

ЛОЖНАЯ АНЕВРИЗМА СЕЛЕЗЕНОЧНОЙ АРТЕРИИ, ОСЛОЖНЕННАЯ КРОВОТЕЧЕНИЕМ В ПСЕВДОКИСТУ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ: КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

В.М. Дурлештер^{1,2}, А.В. Макаренко^{1,2}, А.Ю. Бухтояров^{1,2}, Д.С. Киракосян^{1,2,*}

¹ Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Кубанский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации
ул. им. Митрофана Седина, д. 4, г. Краснодар, 350063, Россия

² Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Краевая клиническая больница № 2» Министерства здравоохранения Краснодарского края
ул. Красных партизан, д. 6/2, г. Краснодар, 350012, Россия

АННОТАЦИЯ

Введение. Патология в виде псевдоаневризмы селезеночной артерии — это одно из редко встречающихся осложнений острого и хронического панкреатита, возникающее на фоне повреждения стенки артерии агрессивными ферментами панкреатического сока, которое в последующем сопровождается аррозивным кровотечением в просвет псевдокисты и формированием плотной фиброзной капсулы, имеющей тенденцию к росту.

Описание клинического случая. Пациентка М., 61 год, поступила в ГБУЗ ККБ № 2 экстренно с предварительным диагнозом: Хронический панкреатит в стадии неполной ремиссии. Псевдокиста поджелудочной железы. Состояние после эндоскопической папиллосфинктеротомии, стентирования вирсунгова протока. Желудочно-кишечное кровотечение. Пациентка предъявляла жалобы на умеренные постоянные боли в верхних отделах живота, левом подреберье, имеющие опоясывающий характер, а также тошноту, общую слабость, черный жидкий стул в течение последних 5 дней. В анамнезе перенесенный панкреонекроз. Через два месяца формирование псевдокисты, в условиях стационара выполнена эндоскопическая папиллосфинктеротомия, стентирование вирсунгова протока, через три месяца появились вышеуказанные жалобы. В общем анализе и биохимии крови отмечается анемия средней степени тяжести (гемоглобин — 73 г/л, количество эритроцитов — $2,8 \times 10^{12}/л$), гиперамилаземия (амилаза — 170 Ед/л), другой патологии в анализе крови не выявлено. Пациентке экстренно выполнена эзофагогастродуоденоскопия с осмотром большого дуоденального сосочка, данных за кровотечение не выявлено, следующим этапом выполнена компьютерная томография органов брюшной полости в ангиорежиме, в проекции хвоста поджелудочной железы визуализируется образование, заполненное геморрагическим содержимым и имеющее связь с просветом селезеночной артерии, пациентка подана в рентгеноперационную, проведена эмболизация селезеночной артерии спиралью. Послеоперационный период протекал без осложнений, и на третьи сутки после операции пациентка выписана на амбулаторное наблюдение у хирурга по месту жительства. Заключительный клинический диагноз: Хронический панкреатит в стадии неполной ремиссии. Ложная аневризма селезеночной артерии с кровотечением в псевдокисту поджелудочной железы. Состояние после эндоскопической папиллосфинктеротомии, стентирования вирсунгова протока.

Заключение. Диагноз ложной аневризмы селезеночной артерии с кровотечением в псевдокисту поджелудочной железы достаточно сложно установить на начальном

этапе диагностического поиска ввиду отсутствия четкой клинической картины заболевания и возможно лишь в многопрофильном учреждении при наличии большого комплекса диагностических методов и достаточного профессионализма специалистов. Рентгенэндоваскулярные методы лечения наиболее эффективны и позволяют в большинстве случаев получить надежное выключение ложной аневризмы из бассейна селезеночной артерии.

Ключевые слова: постнекротическая киста поджелудочной железы, псевдокиста поджелудочной железы, ложная аневризма, хронический панкреатит, рентгенэндоваскулярное лечение, эмболизация

Конфликт интересов: авторы заявили об отсутствии конфликта интересов.

Для цитирования: Дурлештер В.М., Макаренко А.В., Бухтояров А.Ю., Киракосян Д.С. Ложная аневризма селезеночной артерии, осложненная кровотечением в псевдокисту поджелудочной железы: клинический случай. *Кубанский научный медицинский вестник*. 2021; 28(3): 144–154. <https://doi.org/10.25207/1608-6228-2021-28-3-144-154>

Поступила 22.02.2021

Принята после доработки 29.04.2021

Опубликована 27.06.2021

SPLenic ARTERY PSEUDOANEURYSM COMPLICATED BY HAEMORRHAGE INTO PANCREATIC PSEUDOCYST: A CLINICAL CASE

Vladimir M. Durlleshter^{1,2}, Alexander V. Makarenko^{1,2}, Artem Yu. Bukhtoyarov^{1,2}, Divin S. Kirakosyan^{1,2,*}

¹ *Kuban State Medical University
Mitrofana Sedina str., 4, Krasnodar, 350063, Russia*

² *Territorial Clinical Hospital No. 2
Krasnykh Partizan str., 6/2, Krasnodar, 350012, Russia*

ABSTRACT

Background. Splenic artery pseudoaneurysm is a rare complication of acute and chronic pancreatitis caused by an arterial wall lesion with aggressive pancreatic enzymes and followed by arrosive bleeding into pseudocyst lumen and the formation of a dense fibrous capsule prone to growth.

Clinical Case Description. Patient M., 61 yo, was emergently admitted to Territorial Clinical Hospital No. 2 with a preliminary diagnosis: Chronic pancreatitis, incomplete remission. Pancreatic pseudocyst. Condition after endoscopic papillosphincterotomy, pancreatic duct stenting. Gastrointestinal haemorrhage. The patient complained of moderate persistent belting upper abdominal and left subcostal pain, nausea, general weakness, black liquid stool over last five days. Pancreonecrosis in history. Pseudocyst formation in two months, endoscopic papillosphincterotomy and pancreatic stenting in hospital, the aforementioned complaints appeared past three months. Moderate anaemia (haemoglobin 73 g/L, erythrocyte count 2.8×10^{12}), hyperamylasaemia (amylase 170 U/L), no other pathology in general and biochemic blood panels. The patient was rendered urgent oesophagogastroduodenoscopy for large duodenal papilla, with no evident bleeding detected. Abdominal CT angiography revealed a haemorrhagic mass connected with splenic artery lumen in the projection of pancreatic tail. The patient was transferred to an interventional radiology room for coil embolisation of splenic artery. The postoperative period was benign, and the patient discharged on day 3 after surgery for outpa-

tient surgical patronage. Definite clinical diagnosis: Chronic pancreatitis, incomplete remission. Splenic artery pseudoaneurysm with haemorrhage into pancreatic pseudocyst. Condition after endoscopic papillosphincterotomy, pancreatic duct stenting.

Conclusion. Splenic artery pseudoaneurysm with haemorrhage into pancreatic pseudocyst is reluctant to early diagnosis due to a lacking definite clinical picture and tractable only at an interdisciplinary institution disposing with a rich diagnostic toolkit and sufficiently qualified medical personnel. Endovascular treatment is overall most effective and enables a reliable aneurysm isolation from the splenic artery basin.

Keywords: postnecrotic pancreatic cyst, pancreatic pseudocyst, pseudoaneurysm, chronic pancreatitis, endovascular radiology, embolisation

Conflict of interest: the authors declare no conflict of interest.

For citation: Durlshter V.M., Makarenko A.V., Bukhtoyarov A.Yu., Kirakosyan D.S. Splenic artery pseudoaneurysm complicated by haemorrhage into pancreatic pseudocyst: a clinical case. *Kubanskii Nauchnyi Meditsinskii Vestnik*. 2021; 28(3): 144–154. <https://doi.org/10.25207/1608-6228-2021-28-3-144-154>

Submitted 22.02.2021

Revised 29.04.2021

Published 27.06.2021

ВВЕДЕНИЕ

Впервые о деструкции селезеночной артерии с последующим кровотечением в постнекротическую кисту ПЖ (ПК ПЖ) сообщили W. E. Lower и J. T. Farrell (1931). Они продемонстрировали трех больных с хроническим панкреатитом (ХП), у которых было выявлено кровотечение из большого дуоденального сосочка. Данное осложнение было названо ими “hemosuccus pancreaticus” [1, 2]. В различных источниках литературы встречаются различные термины и описания данного осложнения: wirsungorrhage, santorinorrhage и hemoductal pancreatitis [1]. Ложные аневризмы (ЛА) диагностируются довольно редко, согласно литературным данным, распространенность данной патологии составляет от 0,01 до 10,9%, в 51–66% случаев ЛА источником является селезеночная артерия, что обусловлено ее плотным контактом на длительном протяжении с поджелудочной железой [3]. В зависимости от топографии, расположения ЛА относительно главного панкреатического протока, в 40–50% случаев возникает кровотечение из большого дуоденального сосочка двенадцатиперстной кишки [2–4]. Наиболее частой причиной образования ЛА является острый и хронический панкреатит [3, 5, 6]. Патогенез ЛА представлен в виде поэтапных процессов на фоне воспаления в паренхиме ПЖ с последующим разрушением эластических волокон артериальной стенки ферментами протеолиза (трипсин и эластаза). Также некоторыми авторами выдвигается теория, заключающаяся в ишемии прилежащего сосуда вследствие сдавления постнекротической кистой, что приводит к некрозу и деструкции сосудистой стенки [5–7].

По данным литературы, 98% ЛА селезеночной артерии клинически протекают бессимптомно. Повышение внутрисосудистого давления в парапанкреатических артериях при постоянном воздействии ферментов ПЖ на их стенку повышает риск разрыва аневризмы [5]. При физикальном осмотре наиболее частыми признаками ЛА СА являются боль в мезогастрии и эпигастрии, чаще слева (30,5%), стул с примесью крови и мелена (27,9%), вирусногоррея (21,5%) и гематемезис (15,1%) [7]. Желудочно-кишечное кровотечение на фоне клинической картины ХП, а также его рецидивирующий характер на фоне отсутствия достоверно выявленного источника должно натолкнуть на мысль о наличии у пациента ЛА СА и, как следствие, вирусногорреи [2, 5, 7].

Диагностика ЛА у больных ХП на основе клинической симптоматики достаточно затруднительна. В большинстве случаев это случайная находка при обследовании пациента с хроническим панкреатитом [8–10]. Поэтому инструментальные методы диагностики являются основными в верификации диагноза [4, 6, 7]. КТ брюшной полости в режиме ангиографии является «золотым стандартом» и наиболее информативным методом диагностики ЛА [6, 8]. В 25% случаев даже при использовании компьютерной томографии и УЗИ органов брюшной полости с дополнительным доплеровским исследованием не удается визуализировать ложную аневризму селезеночной артерии из-за ее небольших размеров, и только проведение КТ в режиме ангиографии поможет специалисту установить достоверный диагноз [5, 6, 9]. Чувствительность методики, по данным разных авторов, составляет 94–100% [6, 7].

Рентгенэндоваскулярное (РЭ) вмешательство является малоинвазивным и наименее травматичным методом в сравнении с традиционным открытым хирургическим вмешательством. Еще одним преимуществом является возможность проведения данного вмешательства под местной анестезией. Также важной особенностью данного вмешательства является высокая эффективность наряду с редко развивающимися осложнениями и сокращение послеоперационного пребывания в стационаре [4, 6, 7]. Эмболизация окклюзирующими спиралями — наиболее часто применяемый метод РЭ лечения [7].

В статье продемонстрирован случай успешного лечения кровотечения из псевдоаневризмы селезеночной артерии на фоне хронического панкреатита, осложненного псевдокистой поджелудочной железы.

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРИМЕР

Информация о пациенте

Пациентка М., дата рождения 11.01.1955 г., поступила в хирургическое отделение № 4 государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Краевая клиническая больница № 2» Министерства здравоохранения Краснодарского края (ГБУЗ ККБ № 2) в экстренном порядке 20.06.2016 года с жалобами на умеренные постоянные боли в эпигастрии, левом подреберье, опоясывающего характера, тошноту, общую слабость, черный жидкий стул в течение последних 5 дней.

Анамнез заболевания. Со слов пациентки, болеет в течение года, с 10.02.2015 по 24.02.2015 проходила лечение в хирургическом стационаре по месту жительства с диагнозом «острый панкреатит», получала консервативную терапию, выписана на амбулаторное наблюдение у хирурга. Через месяц после выписки пациентка стала отмечать умеренную болезненность в мезогастррии, обратилась к хирургу в поликлинику, выполнено УЗИ органов брюшной полости (ОБП), обнаружена киста хвоста поджелудочной железы размерами 4×5 см, пациентке рекомендована консервативная терапия. Несмотря на проводимое лечение, по данным УЗИ ОБП в динамике отмечается увеличение размеров псевдокисты до 8×6 см, в ноябре 2015 г. рекомендована госпитализация в ГБУЗ ККБ № 2 с целью определения дальнейшей тактики лечения. В ГБУЗ ККБ № 2 пациентке выполнена эндоскопическая папиллосфинктеротомия (ЭПСТ), стентирование главного панкреатического протока (ГПП), транскутанное дренирование не было выполнено ввиду отсутствия безопасного акустического окна, после-

операционный период протекал без осложнений, выписана на 3-е сутки после операции на амбулаторное наблюдение у хирурга по месту жительства. В декабре 2015 г. повторно госпитализирована в ГБУЗ ККБ № 2 по направлению хирурга по месту жительства с целью планового рестентирования. После замены стента выписана с рекомендациями по лечению под наблюдением хирурга по месту жительства. Через 6 месяцев в связи с появившимися признаками ЖКК пациентка вызвала бригаду скорой медицинской помощи (СМП), доставлена в приемный покой ГБУЗ ККБ № 2. Состояние пациентки расценено как тяжелое, экстренно госпитализирована в отделение анестезиологии и реанимации (ОАР) № 3.

Анамнез жизни. Уроженка Гулькевичского района Краснодарского края, росла и развивалась нормально. На момент госпитализации работает педагогом в школе. Замужем, имеет 3 детей. Проживает в благоустроенном доме.

Аллергологический анамнез: со слов пациентки лекарственной и бытовой аллергии не отмечает.

Наследственный анамнез: со слов пациентки не отягощен.

Физикальная диагностика

Правильного телосложения, повышенного питания. Сознание не нарушено, во времени и пространстве ориентирована правильно. Кожные покровы бледные, сухие, частота дыхательных движений 21 в минуту, артериальное давление — 100/70 мм рт. ст., ЧСС = Ps — 94 удара в минуту. Язык сухой, обложен белым налетом, живот равномерно поддут, напряжен, болезненный в эпигастрии, мезогастррии слева, симптомы раздражения брюшины отрицательные. Печень и селезенка не пальпируются. При перкуссии живота отмечается притупление перкуторного звука в области мезогастррии. Шумы кишечной перистальтики выслушиваются. Мочеиспускание самостоятельное, безболезненное, симптом поколачивания отрицательный. Пальцевое исследование прямой кишки — на перчатке кал черного цвета. Газы отходят.

Предварительный диагноз

На основании жалоб пациентки, анамнеза клинической картины заболевания и данных осмотра выставлен диагноз — хронический панкреатит в стадии неполной ремиссии. Псевдокиста поджелудочной железы. Состояние после эндоскопической папиллосфинктеротомии (ЭПСТ), стентирования вирсунгова протока. Желудочно-кишечное кровотечение.



Рис. 1. Хронология развития болезни у пациентки М.: ключевые события и прогноз.
 Fig. 1. Sequence of disease in patient M.: key events and prognosis.

Временная шкала

Хронология течения болезни, ключевые события и прогноз представлены на рисунке 1.

Диагностические процедуры

Лабораторные исследования

(выполнены сразу по прибытии пациентки в условиях приемного отделения ГБУЗ ККБ № 2)

Общий анализ крови: гемоглобин — 73 г/л (норма 110–152 г/л), эритроциты — $2.8 \times 10^{12}/л$ (норма $3.7-4.7 \times 10^{12}/л$), лейкоциты — $12.5 \times 10^9/л$ (норма $(4-10) \times 10^9/л$), лимфоциты — 18,7% (норма 19–40%), нейтрофилы — 76,3% (норма 45–72%), моноциты — 19,1% (норма 2–11%), эозинофилы — 1,2% (норма 0,5–5%), базофилы 0,3% (норма 0–1%), тромбоциты — $174 \times 10^9/л$ (норма $(150-400) \times 10^9/л$).

Общий анализ мочи: уд. вес — 1,020 (норма 1,015–1,020), прозрачность — полная, белок — 0,25 г/л (норма 0–0,2 г/л), лейкоциты — отриц. (норма 0–20 кл./мкл), глюкоза — отриц. (норма 0–2,22 ммоль/л), ацетон — отриц. (норма отриц.), эритроциты — единичные (норма 0–1 в п/зр.).

Биохимический анализ крови: С-реактивный белок — 44 мг/л (норма 0–5 мг/л), амилаза — 170 Ед/л. Мочевина, креатинин, АСТ, АЛТ, глюкоза (венозная), общий белок, альбумин, общий и прямой билирубин в пределах референтных значений.

Кровь на МОР — отрицательна, антитела к вирусу гепатита В и С отрицательны.

Инструментальные исследования (выполнены в течение 2-х часов с момента госпитализации и приведены в порядке их выполнения в стационаре).

Ультразвуковое исследование органов брюшной полости: Заключение: УЗ-признаки хронического панкреатита, образования хвоста поджелудочной железы размерами 110×64 мм. УЗИ в Д-режиме не проводилось, так как имело характер экстренного метода диагностики.

Эзофагогастродуоденоскопия: катаральный гастрит, недостаточность кардии, состояние после стентирования главного панкреатического протока. Данных за кровотечение не получено. В связи с отсутствием источника кровотечения пациентке было продолжено дообследование.

Компьютерная томография органов брюшной полости в режиме ангиографии: на границе хвост-тело поджелудочной железы, несколько кпереди от *a. Lienalis*, определяется дополнительное образование размерами 100×60 мм, представленное полостью с геморрагическим содержанием, имеющее связь с просветом артерии, со стенками толщиной до 17 мм — ложная аневризма селезеночной артерии (рис. 2).

Консультации специалистов

Пациентка перед экстренным оперативным вмешательством была консультирована врачом-терапевтом. Противопоказаний для проведения оперативного вмешательства не выявлено.

Клинический диагноз

Хронический панкреатит в стадии неполной ремиссии. Ложная аневризма селезеночной артерии, осложненная кровотечением в псевдокисту поджелудочной железы. Состояние после эндоскопической папиллосфинктеротомии (ЭПСТ), стентирования вирсунгова протока.

Дифференциальная диагностика

Дифференциальную диагностику псевдоаневризмы чаще всего следует проводить с кистозными образованиями ПЖ (цистаденомами,

цистаденокарциномами, псевдокистами, кистозной нейроэндокринной неоплазией, солидной псевдопапиллярной неоплазией), а также с желудочно-кишечным кровотечением из верхних отделов желудочно-кишечного тракта. Цистаденома ПЖ (ЦА ПЖ) клинически проявляет себя в 10–15% случаев, локализация ЦА ПЖ в теле или хвосте ПЖ. Серозная цистаденома (СЦА) по данным УЗИ включает в себя большое количество полостей, которые разделяются при помощи тонких перегородок. Рост СЦА поджелудочной железы происходит очень медленно. Муцинозная цистаденома (МЦА) имеет много камер, разделенных толстой перегородкой, растет крайне быстро. В дальнейшем доброкачественная опухоль может переходить в злокачественное новообразование. В ЦА ПЖ нет дегенеративного или ретенционного механизма, что чаще присуще постнекротическим кистам ПЖ, кистозным нейроэндокринным неоплазиям (КНН), солидным псевдопапиллярным неоплазиям (СПН) и псевдоаневризмам (ПА) ПЖ. МЦА чаще располагается в области хвоста ПЖ. По плотности содержимого СЦА имеет более низкую плотность — серозная жидкость, в отличие МЦА — муцинозная жидкость. ЦА не имеют связи с селезеночной артерией. ПА ПЖ заполнена геморрагическим компонентом и не имеет перегородок, расположена чаще в области максимального прилегания к селезеночной артерии.

Основным отличием псевдокисты поджелудочной железы (ПК ПЖ) от ПА ПЖ является то, что первая заполнена панкреатическим соком и не связана с селезеночной артерией. ПК ПЖ всегда является предшествующей формой ПА ПЖ, также не имеет камер и перегородок, развивается после перенесенного острого панкреатита или на фоне хронического панкреатита. Капсула у ПК ПЖ фиброзная, четко ограниченная. КНН — это солидное образование, не связанное с главным панкреатическим протоком (ГПП), может содержать кистозные компоненты, состоящие из геморрагического компонента или тканевого детрита, нет связи с селезеночной артерией, в полости активного кровотока не определяется. Еще одно образование, с которым следует дифференцировать псевдоаневризму селезеночной артерии (ПА СА), — это солидная псевдопапиллярная неоплазия (СПН), редкая опухоль, содержащая солидный и кистозный компоненты, с толстой капсулой и зонами некроза и кровоизлияния. Эти компоненты возникают вследствие дегенерации ткани, нет связи с крупными сосудами, активного кровотока также не выявляется.

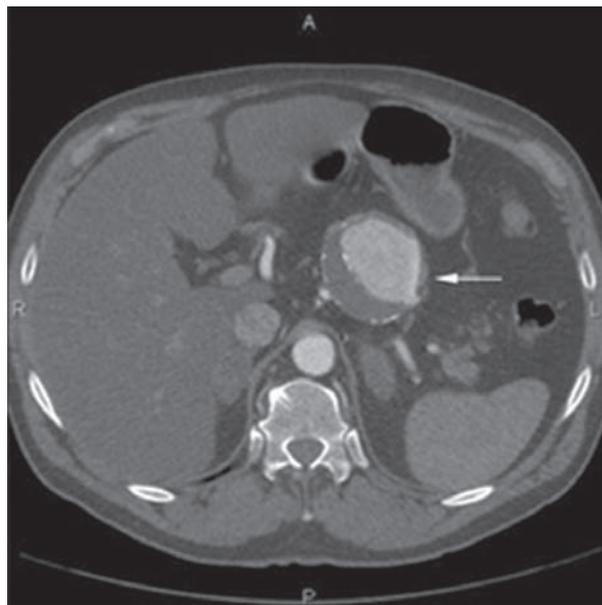


Рис. 2. КТ в режиме ангиографии, стрелкой указана псевдоаневризма селезеночной артерии.

Fig. 2. CT angiography, arrowed is splenic artery pseudoaneurysm.

Исходя из первичных данных, область диагностического поиска сужалась, у пациентки имелся сформированный диагноз, с которым она ранее уже проходила лечение в нашей клинике. Поэтому пациентке был выставлен предварительный диагноз: хронический панкреатит, псевдокиста поджелудочной железы, состояние после стентирования главного панкреатического протока. Для исключения желудочно-кишечного кровотечения из верхних отделов желудочно-кишечного тракта пациентке экстренно выполнена эзофагогастродуоденоскопия (ЭФГДС) с осмотром большого дуоденального сосочка (БДС), данных за кровотечение не выявлено. Следующим этапом выполнена КТ ОБП в ангиорежиме, в проекции хвоста поджелудочной железы визуализируется образование, заполненное геморрагическим содержимым и имеющее связь с просветом селезеночной артерии. Учитывая связь псевдокисты с ГПП, где был установлен стент, наиболее вероятным источником кровотечения может быть псевдоаневризма СА. Таким образом, пациентке установлен окончательный диагноз: хронический панкреатит в стадии неполной ремиссии. Ложная аневризма селезеночной артерии, осложненная кровотечением в псевдокисту поджелудочной железы. Состояние после эндоскопической папиллосфинктеротомии (ЭПСТ), стентирования вирсунгова протока. Решающим методом в постановке верного диагноза была КТ в режиме ангиографии, что позволило сформировать правильный алгоритм лечебной тактики.

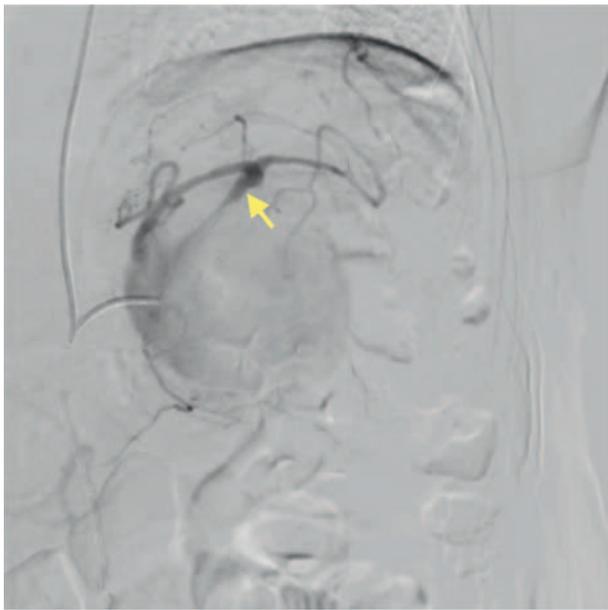


Рис. 3. Ангиография селезеночной артерии, стрелкой указана псевдоаневризма селезеночной артерии.

Fig. 3. Splenic artery angiography, arrowed is splenic artery pseudoaneurysm.

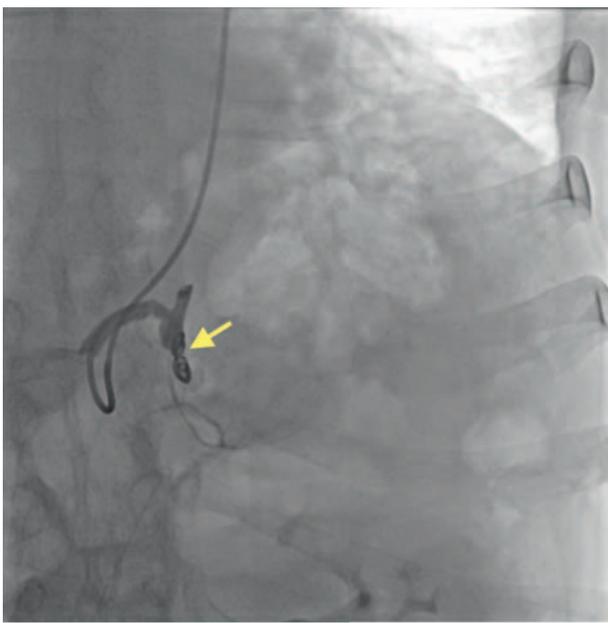


Рис. 4. Эмболизация селезеночной артерии с помощью спирали (стрелка).

Fig. 4. Coil splenic artery embolisation (arrowed).

Медицинские вмешательства

В условиях реанимационного отделения проводилась комплексная интенсивная терапия желудочно-кишечного кровотечения. Гемотрансфузия, коррекция кислотно-щелочного состояния крови, гемодинамических нарушений, динамическое наблюдение. Через час с момента установ-

ления диагноза в экстренном порядке выполнено оперативное лечение в объеме ангиографии верхней брыжеечной артерии (ВБА), чревного ствола. Эмболизация селезеночной артерии.

Интраоперационно

Местная анестезия раствором лидокаина 80 мг. Пункцирована правая плечевая артерия. Установлен интродьюсер 5F. Селективно катетером НН 15F катетеризирована ВБА, чревный ствол, селезеночная артерия. Выполнена ангиография. На ангиографии: ВБА имеет типичное строение, без патологических изменений. Чревный ствол проходим, левая желудочная артерия и общая печеночная артерия без патологии. Селезеночная артерия — в дистальном отделе экстравазация контрастного препарата одной из ветвей селезеночной артерии, прямые признаки кровотечения (рис. 3). Селективно катетером НН 1 катетеризирована селезеночная артерия. Выполнена эмболизация селезеночной артерии спиралью Cirus — 1 шт. в проксимальный отдел селезеночной артерии. На контрольной ангиографии: отмечается полная редукция кровотока по селезеночной артерии, данных за продолжающееся кровотечение не имеется (рис. 4). Послеоперационный период протекал без осложнений, и на 3-е сутки после операции пациентка выписана на амбулаторное наблюдение у хирурга по месту жительства.

Динамика и исходы

Послеоперационный период протекал без осложнений. Пациентка в удовлетворительном состоянии переведена в профильное отделение и на 3-и сутки после операции выписана на амбулаторное наблюдение у хирурга и гастроэнтеролога по месту жительства. Спустя пять месяцев после оперативного лечения пациентка была повторно госпитализирована в ГБУЗ ККБ № 2. При осмотре: активных жалоб пациентка не предъявляла. Выполнено УЗИ брюшной полости — наступила полная редукция кисты ПЖ, КТ-исследование брюшной полости — патологии нет. В условиях операционной удален стент из главного панкреатического протока. Пациентке рекомендована ферментная терапия, соблюдение диеты по столу № 5 по Певзнеру, выписана на амбулаторное наблюдение у гастроэнтеролога по месту жительства.

Прогноз

Пациентка в удовлетворительном состоянии выписана из стационара под наблюдение гастроэнтеролога по месту жительства. В отдаленном периоде необходимо строгое соблюдение диеты и ферментной терапии при приеме пищи. Прогноз для жизни благоприятный.

Мнение пациента

Пациентке изначально, после верификации диагноза, был разъяснен намеченный план лечения, а также возможные риски при проведении оперативного вмешательства. В случае неудачи в эндоваскулярном гемостазе предстояло открытое хирургическое вмешательство, выполнение резекции поджелудочной железы. Пациентка полностью согласна с тактикой проведенного лечения, считает, что медицинская помощь ей оказана своевременно. А также выражает слова благодарности коллективу ГБУЗ ККБ № 2.

ОБСУЖДЕНИЕ

Псевдоаневризмы селезеночной артерии являются редкими и жизнеугрожающими осложнениями острого и хронического панкреатита [10]. При остром панкреатите ферменты протеолиза, секретируемые поджелудочной железой, запускают факторы локального воспаления, вследствие которого развивается окклюзия близлежащих вен, а также возникают эрозии стенки артерий, что, в свою очередь, приводит к образованию псевдоаневризм селезеночной, гастродуоденальной, верхней брыжеечной и других артерий [8]. Для диагностики ЛА специалисту многопрофильного стационара прежде всего необходимо опираться на данные УЗИ с ЦДК, магнитно-резонансную томографию, компьютерную томографию с внутривенным болюсным контрастированием [9, 11–15]. «Золотым стандартом» в диагностике является ангиография, с помощью которой можно оценить размеры псевдоаневризмы, ее локализацию, рассчитать возможные риски и определить объем оперативного вмешательства [12]. Первым этапом лечения должно быть рентгенэндоваскулярное вмешательство, при его неэффективности прибегают к традиционным хирургическим методам лечения [9]. В продемонстрированном клиническом случае удалось с помощью рентгенэндоваскулярного вмешательства и применения

спирали добиться полной редукции кровотока, что, несомненно, повышает качество жизни пациентки в послеоперационном периоде.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Диагноз «ложная аневризма селезеночной артерии, осложненная кровотечением в ПК ПЖ», достаточно сложно установить на начальном госпитальном этапе, при поступлении пациента на приемный покой. Основная причина сложностей в диагностике кроется в стертой клинической картине заболевания. Решить данную проблему возможно лишь в многопрофильном стационаре при наличии большого комплекса диагностических методов и достаточного профессионализма специалистов. Рентгенэндоваскулярное лечение на данный момент является наиболее эффективным методом, позволяющим в большинстве случаев надежно выключить ложную аневризму из кровотока.

ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ

От пациентки получено письменное информированное добровольное согласие на публикацию описания клинического случая и публикацию фотоматериалов в медицинском журнале, включая его электронную версию (дата подписания 21.07.2016 г.).

INFORMED CONSENT

The patient provided a free written informed consent for the clinical case description and photograph publication in a medical journal, including its electronic version (signed on 21.07.2016).

ИСТОЧНИК ФИНАНСИРОВАНИЯ

Авторы заявляют об отсутствии спонсорской поддержки при проведении исследования.

FINANCING SOURCE

The authors declare that no funding was received for this study.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ / REFERENCES

1. Musselwhite C.C., Mitta M., Sternberg M. Splenic Artery Pseudoaneurysm. *J. Emerg. Med.* 2020; 58(5): e231–e232. DOI: 10.1016/j.jemermed.2020.02.014
2. Foo E.T., Kumar V., Nanavati S.M., Huo E., Wilson M.W., Conrad M.B. Percutaneous embolization of post traumatic splenic pseudoaneurysm. *Emerg. Radiol.* 2018; 25(6): 719–722. DOI: 10.1007/s10140-018-1636-5
3. Furukawa K., Shiba H., Shirai Y., Nagata Y., Saruta M., Yanaga K. Splenic artery pseudoaneurysm following chemotherapy in a patient with pancreatic cancer: a case report. *Clin. J. Gastroenterol.* 2020; 13(5): 969–972. DOI: 10.1007/s12328-020-01137-0
4. Sharma M., Somani P., Prasad R., Jindal S. EUS imaging of splenic artery pseudoaneurysm. *VideoGIE.* 2017; 2(9): 219–220. DOI: 10.1016/j.vgie.2017.03.008
5. Yousaf M.N., Chaudhary F.S., Ehsan A., Wolff M.A., Sittambalam C.D. Association of splenic artery pseudoaneurysm with recurrent pancreatitis. *J. Community Hosp. Intern. Med. Perspect.* 2020; 10(3): 290–293. DOI: 10.1080/20009666.2020.1771070
6. Jovanovic M.M., Saponjski D., Stefanovic A.D., Jankovic A., Milosevic S., Stosic K., Knezevic D., Kovac J. Giant pseudoaneurysm of the splenic artery within walled of pancreatic necrosis on the grounds of

- chronic pancreatitis. *Hepatobiliary Pancreat. Dis. Int.* 2021; 20(1): 87–89. DOI: 10.1016/j.hbpd.2020.02.012
7. Patel R, Girgis M. Splenic artery pseudoaneurysm with hemosuccus pancreaticus requiring multimodal treatment. *J. Vasc. Surg.* 2019; 69(2): 592–595. DOI: 10.1016/j.jvs.2018.06.198
 8. Sharma M., Somani P., Al Khatry M., Patil A. Endoscopic ultrasound of splenic artery pseudoaneurysm. *Endoscopy.* 2017; 49(S 01): E25–E26. DOI: 10.1055/s-0042-120999
 9. Zhao H., Wu Z.Z., Ou J.L., Rao M., Makamure J., Xia H.X., Hu H.Y. Splenic artery pseudoaneurysm in chronic pancreatitis causing obstructive jaundice: endovascular management. *Ann. Vasc. Surg.* 2020; S0890-5096(20)30865-7. DOI: 10.1016/j.avsg.2020.09.019
 10. Montrief T., Anwar Parris M., Auerbach J.S., Scott J.M., Cabrera J. Spontaneous Splenic Artery Pseudoaneurysm Rupture Causing Hemorrhagic Shock. *Cureus.* 2020; 12(5): e8286. DOI: 10.7759/cureus.8286
 11. Parada Blázquez M.J., Núñez Ortiz A. Hemosuccus pancreaticus secondary to pseudoaneurysm of the splenic artery. *Rev. Esp. Enferm. Dig.* 2017; 109(10): 727. DOI: 10.17235/reed.2017.4893/2017
 12. Copin A., Jenard S., Chasse E. Pseudoaneurysm of the Splenic Artery Following Bariatric Surgery. *Obes. Surg.* 2021; 31(5): 2295–2297. DOI: 10.1007/s11695-020-05146-3
 13. Holt J.N., Schwalb H.E. A case of splenic artery pseudoaneurysm rupture presenting as rectal bleeding in a regional hospital. *J. Surg. Case. Rep.* 2020; 2020(12): rjaa504. DOI: 10.1093/jscr/rjaa504
 14. Wagenpfeil J., Kütting D., Strassburg C.P., Meyer C. Pseudoaneurysm associated haemosuccus pancreaticus — a rare and dangerous disease. *CVIR Endovasc.* 2020; 3(1): 82. DOI: 10.1186/s42155-020-00178-3
 15. Chaer R.A., Abularrage C.J., Coleman D.M., Eslami M.H., Kashyap V.S., Rockman C., Murad M.H. The Society for Vascular Surgery clinical practice guidelines on the management of visceral aneurysms. *J. Vasc. Surg.* 2020; 72(1S): 3S–39S. DOI: 10.1016/j.jvs.2020.01.039

ВКЛАД АВТОРОВ

Дурлештер В.М.

Разработка концепции — формирование идеи; формулировка ключевых целей и задач.

Проведение исследования — непосредственное проведение исследования, анализ и интерпретация полученных данных.

Подготовка и редактирование материала — критический пересмотр черновика рукописи с внесением ценного интеллектуального содержания.

Утверждение окончательного варианта — принятие ответственности за все аспекты работы, целостность всех частей статьи и ее окончательный вариант.

Макаренко А.В.

Разработка концепции — формулировка и развитие ключевых задач.

Проведение исследования — непосредственное проведение исследования (обследование, ведение и участие в оперативном лечении пациента), анализ и интерпретация полученных данных.

Подготовка и редактирование материала — критический пересмотр черновика рукописи с внесением ценного интеллектуального содержания.

Утверждение окончательного варианта — принятие ответственности за все аспекты работы, целостность всех частей статьи и ее окончательный вариант.

Бухтояров А.Ю.

Разработка концепции — формирование идеи; формулировка ключевых целей и задач.

Проведение исследования — анализ и интерпретация полученных данных.

Подготовка и редактирование материала — критический пересмотр черновика рукописи с внесением ценного интеллектуального содержания.

Утверждение окончательного варианта — принятие ответственности за все аспекты работы, целостность всех частей статьи и ее окончательный вариант.

Киракосян Д.С.

Разработка концепции — формирование идеи; формулировка ключевых целей и задач.

Проведение исследования — непосредственное проведение исследования (обследование, ведение и участие в оперативном лечении пациента), анализ и интерпретация полученных данных.

Подготовка и редактирование материала — критический пересмотр черновика рукописи с внесением ценного интеллектуального содержания.

Утверждение окончательного варианта — принятие ответственности за все аспекты работы, целостность всех частей статьи и ее окончательный вариант.

AUTHOR CONTRIBUTIONS

Durleshter V.M.

Conceptualisation — concept statement; statement of key goals and objectives.

Conducting research — direct conduct of research, data analysis and interpretation.

Text preparation and editing — critical revision of the manuscript draft with a valuable intellectual investment.

Approval of the final manuscript — acceptance of responsibility for all aspects of the work, integrity of all parts of the article and its final version.

Makarenko A.V.

Conceptualisation — statement and development of key objectives.

Conducting research — direct conduct of research (examination, surgery and patient management), data analysis and interpretation.

Text preparation and editing — critical revision of the manuscript draft with a valuable intellectual investment.

Approval of the final manuscript — acceptance of responsibility for all aspects of the work, integrity of all parts of the article and its final version.

Bukhtoyarov A.Yu.

Conceptualisation — concept statement; statement of key goals and objectives.

Conducting research — data analysis and interpretation.

Text preparation and editing — critical revision of the manuscript draft with a valuable intellectual investment.

Approval of the final manuscript — acceptance of responsibility for all aspects of the work, integrity of all parts of the article and its final version.

Kirakosyan D.S.

Conceptualisation — concept statement; statement of key goals and objectives.

Conducting research — direct conduct of research (examination, surgery and patient management), data analysis and interpretation.

Text preparation and editing — critical revision of the manuscript draft with a valuable intellectual investment.

Approval of the final manuscript — acceptance of responsibility for all aspects of the work, integrity of all parts of the article and its final version.

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ / INFORMATION ABOUT THE AUTHORS

Дурлештер Владимир Моисеевич — доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой хирургии № 3 ФПК и ППС федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Кубанский медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации; заместитель главного врача по хирургии государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Краевая клиническая больница № 2» Министерства здравоохранения Краснодарского края.

<https://orcid.org/0000-0003-2885-7674>

Макаренко Александр Владимирович — кандидат медицинских наук, ассистент кафедры хирургии № 3 ФПК и ППС федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Кубанский медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации; заведующий хирургического отделения № 4 государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Краевая клиническая больница № 2» Министерства здравоохранения Краснодарского края.

<https://orcid.org/0000-0002-8400-2200>

Vladimir M. Durleshter — Dr. Sci. (Med.), Prof., Head of the Chair of Surgery No. 3, Faculty of Advanced Vocational Training and Retraining, Kuban State Medical University; Deputy Chief Physician for Surgery, Territorial Clinical Hospital No. 2.

<https://orcid.org/0000-0003-2885-7674>

Alexander V. Makarenko — Cand. Sci. (Med.), Research Assistant, Chair of Surgery No. 3, Faculty of Advanced Vocational Training and Retraining, Kuban State Medical University; Head of the Surgery Unit No. 4, Territorial Clinical Hospital No. 2.

<https://orcid.org/0000-0002-8400-2200>

Бухтояров Артем Юрьевич — заведующий отделением рентгенохирургических методов диагностики и лечения № 2 государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Краевая клиническая больница № 2» Министерства здравоохранения Краснодарского края.

<https://orcid.org/0000-0001-7994-4597>

Киракосян Дивин Симонович* — аспирант кафедры хирургии № 3 ФПК и ППС федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Кубанский государственный медицинский университет», врач-хирург хирургического отделения № 1 государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Краевая клиническая больница № 2» Министерства здравоохранения Краснодарского края.

<https://orcid.org/0000-0002-2512-219X>

Контактная информация: e-mail: divin93@yandex.ru; тел.: +7 (988) 387-23-24;

проезд Дальний, 9. к. 2, кв. 7, Краснодар, 350028, Россия.

Artem Yu. Bukhtoyarov — Head of the Interventional Radiology Unit No. 2, Territorial Clinical Hospital No. 2.

<https://orcid.org/0000-0001-7994-4597>

Divin S. Kirakosyan* — Postgraduate Student, Chair of Surgery No. 3, Faculty of Advanced Vocational Training and Retraining, Kuban State Medical University; Surgeon, Surgery Unit No. 1, Territorial Clinical Hospital No. 2.

<https://orcid.org/0000-0002-2512-219X>

Contact information: e-mail: divin93@yandex.ru; tel.: +7 (988) 387-23-24;

Dalny road, 9, room 2, apt. 7, Krasnodar, 350028, Russia.

* Автор, ответственный за переписку / Corresponding author