

© Коллектив авторов, 2013
УДК 616.136.42-007.64-07-089

М. В. Мельников, М. А. Иванов, А. Ю. Апресян, В. А. Зелинский, Т. А. Новицкая,
В. В. Андреев, Н. С. Коплярова

КИСТОЗНЫЙ МЕДИАНЕКРОЗ КАК ПРИЧИНА АНЕВРИЗМЫ СЕЛЕЗЕНОЧНОЙ АРТЕРИИ

Кафедра общей хирургии (зав. — проф. Н. И. Глушков), Северо-Западный государственный медицинский университет им. И. И. Мечникова, Санкт-Петербург

Ключевые слова: кистозный медианекроз, аневризма, селезеночная артерия

Аневризмы селезеночной артерии (АСА) встречаются достаточно редко, всего в мировой литературе к настоящему времени описано около 2000 наблюдений [1]. Асимптомное течение, столь характерное для данной локализации аневризм, не позволяет определить их истинное количество. Известно, что в генезе большинства аневризм аорты и магистральных артерий ведущую роль играет прогрессирование дегенеративно-дистрофических изменений в стенке сосуда, обусловленных атеросклерозом. В отличие от этого этиология АСА более разнообразна. К наиболее частым причинам формирования АСА относят фибромускулярную дисплазию, портальную гипертензию со спленомегалией, сосудистые последствия хирургических вмешательств или многократных беременностей, воспалительные процессы в структурах, прилегающих к селезеночной артерии [3, 4]. По мнению А. В. Покровского и А. А. Шубина [2], атеросклероз является только четвертой по частоте причиной образования АСА, наличие кальцинатов в стенке аневризмы и отсутствие их в других сегментах селезеночной артерии свидетельствует о вторичном характере атеросклеротических изменений.

Истинные АСА в 4 раза чаще встречаются у женщин, а псевдоаневризмы — у мужчин. При этом псевдоаневризмы этиологически связаны с патологией поджелудочной железы или желудка [8]. Излюбленной локализацией АСА является ее

дистальный сегмент. Размеры АСА редко превышают 3 см [5], хотя достигают 10 см и более [7].

Клинические проявления АСА могут быть различными, однако в большинстве случаев она протекает асимптомно. Наиболее частой жалобой больных является боль в левом верхнем квадранте живота. Разрыв АСА сопровождается выраженной болью в эпигастрии и левом подреберье, напряжением мышц передней брюшной стенки, геморрагическим шоком. Летальность при разрывах АСА достигает 20–50% [5].

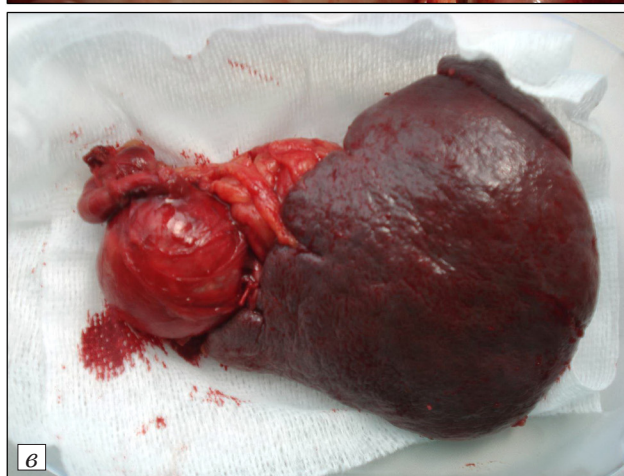
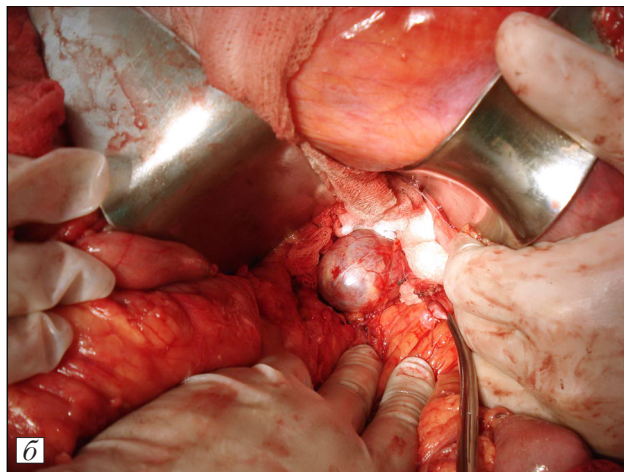
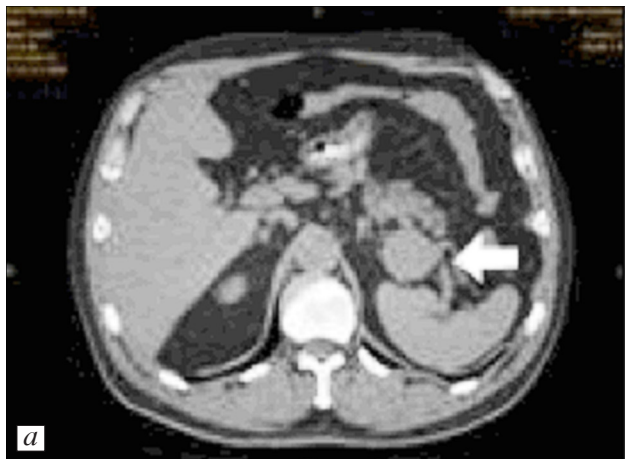
Первоначально АСА может быть выявлена при ультразвуковом исследовании (УЗИ) органов брюшной полости. Наиболее информативными методами диагностики АСА являются селективная ангиография, компьютерная томография (КТ), магнитно-резонансная томография, с их помощью можно получить данные о конкретных структурных изменениях и взаимоотношениях аневризмы с окружающими органами.

В современных условиях для лечения АСА все чаще используется рентгеноэндоваскулярная эмболизация селезеночной артерии или стентирование аневризмы [6]. При невозможности или неэффективности эндоваскулярных вмешательств (аневризмы больших размеров, извитая селезеночная артерия, поражение ее дистального сегмента, ложные или воспалительные аневризмы) применяются традиционные хирургические вмешательства — перевязка селезеночной артерии, аневризморафия, резекция аневризмы или резекция аневризмы со спленэктомией [9].

Представляем собственное наблюдение.

Сведения об авторах:

Мельников Михаил Викторович (e-mail: memivik@yandex.ru), Иванов Михаил Анатольевич (e-mail: iv30407302007@yandex.ru), Апресян Артур Юрьевич, Зелинский Владимир Александрович (e-mail: zelinsky2@rambler.ru), Новицкая Татьяна Александровна (e-mail: nta06761@rambler.ru), Андреев Владимир Владимирович (e-mail: andr.v@mail.ru), Коплярова Надежда Сергеевна (e-mail: nkoiliarova@yandex.ru), кафедра общей хирургии, Северо-Западный государственный медицинский университет им. И. И. Мечникова, 195067, Санкт-Петербург, Пискаревский пр., 17 пав.



Больной С., 56 лет, с кистозной аневризмой селезеночной артерии.

а — аневризма (стрелка) селезеночной артерии по результатам КТ; б — общий вид аневризмы во время операции; в — вид макропрепарата АСА и селезенки

Больной С., 56 лет, поступил в клинику общей хирургии СЗГМУ им. И. И. Мечникова 04.07.2010 г. в плановом порядке с диагнозом АСА. Аневризма протекала асимптомно и была выявлена при УЗИ брюшной полости. Дальнейшее подтверждение диагноза получено при КТ (рисунок, а), в ходе которой было установлено наличие аневризматического расширения селезеночной артерии в дистальном отделе диаметром до 40 мм. С учетом риска нарушения целостности аневризмы и невозможности эндоваскулярной коррекции вследствие извитости селезеночной артерии, а также дистальной локализации аневризмы крупных размеров определены показания для оперативного вмешательства.

Операция 07.07.2010 г. Доступом в левом подреберье вскрыты брюшная полость и сальниковая сумка. При ревизии обнаружена патологическая извитость селезеночной артерии с последующим переходом в аневризматическое расширение в воротах селезенки (рисунок, б). Диаметр аневризмы составлял 4 см. Медиальная поверхность аневризматического мешка была интимно спаяна с поджелудочной железой. Селезеночная артерия перевязана, а затем поэтапно осуществлено отделение аневризмы от поджелудочной железы. Выполнена спленэктомия с резекцией аневризмы.

Препарат (рисунок, в) — селезеночная артерия с участком аневризматического расширения диаметром 4 см, тесно прилежащим к селезенке, в полости аневризмы — тромботические массы. Микропрепарат: селезенка типичного строения, сосуд с воспалительной инфильтрацией в интима, имбицией кровью в меди, с очагами кистозных изменений

на всю толщу сосуда. Заключение: кистозный медианекроз селезеночной артерии. Данный вариант медианекроза характеризуется комплексом изменений эластических волокон с дистрофическими, некробиотическими и некротическими изменениями, такими как набухание, разволокнение, фрагментация, мультипликация, истончение, гиперэластоз, комкование и дисхромия.

В послеоперационном периоде отмечались проявления панкреатита, левосторонней пневмонии. Выписан в удовлетворительном состоянии на 27-е сутки после операции.

В заключение необходимо отметить, что АСА, особенно с учетом их асимптомного течения, могут встретиться хирургу в самых различных ситуациях. В неосложнённом случае могут быть использованы эндоваскулярные методики при отсутствии морфологических изменений, требующих резекционного подхода. Заслуживают внимания этиологические факторы развития АСА; в данном наблюдении была выявлена достаточно редкая патология — кистозный медианекроз селезеночной артерии.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Дагерти М. Д., Каллигаро К. Д. Аневризмы висцеральных артерий // Сосудистая хирургия по Хаймовичу: Руководство /

- Под ред. Э. Ашера. Т. 2. / Пер с англ. М.: Бином: Лаборатория, 2010. С. 236–246.
2. Покровский А. В., Шубин А. А. Аневризмы висцеральных артерий // Клиническая ангиология: Руководство / Под ред. А. В. Покровского. Т. 2. М.: Медицина, 2004. С. 117–128.
 3. Тарбаева Н. В., Коков Л. С. Диагностика и лечение аневризм висцеральных артерий // Ангиол. и сосуд. хир. 2006. № 3. С. 135–137.
 4. Abbas M. A., Stone W. M., Fowl R. J. Splenic artery aneurysms: two decades experience at Mayo clinic. *Ann. Vasc. Surg.* 2002. № 16. P. 442–449.
 5. Dave S. P., Reis E. D., Hossain A., Taub P. J. Splenic artery aneurysm in the 1990s // *Ann. Vasc. Surg.* 2000. № 14. P. 223–229.
 6. Osaka S., Maeda H., Umezawa H., Goshima M. Splenic artery aneurysm performed vascular reconstruction: a case report // *Ann. Thorac. Cardiovasc. Surg.* 2009. Vol. 15, № 6. P. 418–420.
 7. Soto-Ojeme D. O., Welch C. C. Review: Spontaneous rupture of splenic artery aneurysm in pregnancy // *Eur. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol.* 2003. Vol. 109. P. 124–127.
 8. Tessier D. J., Stone W. M., Fowl R. J. Clinical features and management of splenic artery pseudoaneurysm: case series and cumulative review of literature // *J. Vasc. Surg.* 2003. Vol. 38. P. 969–974.
 9. Udd M., Leppäniemi A. K., Bidel S., Haapiainen R. K. Treatment of bleeding pseudoaneurysms in patients with chronic pancreatitis // *World J. Surg.* 2007. Vol. 31. P. 504–510.

Поступила в редакцию 15.02.2013 г.