

© CC 0 Коллектив авторов, 2019
 УДК 616.37-006.2 -06:616.136.42-002:616.33
 DOI: 10. 24884/0042-4625-2019-178-5-110-112

РАЗРЫВ АНЕВРИЗМЫ СЕЛЕЗЕНОЧНОЙ АРТЕРИИ В ПСЕВДОКИСТЕ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ С ПРОРЫВОМ В ЖЕЛУДОК

К. П. Пашкин*, Е. В. Мотырова, И. А. Луньков, В. И. Матросов, Д. В. Мишин,
 А. С. Кузнецова, А. В. Клименко, Д. А. Булатов

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Московской области «Луховицкая центральная районная больница», Московская область, г. Луховицы, Россия

Поступила в редакцию 13.03.19 г.; принята к печати 09.10.19 г.

Представлен клинический случай массивного кровотечения вследствие разрыва аневризмы селезеночной артерии в псевдокисте поджелудочной железы с последующим прорывом в желудок.

Ключевые слова: псевдокиста, псевдоаневризма, кровотечение, панкреатит

Для цитирования: Пашкин К. П., Мотырова Е. В., Луньков И. А., Матросов В. И., Мишин Д. В., Кузнецова А. С., Клименко А. В., Булатов Д. А. Разрыв аневризмы селезеночной артерии в псевдокисте поджелудочной железы с прорывом в желудок. *Вестник хирургии имени И. И. Грекова*. 2019;178(5):110–112. DOI: 10. 24884/0042-4625-2019-178-5-110-112.

* **Автор для связи:** Корнели Петрович Пашкин, ГБУЗ МО «Луховицкая ЦРБ», 140500, Россия, Московская область, г. Луховицы, ул. Мира, д. 39/5. E-mail: otkcrb@mail.ru.

RUPTURE OF THE SPLENIC ARTERY ANEURYSM IN PANCREATIC PSEUDOCYST FOLLOWED BY BREAKTHROUGH INTO THE STOMACH

Korneli P. Pashkin*, Elena V. Motyrova, Ilya A. Lunkov, Vyacheslav I. Matrosov,
 Dmitriy V. Mishin, Anna S. Kuznetsova, Alexander V. Klimenko, Dmitriy A. Bulatov

Lukhovitsy Central District Hospital, Lukhovitsy, Russia

Received 13.03.19; accepted 09.10.19

The article presented the clinical case of massive bleeding due to a rupture of the splenic artery aneurysm in a pancreatic pseudocyst followed by breakthrough into the stomach.

Keywords: pseudocyst, pseudoaneurysm, bleeding, pancreatitis

For citation: Pashkin K. P., Motyrova E. V., Lunkov I. A., Matrosov V. I., Mishin D. V., Kuznetsova A. S., Klimenko A. V., Bulatov D. A. Rupture of the splenic artery aneurysm in pancreatic pseudocyst followed by breakthrough into the stomach. *Grekov's Bulletin of Surgery*. 2019;178(5):110–112. (In Russ.). DOI: 10.24884/0042-4625-2019-178-5-110-112.

* **Corresponding author:** Korneli P. Pashkin, Lukhovitsy Central District Hospital, 39/5 Mira street, Lukhovitsy, Russia, 140500. E-mail: otkcrb@mail.ru.

Введение. Псевдоаневризма селезеночной артерии (ПСА) является редким (от 1,2 до 7,5 %) [1], но очень опасным осложнением панкреатита. Причиной ее образования считается воздействие ферментов поджелудочной железы на селезеночную артерию [1–3]. Предрасполагающими факторами в генезе аневризм селезеночной артерии являются портальная гипертензия, спленомегалия, местные воспалительные процессы [1]. ПСА часто располагается в полости псевдокисты поджелудочной железы (41 %) [3]. Летальность при разрывах ПСА колеблется в очень высоких пределах – от 70 до 100 % [1, 4].

Наблюдался пациент 3., 1982 г. р. (36 лет), который самостоятельно обратился в приемное отделение ЦРБ через неделю с момента появления распирающих болей в надчревной области, интенсивность которых в динамике нарастала, ощущения общей слабости, многократной рвоты съеденной пищей. Ранее ежегодные госпитализации после обострений алкогольного панкреатита. Настоящее ухудшение – после погрешностей в диете и приема алкоголя. Состояние пациента при поступлении в стационар тяжелое. Кожные покровы и видимые слизистые бледные. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Частота дыхательных движений – 18 в мин. Тоны сердца приглушены, ритмичные, частота сердечных сокращений – 96 в мин, артериальное давление – 110/80 мм рт. ст. Язык суховат, обложен

белым налетом. Живот не вздут, при пальпации мягкий, умеренно болезненный в эпигастрии, где пальпируется округлое объемное образование до 10 см в диаметре, печень +3 см из-под края реберной дуги. Симптомов раздражения брюшины нет. Аускультативно выслушивается ровная кишечная перистальтика. Газы отходят. Стул не нарушен. Дизурических явлений нет. *Per rectum*: ампула прямой кишки пустая, патологические образования не пальпируются, на перчатке кал коричневой окраски. Примечательно, что, при отсутствии внешних признаков кровотечения, клинически и лабораторно определялась анемия тяжелой степени. В общем анализе крови: эритроциты – $2,6 \times 10^{12}/л$, гемоглобин – 60 г/л. В биохимическом анализе крови: общий белок – 92 г/л, креатинин – 212 мкмоль/л, мочевины – 30,3 ммоль/л, билирубин – 10,0 мкмоль/л, амилаза – 295 ед./л, глюкоза – 5,9 ммоль/л. Ультразвуковое исследование органов брюшной полости: в области тела и хвоста поджелудочной железы определяется жидкостное полостное образование 60 мм в диаметре, свободной жидкости в брюшной полости нет. Фиброгастродуоденоскопия: создается впечатление деформации извне задней стенки желудка, привратник из-за деформации обнаружить не удалось. Выраженная деформация желудка извне клинически проявлялась явлениями гастростаза.

Причину тяжелого состояния пациента и кровопотери окончательно удалось установить на 3-и сутки нахождения пациента в стационаре – на компьютерной томографии (КТ) органов брюшной полости с контрастным усилением обнаружен затек контрастного вещества из селезеночной артерии в полость псевдокисты поджелудочной железы (рис. 1; 2).

Планировалась эмболизация селезеночной артерии эндоваскулярными методами для остановки кровотечения, но на 4-е сутки, в связи резким ухудшением состояния, признаками профузного желудочного кровотечения (рвота сгустками крови, гипотония), пациент в экстренном порядке оперирован. Произведена срединная лапаротомия, левосторонний доступ к органам забрюшинного пространства по Mattox. Обнаружено прободение задней стенки желудка с прорывом крови из псевдокисты поджелудочной железы в полость желудка, а после удаления сгустков – профузное кровотечение из дефекта селезеночной артерии. Выявлены признаки портальной гипертензии (вены большого сальника и желудка расширены, селезенка увеличена до $20 \times 12 \times 8$ см). Произведено прошивание селезеночной артерии и наружное дренирование псевдокисты поджелудочной железы, ушивание перфорации задней стенки желудка, спленэктомия, санация и дренирование правого фланга брюшной полости. Интраоперационный диагноз: «Обострение хронического панкреатита, ложная киста области тела и хвоста поджелудочной железы. Разрыв псевдоаневризмы селезеночной артерии в псевдокисте поджелудочной железы с последующим прорывом в желудок и массивным кровотечением. Перфорация задней стенки желудка. Геморрагический шок 2 ст. Острая постгеморрагическая анемия тяжелой степени. Синдром портальной гипертензии, гепатоспленомегалия, расширение вен брюшной полости».

Течение послеоперационного периода осложнилось свищом субкардильного отдела желудка на 7-е сутки после операции и выпадением дренажа псевдокисты на 13-е сутки. На тот момент, взамен выпавшего дренажа, более удобной нам показалась установка по сформированному каналу катетера Фолея № 18, манжета раздута на 10 мл. Произведена фистулография: в свищевой ход введен тразограф, под контролем рентгенотелевидения затекания контрастного вещества в панкреатические протоки не обнаружено, катетер установлен в области псевдокисты (рис. 3).

Дополнительно контраст введен в дренажную трубку, по которой поступало желудочное отделяемое – контрастирован желудок (рис. 4), контраст эвакуируется в двенадцатиперстную

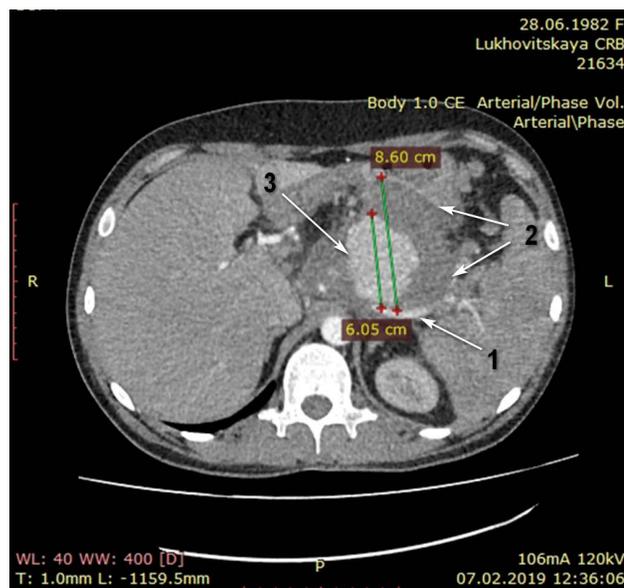


Рис. 1. Артериальная фаза КТ – в псевдокисте поджелудочной железы зона накопления контраста округлой формы, размером 60 мм (псевдоаневризма): 1 – селезеночная артерия; 2 – псевдокиста поджелудочной железы; 3 – псевдоаневризма селезеночной артерии
Fig. 1. Arterial phase CT showing a round contrast accumulation zone in the pancreatic pseudocyst, 60mm in size (pseudoaneurysm): 1 – splenic artery; 2 – pseudocyst of the pancreas; 3 – pseudoaneurysm of the splenic artery

кишку. Дренаж подтянут до выхода из желудка, что способствовало быстрому закрытию желудочного свища уже через 2 суток.

В прозрачном отделяемом по дренажу из области псевдокисты лабораторное исследование обнаружило панкреатические ферменты, уровень амилазы в разные дни варьировал от 53 777 до 125 654 ед./л. Объем отделяемого по дренажу сначала до 150–200 мл в сутки, впоследствии постепенно прогрессивно сокращался, пока полностью не прекратился на 27-е сутки.

Пациент с клинико-лабораторным улучшением выписан на амбулаторное наблюдение на 32-е сутки.

Вывод. У пациента имело место массивное кровотечение вследствие разрыва ПСА в псевдокисте поджелудочной железы с последующим прорывом в желудок.



Рис. 2. Артериальная фаза VRT-реконструкции – псевдоаневризма селезеночной артерии 60×44 мм: 1 – чревной ствол; 2 – селезеночная артерия; 3 – аневризма селезеночной артерии
Fig. 2. Arterial phase of VRT reconstruction – showing pseudoaneurysm of splenic artery 60×44 mm: 1 – celiac trunk; 2 – splenic artery; 3 – aneurysm of the splenic artery

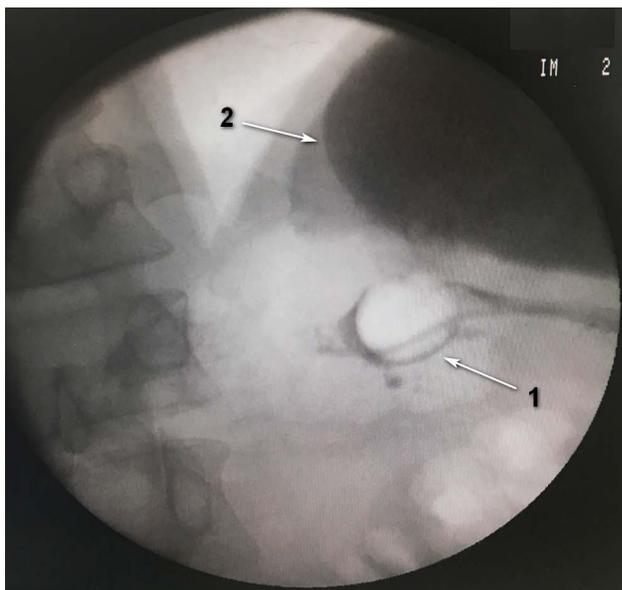


Рис. 3. Фистулография. Расположение дренажа в области псевдокисты поджелудочной железы. Виден раздутый баллон установленного дренажа-катетера (1), контрастированный ранее желудок (2). Затеков контраста в панкреатические протоки нет

Fig. 3. Fistulography. Drainage is located in the pseudocyst of the pancreas. The bloated balloon of the established drainage-catheter (1) is visible, the stomach contrasted earlier (2). There is no contrast in the pancreatic ducts

Конфликт интересов

Авторы заявили об отсутствии конфликта интересов.

Conflict of interest

The authors declare no conflict of interest.

Соответствие нормам этики

Авторы подтверждают, что соблюдены права людей, принимавших участие в исследовании, включая получение информированного согласия в тех случаях, когда оно необходимо, и правила обращения с животными в случаях их использования в работе. Подробная информация содержится в Правилах для авторов.

Compliance with ethical principles

The authors confirm that they respect the rights of the people participated in the study, including obtaining informed consent when it is necessary, and the rules of treatment of animals when they are used in the study. Author Guidelines contains the detailed information.

ЛИТЕРАТУРА

1. Шестопалов С. С., Михайлова С. А., Тарасов А. Н. и др. Ложная аневризма селезеночной артерии как осложнение острого и хронического панкреатита // Хирургия. Журн. им. Н. И. Пирогова. 2012. № 12. С. 14–18.

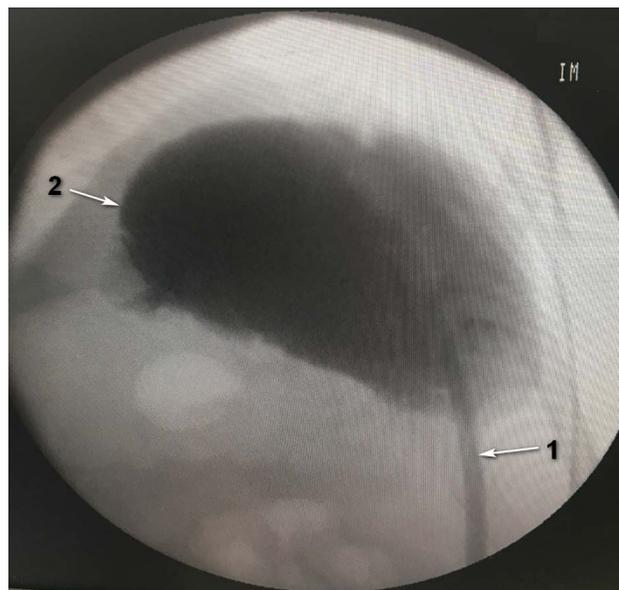


Рис. 4. Фистулография через дренаж (1) правого фланга брюшной полости. Контрастирован желудок (2). Дренаж предположительно в просвете желудка
Fig. 4. Fistulography through drainage (1) of the right flank of the abdominal cavity. Contrast in the stomach (2). Drainage is presumably in the stomach

2. Ierardi A. M., Petrillo M., Capasso R. et al. Urgent endovascular ligation of a ruptured splenic artery pseudoaneurysm in a patient with acute pancreatitis: a case report // J. Med. Case Rep. 2015. Vol. 9. P. 6.
3. Репин И. Г., Савостьянов К. А., Мизин С. П. и др. Ложная аневризма селезеночной артерии как причина желудочнокишечного кровотечения // Хирургия. Журн. им. Н. И. Пирогова. 2017. № 5. С. 87–90.
4. Splenic artery pseudoaneurysm rupture into a pancreatic pseudocyst with its subsequent perforation as the cause of a massive intra-abdominal bleeding – case report / J. Szpakowicz, P. Szpakowicz, A. Urbanik, L. Markuszewski // Pol. Przegl. Chir. 2016. Vol. 88, № 6. P. 350–355.

REFERENCES

1. Shestopalov S. S., Mikhailova S. A., Tarasov A. N., Efremov A. P., Zinich N. F., Sarsenbaev B. Kh. Lozhnaya anevrizma selezenochnoi arterii kak oslozhenie ostrogo i khronicheskogo pankreatita. Khirurgiya. Zhurnal im. N. I. Pirogova. 2012;(12):14–18. (In Russ.).
2. Ierardi A. M., Petrillo M., Capasso R., Fontana F., Bacuzzi A., Duka E., Laganà D. et al. Urgent endovascular ligation of a ruptured splenic artery pseudoaneurysm in a patient with acute pancreatitis: a case report. J. Med. Case Rep. 2015;9:6.
3. Repin I. G., Savost'yanov K. A., Mizin S. P., Stolyarov A. A., Repin D. I. Lozhnaya anevrizma selezenochnoi arterii kak prichina zheludochno-kishechnogo krvotecheniya. Khirurgiya. Zhurnal im. N. I. Pirogova. 2017;(5):87–90. (In Russ.).
4. Szpakowicz J., Szpakowicz P., Urbanik A., Markuszewski L. Splenic artery pseudoaneurysm rupture into a pancreatic pseudocyst with its subsequent perforation as the cause of a massive intra-abdominal bleeding – case report. Pol. Przegl. Chir. 2016;88(6):350–355.

Сведения об авторах:

Пашкин Корнели Петрович (e-mail: korneli@yandex.ru), канд. мед. наук, врач-хирург 1-го хирургического отделения; Мотырова Елена Викторовна (e-mail: lena.motyrova@yandex.ru), врач-хирург, зав. приемным отделением; Луньков Илья Александрович (e-mail: lya.lunkov.72@mail.ru), врач-хирург 1-го хирургического отделения; Матросов Вячеслав Иванович (e-mail: ulia31543@rambler.ru), врач-хирург 1-го хирургического отделения; Мишин Дмитрий Владимирович (e-mail: zeruid@gmail.com), врач-хирург 1-го хирургического отделения; Кузнецова Анна Сергеевна (e-mail: annakuznetsova13@yandex.ru), врач-хирург 2-го хирургического отделения; Клименко Александр Владимирович (e-mail: 89261380165@rambler.ru), врач-уролог 1-го хирургического отделения; Булатов Дмитрий Александрович (e-mail: dmitrii-bulatov@mail.ru), врач-уролог 1-го хирургического отделения; Луховицкая центральная районная больница, 140500, Россия, Московская область, г. Луховицы, ул. Мира, д. 39/5.