

© Коллектив авторов, 2015  
УДК 618.2:616.136.42-007.64-007.251-07-089

А. Н. Лищенко<sup>1, 2</sup>, С. Н. Анисимов<sup>1</sup>, С. М. Вартанян<sup>1</sup>, И. В. Бочкарёва<sup>1</sup>,  
С. И. Шалагинов<sup>1</sup>, М. Г. Шалагинова<sup>1</sup>, М. Б. Андреева<sup>1</sup>, Ю. А. Воропаева<sup>1</sup>

## СПОНТАННЫЙ РАЗРЫВ ИСТИННОЙ АНЕВРИЗМЫ СЕЛЕЗЁНОЧНОЙ АРТЕРИИ У БЕРЕМЕННЫХ

<sup>1</sup> Муниципальное бюджетное учреждение здравоохранения «Краснодарская городская клиническая больница скорой медицинской помощи» (главврач — Н. В. Босак); <sup>2</sup> Негосударственное образовательное частное учреждение ВПО «Кубанский медицинский институт» (ректор — проф. Ю. М. Перов), г. Краснодар

**Ключевые слова:** *аневризма, разрыв, беременные, селезеночная артерия*

При больших сроках беременности у женщин может быть любая острая хирургическая патология. Течение беременности и(или) родов может осложниться разрывом аневризмы селезеночной артерии (АСА). Интенсивное кровотечение из АСА быстро приводит к состоянию, не совместимому с жизнью. Скорость постановки правильного диагноза и выбор адекватной тактики лечения обуславливают благоприятный исход заболевания.

Аневризмы селезеночной артерии по частоте стоят на втором месте после аневризм брюшной аорты [5]. В. Н. Лесняк и соавт. [2] исследовали сосуды брюшной полости у 253 больных без предварительных указаний на аневризмы непарных артерий и у 4 (0,23%) из них выявили АСА, а у 1 (0,06%) — печёночной артерии. В литературе чаще сообщается о спонтанном разрыве АСА как причине редкого внутрибрюшного кровотечения [4]. Есть публикации о плановом органосохраняющем хирургическом лечении атеросклеротической АСА, осложнённой инфарктами селезёнки [1]. При АСА, наряду с открытыми оперативными вмешательствами, хорошо зарекомендовали себя различные виды эндоваскулярного лечения (имплантация стент-графта, эмболизация полости аневризмы с помощью спиралей GDC или

Гиантурко) [2]. Публикации по разрывам АСА у беременных являются редкими [3].

Австралийские авторы [6] сообщают о 32 беременных с АСА, размеры которых, в среднем, равнялись 2,25 см. У 31 (96,9%) из них АСА была обнаружена только во время разрыва. Спленэктомия выполнена у 20 беременных. Материнская летальность составила 21,9% (7 пациенток), внутриутробная — 15,6% (5 плодов).

Мы располагаем опытом лечения 2 беременных женщин с разрывом АСА.

1. Больная Д., 34 года, поступила в родильный дом № 1 г. Краснодара 31.08.2000 г. Диагноз: вторая беременность, 35–36 нед, угрожающие преждевременные роды, тазовое предлежание плода, многоводие. Проводилась терапия, направленная на сохранение беременности.

18.09.2000 г. в 5.00 излились светлые околоплодные воды, и началась регулярная родовая деятельность. В связи с ножным предлежанием крупного плода в 5.48 начата операция — кесарево сечение. Извлечён плод женского пола, массой 3600 г, длиной 55 см, с оценкой по шкале Апгар 5–7 баллов. В 6.20 констатировано ухудшение показателей гемодинамики и обнаружено поступление крови из верхних отделов живота. Расширение раны и ревизия позволили обнаружить обширную гематому забрюшинной клетчатки. В 6.30 зафиксирована остановка сердечной деятельности, начаты реанимационные мероприятия. В 6.34 сердечная деятельность восстановлена. Вызван хирург из больницы скорой помощи, который обнаружил гематому в области ворот селезёнки, распространяющуюся на корень брыжейки тонкой кишки. Произведена спленэктомия, в области ворот селезёнки локализуется разорванная АСА, которая иссечена и отправлена на гистологическое исследование. Селезёноч-

### Сведения об авторах:

Анисимов Станислав Николаевич (e-mail: [anisimow123@mail.ru](mailto:anisimow123@mail.ru)), Вартанян Самсон Михайлович (e-mail: [roddombsmp60@mail.ru](mailto:roddombsmp60@mail.ru)),  
Бочкарёва Ирина Владимировна (e-mail: [Irina-doctor59@mail.ru](mailto:Irina-doctor59@mail.ru)), Шалагинов Сергей Иванович,  
Шалагинова Марина Геннадьевна (e-mail: [Shalng@mail.ru](mailto:Shalng@mail.ru)), Андреева Марина Борисовна (e-mail: [mha555@mail.ru](mailto:mha555@mail.ru)),  
Воропаева Юлия Александровна (e-mail: [gruzdeva\\_yu@mail.ru](mailto:gruzdeva_yu@mail.ru)), Муниципальное бюджетное учреждение здравоохранения  
«Краснодарская городская клиническая больница скорой медицинской помощи», 350042, г. Краснодар, ул. 40 лет Победы, 14;

Лищенко Александр Николаевич (e-mail: [Lischenko\\_an@mail.ru](mailto:Lischenko_an@mail.ru)), Негосударственное образовательное частное учреждение  
ВПО «Кубанский медицинский институт», 350015, г. Краснодар, ул. Будённого, 198

ная артерия прошита и перевязана. Операция закончена в 11.00. Развился ДВС-синдром. В 13.30 повторно зафиксирована остановка сердца. Реанимационные мероприятия эффекта не дали. В 14.00 констатирована биологическая смерть. Патологоанатомический диагноз: разрыв АСА, острая кровопотеря, геморрагический шок, ДВС-синдром. Гистологическое исследование аневризмы: стенка сосуда из отёчной фиброзной ткани с обрывками гладкомышечных волокон, имеются остатки эластических волокон, эндотелиальная выстилка отсутствует.

2. Больная М., 25 лет, поступила в хирургическое отделение № 3 больницы скорой медицинской помощи в 18.44 19.07.2013 г. из роддома № 1 г. Краснодара с жалобами на постоянную боль в животе без чёткой локализации. Однозначно исключить острый панкреатит невозможно. Заболела около 11.00 19.07.2013 г., внезапно появилась резкая боль в эпигастральной области. Бригадой скорой помощи доставлена в роддом № 1 с диагнозом: «Беременность 36 нед». После введения спазмолитиков и анальгетиков болевой синдром купировали, больная заснула, спала около 1 ч. Пациентку отправили на аппаратное обследование, в это время вновь появилась боль в животе. На УЗИ и КТ заподозрен абсцесс брюшной полости, больная переведена в больницу скорой медицинской помощи.

При поступлении состояние тяжёлое. Находится в вынужденном положении на левом боку. Пульс 114 уд/мин, АД 110/70 мм рт. ст. Живот увеличен в размерах за счёт беременной матки 36 нед, при пальпации болезненный во всех отделах. Симптом Щёткина—Блюмберга сомнительный. Анализ крови 19.07.2013 г.: гемоглобин 97 г/л, эр.  $2,96 \times 10^{12}/л$ , л.  $12,9 \times 10^9/л$ , н. п. 9%, н. с. 71%, лимф. 16%, моноц. 4%.

В 19.25 19.07.2013 г. выполнено УЗИ брюшной полости: признаки гидроперитонеума, между воротами селезёнки и хвостом поджелудочной железы рядом с селезёночной веной визуализируется неправильной формы образование с чёткими ровными контурами размером 28×30 мм со смешанным типом кровотока. Образование, вероятнее всего, сосудистого генеза. В 19.30 19.07.2013 г. осмотр акушером-гинекологом: беременность 36 нед. На момент осмотра акушерской патологии не выявлено. На консилиуме врачей в 20.30 19.07.2013 г. принято решение выполнить лапаротомию по поводу перитонита неясной этиологии. В 21.50 19.07.2013 г. при подаче в операционную состояние больной резко ухудшилось, до крайне тяжёлого, отмечалась бледность кожного покрова, пульс на периферических артериях и АД не определялся, гемоглобин снизился до 31 г/л.

В 22.10 19.07.2013 г. выполнена лапаротомия. В брюшной полости около 3 л жидкой крови со сгустками. Произведено оперативное родоразрешение, извлечён ребёнок мужского пола, массой 3140 г, ростом 52 см, с оценкой по шкале Апгар 1–2 балла. При ревизии брюшной полости обнаружена забрюшинная гематома слева от средней линии. В воротах селезёнки гематома диаметром до 5 см. Элементы ножки селезёнки не дифференцируются. Обнаружен разрыв АСА в области ворот селезёнки. Произведены перевязка селезёночной артерии и вены на протяжении, спленэктомия. Проводили массивную периоперационную инфузионно-трансфузионную терапию кристаллоидами, коллоидами, одноклассными реузс-совместимыми донорскими эритроцитами и свежемороженой плазмой, а также аутогемотрансфузию с использованием аппарата «Cellserver». Послеоперационный

диагноз: разрыв АСА, гемоперитонеум, геморрагический шок III степени, беременность 36 нед.

На 20-е сутки пациентка выписана из стационара в удовлетворительном состоянии с нормализовавшимися клиническими анализами крови. Ребёнок скончался через 1 мес 21 день с момента рождения.

Ретроспективный анализ историй болезни позволяет предположить, что появление первых признаков заболевания было связано с началом разрыва АСА, а не с проблемами беременности. Появившиеся симптомы врачи скорой помощи ошибочно расценивали как угрозу преждевременных родов и больных доставляли в родильный дом. В последующем больными занимались хирурги.

У пациентки Д. разрыв, очевидно, проходил по типу расслаивающейся аневризмы. Поэтому период болезни от начала клинических симптомов до катастрофы в брюшной полости растянулся на 18 сут. У больной был постельный режим, она получала спазмолитики, что снижало АД и замедляло полный разрыв АСА. Когда же наступил период срочных родов, произошёл разрыв АСА (не исключено, что разрыв АСА имитировал начало родовой деятельности). В связи с вызовом хирурга из отдалённого стационара окончательная остановка кровотечения запоздала на несколько часов. Это привело к развитию геморрагического шока и смерти родильницы.

У пациентки М. период от начала заболевания до лапаротомии занял 11 ч 10 мин. Акушеры роддома не поддались соблазну трактовки «Угрожающие преждевременные роды». Они выполнили срочное аппаратное обследование и отправили беременную в больницу скорой помощи. С момента поступления в больницу до начала операции прошло 3 ч 26 мин.

Чтобы исключить катастрофическое сочетание гестации больших сроков с внезапным разрывом АСА, всех беременных во время плановых аппаратных осмотров необходимо целенаправленно обследовать на АСА, наблюдать в процессе беременности и, при необходимости, выполнять органосохраняющую операцию. Высокий уровень летальности при разрывах АСА диктует необходимость обязательного их хирургического лечения независимо от наличия или отсутствия клинических признаков. Разрыв АСА должен учитываться в дифференциальном диагнозе у всех беременных женщин с наличием болей в животе.

Высокий груз ответственности за жизнь беременной и плода диктует акушерам необходимость тщательного оформления документации, которое занимает много времени. В эти мгновения упускается драгоценное время. Поэтому хирурги должны

быть более активными и настойчивыми в склонении чаши весов в сторону широкой лапаротомии (не нижней срединной) совместно с акушерами или без них. При кровотечении следует выполнять временный гемостаз на фоне увеличенной матки, закрывающей операционное поле, затем родоразрешить усилиями подошедших акушеров, а потом окончательно останавливать кровотечение.

Обсуждения требует хирургическая тактика у беременных с разрывом АСА при разных сроках гестации. При беременности более 28 нед требуется оперативное родоразрешение. Тактическая формула действий должна выглядеть так: лапаротомия + временная остановка кровотечения + оперативное родоразрешение + хирургический этап операции. Нам представляется возможным сохранение гестации в сроки до 28 нед, если хирургическую остановку кровотечения из разорвавшейся АСА выполнили при показателях гемоглобина не ниже 70 г/л. Тактическая формула действий

следующая: лапаротомия + хирургический этап операции + сохранение беременности.

#### БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Кригер А. Г., Кочатков А. В., Цыганков и др. Органосохраняющее хирургическое лечение атеросклеротической аневризмы селезеночной артерии, осложнённой инфарктами селезёнки // Хирургия. 2011. № 6. С. 79–83.
2. Лесняк В. Н., Кемеж Ю. В., Еремеичева А. Ю. КТ-диагностика аневризм висцеральных ветвей брюшной аорты // REJRI/www.rejr.ru. 2011. № 3. С. 69–74.
3. Лищенко А. Н., Ермаков Е. А., Шалагинов С. И., Гофман А. В. Разрыв аневризмы селезеночной артерии // Хирургия. 2005. № 7. С. 58–59.
4. Федченко В. П., Федченко А. В. Спонтанный разрыв аневризмы селезеночной артерии как редкий источник внутрибрюшного кровотечения // Хирургия. 2005. № 2. С. 64.
5. Carmeci C., Wisconsin M., McClenathan J., Visceral artery aneurysms as seen in a community hospital // Am. J. Surg. 2000. Vol. 179. P. 486–489.
6. Ha J. F., Phillips M., Faulkner K. Splenic artery aneurysm rupture in pregnancy // Eur. J. Obstet Gynecol. Reprod. Biol. 2009. Vol. 146, № 2. P. 133–137.

Поступила в редакцию 15.03.2015 г.