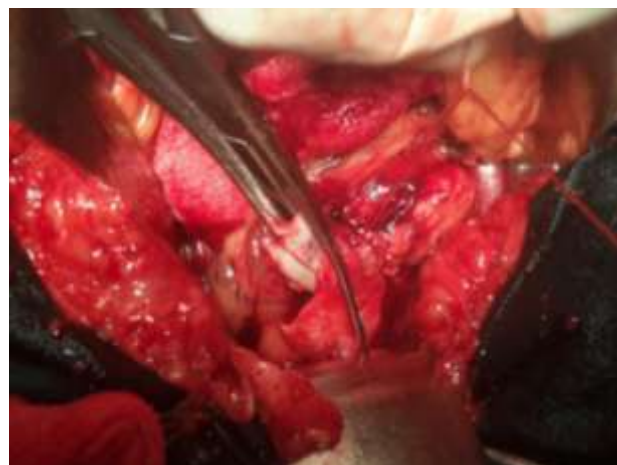


Рис. 4 а, б. Интраоперационное фото этапов мобилизации и резекции аневризмы селезёночной артерии

Сняты сосудистые зажимы, кровотечения нет. Кровообращение селезёнки компенсированное, её размеры и цвет не изменились. Кровопотеря во время операции составила 300 мл.

Послеоперационный период протекал без осложнений. В послеоперационном периоде больной проводилась терапия, направленная на профилактику развития послеоперационного панкреатита. Больная выписана в удовлетворительном состоянии на 11-е сутки после операции.

Обсуждение

Своевременная диагностика и выбор объёма оперативного лечения АСА продолжает оставаться дискуссионным. Бессимптомность АСА затрудняет своевременную прижизненную диагностику, а объём и скорость кровопотери при разрыве аневризмы даже в случае немедленно начатой операции могут привести к смерти больного [1, 3].

Несмотря на разработку и внедрение новых современных визуализирующих методов исследования, по-прежнему самым перспективным методом остаётся рентгеноконтрастная ангиография. Такое её преимущество как высокое пространственное разрешение позволяет максимально оценить изменения в артериях даже малого калибра, и способствовать выбору оптимального метода лечения.

Из-за высокого риска разрыва, кровотечения и тромбоза оперативное лечение АСА остаётся единственным способом выхода из ситуации [2, 6].

В настоящее время в лечении АСА чаще всего применяют такие эндоваскулярные методы лечения, как заполнение полости аневризмы эмболом, эмболизация селезёночной артерии и имплантация стент-графта в селезёночную артерию [1, 7, 8].

Однако при больших размерах и широкой шейке аневризмы, эффективность

этих операций низкая. При этом после эндоваскулярных операций патологический аневризматический процесс не прекращается, а у части пациентов может развиваться постэмболизационный синдром, инфаркт селезёнки и даже разрывы аневризмы [2, 3].

В связи с этим открытые операции, направленные на ликвидацию аневризмы с сохранением селезенки, не теряют свои преимущества над эндоваскулярными методами.

Наиболее часто при АСА выполняется спленэктомия с резекцией аневризмы, что является более травматичной операцией и сопровождается большим объёмом кровотечения, высокой частотой развития послеоперационных осложнений и летальностью [3].

Наиболее щадящей и малотравматичной операцией считается резекция аневризмы с лигированием проксимального и дистального сегментов селезеночной артерии

без спленэктомии осуществляющаяся, как из открытого доступа, так и с применением лапароскопических технологий [3, 9].

Однако при возникшей артериальной декомпенсации после таких операций, особенно при спленомегалии удалении селезёнки является предпочтительным [2, 3].

Заключение

Таким образом, аневризма селезеночной артерии является наиболее распространённой формой среди аневризм висцеральных ветвей аорты. «Золотым стандартом» диагностики аневризмы селезеночной артерии, в частности при атипичном отхождении селезеночной артерии является рентгенконтрастная ангиография. Органосохраняющая операция с резекцией аневризмы и лигированием проксимального и дистального сегментов селезеночной артерии является малотравматичным и перспективным методом лечения АСА.

Конфликт интересов отсутствует.

Литература

1. Agrawal GA, Johnson PT, Fishman EK. Splenic artery aneurysms and pseudoaneurysms: clinical distinctions and CT appearances // American Journal of Radiology. 2007. Vol. 188. P. 992-999.
2. Moura R, Sobreira ML, Jaldin RG, Bertanha M, de Oliveira Mariúba JV, Meccedo de Freitas CC. et al. Splenic artery saccular aneurism: endovascular approach or open surgery? // J. Vasc. Bras. 2013. Vol. 12, № 3. P. 230-233.
3. Шестопавлов С.С., Михайлова С.А., Тарасов А.Н., Ефремов А.П., Зинич Н.Ф., Сарсенбаев Б.Х. Ложная аневризма селезеночной артерии как осложнение острого и хронического панкреатита // Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. 2012. № 12. С. 14-18.
4. Лесняк В.Н., Кемеж Ю.В., Еремеичева А.Ю. КТ-диагностика аневризм висцеральных ветвей брюшной аорты // Russian Electronic Journal of Radiology. 2011. Т. 1, № 3. С. 69-74.
5. Кемеж Ю.В., Еремеичева А.Ю. Аневризмы висцеральных ветвей брюшной аорты как диагностические находки при проведении КТ-исследований брюшной полости // Клиническая практика. 2011. № 2. С. 65-70.
6. Casadei R, Antonacci N, Calculli L, Pezzili R, Zanini N, Ricci C. et al. Thrombosed splenic artery aneurysm simulating a pancreatic body mass: can two entities be distinguished preoperative thus avoiding diagnostic and therapeutic mistakes? // Journal of the Pancreas. 2007. Vol. 8, № 2. P. 235-239.
7. Вишнякова М.В., Лерман А.В., Сташук Г.А., Дубров С.Э., Ващенко А.В., Демидов И.Н. Диагностика и эндоваскулярное лечение псевдоаневризмы селезеночной артерии (клиническое наблюдение) // Диагностическая и интервенционная радиология. 2010. Т. 4, № 4. С. 97-100.
8. Karaman K, Onat L, Sirvanci M, Olga R. Endovascular stent graft treatment in pa-

tient with splenic artery aneurism // *Diagn. Interv. Radiol.* 2005. № 11. P. 119-121.

9. Kim Y, Johna S. Laparoscopic excision of splenic artery aneurysm // *Journal of the Society of Laparoscopic Surgeons.* 2013. Vol. 17. P. 132-134.

References

1. Agrawal GA, Johnson PT, Fishman EK. Splenic artery aneurysms and pseudoaneurysms: clinical distinctions and CT appearances. *American Journal of Radiology.* 2007; 188: 992-999.
2. Moura R, Sobreira ML, Jaldin RG, Bertanha M, de Oliveira Mariúba JV, Meccedo de Freitas CC et al. Splenic artery saccular aneurism: endovascular approach or open surgery? *J. Vasc. Bras.* 2013; 12 (3): 230-233.
3. Shestopavlov SS, Mihajlova SA, Tarasov AN, Efremov AP, Zinich NF, Sarsenbaev BH. Lozhnaja anevrizma selezenochnoj arterii kak oslozhnenie ostrogo i hronicheskogo pankreatita [Splenic artery pseudoaneurism as a rare complication of acute and chronic pancreatitis]. *Hirurgija. Zhurnal im. N.I. Pirogova [Khirurgiia (Mosk)].* 2012; 12: 14-18. (in Russian)
4. Lesnjak VN, Kemezh JuV, Ereimeicheva AJu. KT-diagnostika anevrizm visceral'nyh vetvej brjushnoj aorty [CT-diagnostics of visceral branches of abdominal aorta aneurisms]. *Russian Electronic Journal of Radiology.* 2011; 1 (3): 69-74. (in Russian)
5. Kemezh JuV, Ereimeicheva AJu. Anevrizmy visceral'nyh vetvej brjushnoj aorty kak diagnosticheskie nahodki pri provedenii KT-issledovanij brjushnoj polosti [Aneurisms of abdominal aorta visceral branches as diagnostic findings during abdominal CT]. *Klinicheskaja praktika [Clinical practice].* 2011; 2: 65-70. (in Russian)
6. Casadei R, Antonacci N, Calculli L, Pezzili R, Zanini N, Ricci C et al. Thrombosed splenic artery aneurysm simulating a pancreatic body mass: can two entities be distinguished preoperative thus avoiding diagnostic and therapeutic mistakes?. *Journal of the Pancreas.* 2007; 8 (2): 235-239.
7. Vishnjakova MV, Lerman AV, Stashuk GA, Dubrov SJe, Vashhenko AV, Demidov IN. Diagnostika i jendovaskuljarnoe lechenie psevdonevrizmy selezenochnoj arterii (klinicheskoe nabljudenie) [Diagnosis and endovascular treatment of pseudoaneurysm of the splenic artery (case report)]. *Diagnosticheskaja i intervencionnaja radiologija [Diagnostic and interventional radiology].* 2010; 4 (4): 97-100. (in Russian)
8. Karaman K, Onat L, Sirvanci M, Olga R. Endovascular stent graft treatment in patient with splenic artery aneurism. *Diagn. Interv. Radiol.* 2005; 11: 119-121.
9. Kim Y, Johna S. Laparoscopic excision of splenic artery aneurysm. *Journal of the Society of Laparoscopic Surgeons.* 2013; 17: 132-134.

Гульмурадов Т.Г. – член-корр. Академии наук Республики Таджикистан, д.м.н., проф., науч. руководитель Республиканского научного центра сердечно-сосудистой хирургии Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан.

Авгонов У.М. – к.м.н., зав. отделением хирургии сердца Республиканского научного центра сердечно-сосудистой хирургии Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан.

Садриев О.Н. – к.м.н., ведущий научный сотрудник Республиканского научного центра сердечно-сосудистой хирургии Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан.

E-mail. sadriev_o_n@mail.ru

Шоев Ф.С. – врач анестезиолог-реаниматолог Республиканского научного центра сердечно-сосудистой хирургии Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан.