

Спонтанный разрыв аневризмы желудочно-сальниковой артерии

Ш.Н. Даниелян, Е.В. Татарина*, Е.А. Тарабрин, Г.А. Нефедова

Отделение неотложной торакоабдоминальной хирургии
ГБУЗ «Научно-исследовательский институт скорой помощи им. Н.В. Склифосовского ДЗМ»
Российская Федерация, 129090, Москва, Б. Сухаревская пл., д. 3

* Контактная информация: Татарина Екатерина Вячеславовна, кандидат медицинских наук, научный сотрудник отделения неотложной торакальной хирургии ГБУЗ «НИИ СП им. Н.В. Склифосовского ДЗМ». E-mail: katrin_mgmsu@mail.ru

РЕЗЮМЕ

Представлено редкое клиническое наблюдение спонтанного разрыва аневризмы левой желудочно-сальниковой артерии с жизнеугрожающим внутрибрюшным кровотечением.

Ключевые слова:

аневризмы висцеральных артерий

Ссылка для цитирования

Даниелян Ш.Н., Татарина Е.В., Тарабрин Е.А., Нефедова Г.А. Спонтанный разрыв аневризмы желудочно-сальниковой артерии. *Журнал им. Н.В. Склифосовского Неотложная медицинская помощь*. 2019;8(4):463–465. <https://doi.org/10.23934/2223-9022-2019-8-4-463-465>

Конфликт интересов

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов

Благодарности

Исследование не имеет спонсорской поддержки

ВВЕДЕНИЕ

Аневризмы желудочных и желудочно-сальниковых артерий составляют 4% всех аневризм висцеральных артерий. Обычно они являются случайными находками во время операции или на вскрытии, так как их диагностика представляет определенные трудности. Спонтанные разрывы аневризм висцеральных артерий брюшной полости принадлежат к чрезвычайно редким наблюдениям [1–3]. При этом в 70% случаев возникают угрожающие жизни кровотечения в органы желудочно-кишечного тракта, в 30% — кровотечение в брюшную полость [4, 5]. Диагноз, как правило, подтверждается во время экстренных оперативных вмешательств.

Приводим собственное наблюдение спонтанного разрыва аневризмы левой желудочно-сальниковой артерии.

Пациент М., 53 лет, доставлен в отделение экстренной реанимации через 2 часа от момента начала заболевания с жалобами на резкую слабость, боль в животе без четкой локализации. Факт травмы отрицал.

Состояние тяжелое. В сознании, контактен, адекватен. Кожный покров бледный. Следов травмы нет. Дыхание проводится с обеих сторон, число дыханий — 26 в минуту, частота сердечных сокращений — 120 в минуту. Артериальное давление — 80/50 мм рт.ст. Живот при пальпации болезненный, без четкой локализации. Перитонеальных знаков нет. *Per rectum* — кал обычной окраски. При постановке уретрального катетера получена светлая моча.

Одновременно с интенсивной терапией проведено обследование. При рентгенографии груди: легочные поля прозрачные, диафрагма четкая, расположена обычно. Синусы свободные.

Ультразвуковое исследование брюшной полости: разобщение листков брюшины поддиафрагмально справа — 1,8–2,2 см, по правому латеральному каналу — 3,5–4 см, поддиафрагмально слева — 3 см, по левому латеральному каналу — 1,7–2,4 см, в полости малого таза — 5–7 см, межпечельно — 0,5–1 см, содержимое анухогенное со

структурами средней эхогенности, в полости малого таза — сгусток размерами около 6х11,3 см. Стенка желудка по большой кривизне отечна, утолщена, пониженной эхогенности. Петли тонкой кишки не расширены, стенки отечны, перистальтика крайне вялая. Толстая кишка пневматизирована. Свободной жидкости в плевральных полостях не выявлено. Данных за аневризму аорты не получено.

В анализе крови: Hb — 68 г/л, Ht — 23%, воспалительных изменений и признаков коагулопатии нет.

Учитывая клиническую картину и данные инструментального обследования, заподозрено внутрибрюшное кровотечение, что явилось показанием к экстренной лапаротомии. В брюшной полости — 3500 мл жидкой крови и сгустков. Выявлено, что источником кровотечения является разорвавшаяся аневризма левой желудочно-сальниковой артерии. Имели место выраженные изменения клетчатки большого сальника вокруг аневризмы с приращением ее к стенке левого изгиба ободочной кишки (рис. 1). Выполнены резекция большого сальника с аневризмой, гемостаз, санация, дренирование брюшной полости. Интраоперационная аппаратная реинфузия аутоклеточного компонента — 1800 мл, с Ht — 75%.

Послеоперационное течение гладкое. Дренажи из брюшной полости удалены на 3-е сутки. Рана зажила первичным натяжением. При контрольном рентгенологическом и ультразвуковом обследовании брюшной полости газа и жидкости, инфильтративных изменений не выявлено. Выписан в удовлетворительном состоянии на 9-е сутки после операции.

На гистологическое исследование была прислана фиброзно-жировая ткань с обширными участками геморрагического пропитывания. Имелся фрагмент артериальной стенки мышечно-эластического типа с выраженным периваскулярным склерозом (окраска по Ван-Гизону) (рис. 2). В адвентиции — свежие расслаивающие кровоизлияния, в прилежащей жировой клетчатке — очаговые лимфо-плазмоцитарные воспалительные инфильтраты, к интима артериальной стенки прилежит фибрин. При специальной

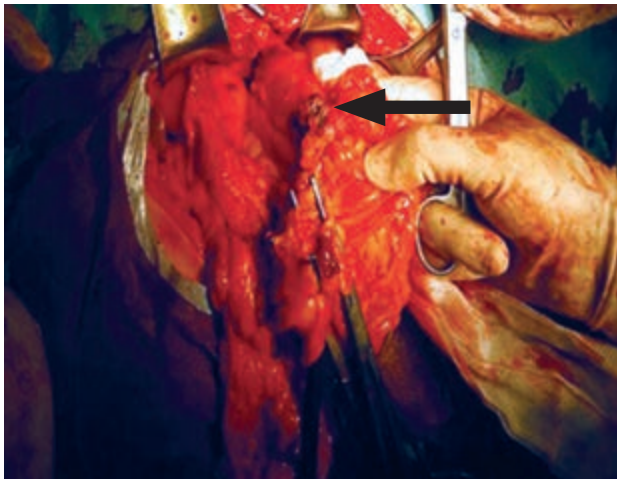


Рис. 1. Интраоперационное фото: мобилизованный фрагмент большого сальника с аневризмой желудочно-сальниковой артерии (указано стрелкой)
 Fig. 1. Intraoperative photo: mobilized fragment of the greater omentum with aneurysm of the gastroepiploic artery (indicated by the arrow)

окраске на эластик выявлены нарушения целостности внутренней эластической мембраны (окраска по Грам–Вейгерту, x100) (рис. 3).

ОБСУЖДЕНИЕ

На основании морфологических данных была верифицирована истинная артериальная аневризма, которая развивается, главным образом, под влиянием патологических изменений, возникших в самой стенке сосуда. Измененная стенка артерии не может противостоять давлению крови и постепенно растягивается или выпячивается. Для истинной аневризмы характерно наличие в ее оболочках остатков структурных элементов нормальной сосудистой стенки, что и было обнаружено в нашем наблюдении.

В отличие от истинной артериальной, расслаивающаяся аневризма образуется в артериях (чаще всего в аорте) вследствие разрушения меди сосудистой стенки с образованием интрамуральной, сообщающейся с просветом сосуда гематомы.

Приобретенные аневризмы также могут быть обусловлены патологическим процессом, возникшим в самой стенке сосуда: атеросклерозом, сифилитическим поражением, неспецифической инфекцией (микотические или септические аневризмы) либо перешедшим на артерию с окружающих тканей нагноением или новообразованием (аррозионные аневризмы), признаков которых не было в нашем случае.

Травматическая аневризма (травма в анамнезе) в подавляющем большинстве случаев бывает ложной, то есть представляет собой инкапсулированную гематому, сообщающуюся с полостью сосуда.

В зависимости от клинического типа синдрома Элерса–Данлоса и Марфана (наследственные системные дисфункции соединительной ткани), которые также сопровождаются формированием аневризм, могут проявляться гипермобильностью суставов, необычайной ранимостью и растяжимостью кожи, склонностью к кровоизлияниям и кровотечениям, деформациями позвоночника и грудной клетки, миопией, косоглазием, птозом внутренних органов и другими симптомами, которые не наблюдались в нашем случае.

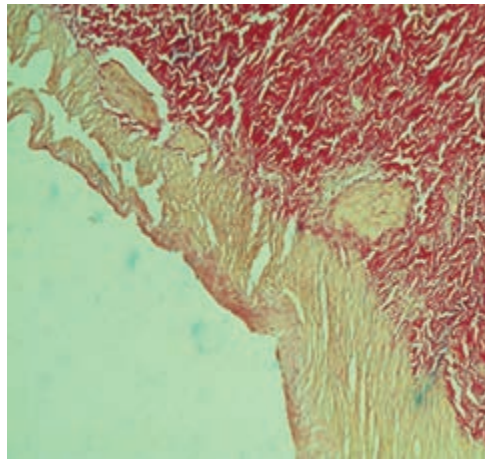


Рис. 2. Стенка артериальной аневризмы с нарушенной целостностью внутренней эластической мембраны. Окраска по Ван-Гизону, увеличение x100
 Fig. 2. The same. Van Gieson staining, x100

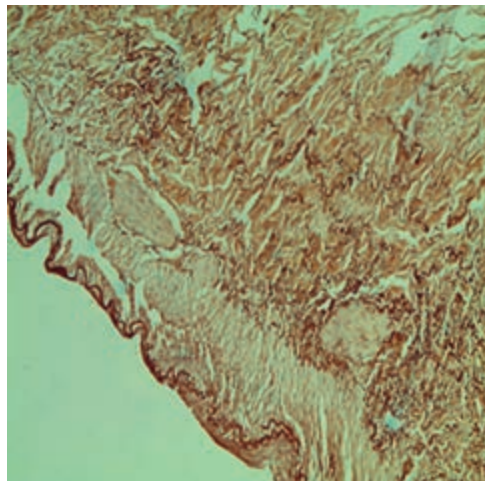


Рис. 3. Стенка артериальной аневризмы с нарушенной целостностью внутренней эластической мембраны. Окраска по Грам–Вейгерту, увеличение x100
 Fig. 3. The arterial aneurysm wall with impaired integrity of the internal elastic membrane. Gram-Weigert stain, x100

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Аневризмы висцеральных артерий брюшной полости представляют собой нечастое, но серьезное сосудистое заболевание. В большинстве случаев первые клинические проявления до этого бессимптомно протекавших аневризм возникают вследствие разрыва и проявляются клинической картиной внутрибрюшного или желудочно-кишечного кровотечения. Представленное нами редчайшее клиническое наблюдение также свидетельствует о вероятности жизнеугрожающего внутрибрюшного кровотечения, в том числе при спонтанном разрыве аневризмы мелких ветвей висцеральных артерий. Единственным методом лечения является хирургический, при этом, как правило, устанавливается диагноз.

ВЫВОД

У пациентов с клинической картиной внутрибрюшного кровотечения при отсутствии факта травмы нельзя исключить разрыв аневризмы мелких висцеральных артерий как источника кровотечения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Akuzawa N, Kurabayashi M, Suzuki T Spontaneous isolated dissection of the superior mesenteric artery and aneurysm formation resulting from segmental arterial mediolysis: a case report. *Diagn Pathol.* 2017;12(1):74. PMID: 29037200 <https://doi.org/10.1186/s13000-017-0664-x>
2. Dutra S, Gomes FV, Bilhim T, Coimbra É. Endovascular Treatment of a Gastroduodenal Artery Pseudoaneurysm Rupture after a Car Accident. *Acta Med Port.* 2017;30(9):658–661. PMID: 29025534 <https://doi.org/10.20344/amp.8561>
3. Ologun G, Sharpton K, Granet P. Successful use of resuscitative endovascular balloon occlusion of the aorta in the treatment of ruptured 8.5-cm splenic artery aneurysm. *J Vasc Surg.* 2017;66(6):1873–1875. PMID: 28958475 <https://doi.org/10.1016/j.jvs.2017.05.138>
4. Шкляев А.Е., Денисова Н.Ю., Куликов Ю.В. Аневризма селезеночной артерии под маской постхолецистэктомического синдрома. *Ангиология и сосудистая хирургия.* 2018;24(1):175–178.
5. Покровский А.В. (ред.) *Клиническая ангиология: руководство*: в 2-х т. М.: Медицина; 2004.

REFERENCES

1. Akuzawa N, Kurabayashi M, Suzuki T Spontaneous isolated dissection of the superior mesenteric artery and aneurysm formation resulting from segmental arterial mediolysis: a case report. *Diagn Pathol.* 2017;12(1):74. PMID: 29037200 <https://doi.org/10.1186/s13000-017-0664-x>
2. Dutra S, Gomes FV, Bilhim T, Coimbra É. Endovascular Treatment of a Gastroduodenal Artery Pseudoaneurysm Rupture after a Car Accident. *Acta Med Port.* 2017;30(9):658–661. PMID:29025534 <https://doi.org/10.20344/amp.8561>
3. Ologun G, Sharpton K, Granet P. Successful use of resuscitative endovascular balloon occlusion of the aorta in the treatment of ruptured 8.5-cm splenic artery aneurysm. *J Vasc Surg.* 2017;66(6):1873–1875. PMID: 28958475 <https://doi.org/10.1016/j.jvs.2017.05.138>
4. Shklyayev AE, Denisova NYu, Kulikov YuV. Splenic artery aneurysm masked by postcholecystectomy syndrome. *Angiology and Vascular Surgery.* 2018;24(1):175–178. (In Russ.).
5. Pokrovskiy AV. (ed.) *Klinicheskaya angiologiya.* Moscow: Meditsina Publ.; 2004. (In Russ.).

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ

Даниелян Шаген Николаевич	доктор медицинских наук, ведущий научный сотрудник отделения неотложной торакоабдоминальной хирургии ГБУЗ «НИИ СП им. Н.В. Склифосовского ДЗМ», https://orcid.org/0000-0001-6217-387X
Татарина Екатерина Вячеславовна	кандидат медицинских наук, научный сотрудник отделения неотложной торакоабдоминальной хирургии ГБУЗ «НИИ СП им. Н.В. Склифосовского ДЗМ», https://orcid.org/0000-0001-5287-850X
Тарабрин Евгений Александрович	кандидат медицинских наук, заведующий научным отделением неотложной торакоабдоминальной хирургии ГБУЗ «НИИ СП им. Н.В. Склифосовского ДЗМ», https://orcid.org/0000-0002-1847-711X
Нефедова Галина Александровна	кандидат медицинских наук, научный сотрудник отдела патанатомии ГБУЗ «НИИ СП им. Н.В. Склифосовского ДЗМ», https://orcid.org/0000-0002-8452-8499

Received on 11.03.2019

Accepted on 26.03.2019

Поступила в редакцию 11.03.2019

Принята к печати 26.03.2019

Spontaneous Rupture of Aneurysms of the Gastroepiploic Artery

S.N. Danielyan, E.V. Tatarinova*, E.A. Tarabrin, G.A. Nefyodova

Department of Emergency Thoracoabdominal Surgery
N.V. Sklifosovsky Research Institute for Emergency Medicine of the Moscow Health Department
3 Bolshaya Sukharevskaya Square, Moscow 129090, Russian Federation

* **Contacts:** Ekaterina V. Tatarinova, Cand. Med. Sci., Researcher of the Department of Emergency Thoracic and Abdominal Surgery, N.V. Sklifosovsky Research Institute for Emergency Medicine of the Moscow Health Department. E-mail: katrin_mgmsu@mail.ru

ABSTRACT We report a rare clinical case of spontaneous rupture of the aneurysm left gastroepiploic artery with life-threatening intra-abdominal haemorrhage

Keywords: visceral artery aneurysm

For citation Danielyan SN, Tatarinova EV, Tarabrin EA, Nefyodova GA. Spontaneous Rupture of Aneurysms of the Gastroepiploic Artery. *Russian Sklifosovsky Journal of Emergency Medical Care.* 2019;8(4):463–465. <https://doi.org/10.23934/2223-9022-2019-8-4-463-465> (in Russ.)

Conflict of interest Authors declare lack of the conflicts of interests

Acknowledgments The study had no sponsorship

Affiliations

Shagen N. Danielyan	Dr. Med. Sci., Leading Researcher of the Department of Emergency Thoracic and Abdominal Surgery, N.V. Sklifosovsky Research Institute for Emergency Medicine of the Moscow Health Department, https://orcid.org/0000-0001-6217-387X
Ekaterina V. Tatarinova	Cand. Med. Sci., Researcher of the Department of Emergency Thoracic and Abdominal Surgery, N.V. Sklifosovsky Research Institute for Emergency Medicine of the Moscow Health Department, https://orcid.org/0000-0001-5287-850X
Evgeny A. Tarabrin	Cand. Med. Sci., Head of the Department of Emergency Thoracic and Abdominal Surgery, N.V. Sklifosovsky Research Institute for Emergency Medicine of the Moscow Health Department, https://orcid.org/0000-0002-1847-711X
Galina A. Nefyodova	Cand. Med. Sci., Researcher of the Department of Pathologic Anatomy, N.V. Sklifosovsky Research Institute for Emergency Medicine of the Moscow Health Department, https://orcid.org/0000-0002-8452-8499