

Клинические наблюдения

DOI: 10.16931/1995-5464.20152104-110

Аневризма селезеночной артерии – диагностика и лечение*Буткевич А.Ц.^{1,2}, Бровкин А.Е.¹, Кошелев М.Н.¹, Гордеев С.Н.¹, Силина Т.Л.³, Панько В.Я.², Баранова Ю.В.¹*¹ ФГКУ «Центральный клинический военный госпиталь» воинской части 93998, Москва; 123182, Москва, 1-й Пехотный пер., 9/27, Российская Федерация² ФГКУ «Главный клинический военный госпиталь» воинской части 93998, Голицыно; 143040, Московская обл., г. Голицыно, Петровское шоссе, 48, Российская Федерация³ ФГБУ «Лечебно-реабилитационный центр» Минздрава России; 125367 Москва, Ивановское шоссе, 3, Российская Федерация

Представлены редкие клинические наблюдения диагностики и успешного хирургического излечения аневризм селезеночной артерии (АСА). На основании результатов комплексного обследования в трех наблюдениях диагностирована истинная АСА атеросклеротического генеза без клинических проявлений. В одном наблюдении обнаружена ложная аневризма, в анамнезе у пациента был острый панкреатит. В диагностике АСА наиболее информативны КТ, целиакография, эндо-УЗИ. Сопоставление результатов этих методов позволяет наиболее точно поставить диагноз и определить тактику лечения. Своевременная операция позволяет предотвратить фатальные осложнения АСА.

Ключевые слова: аневризма, селезеночная артерия, компьютерная томография, эндоскопическое УЗИ, целиакография, острый панкреатит, атеросклероз.

Splenic Artery Aneurysm – Diagnosis and Treatment*Butkevich A.Ts.^{1,2}, Brovkin A.E.¹, Koshelev M.N.¹, Gordeev S.N.¹, Silina T.L.³, Pan'ko V.Ya.², Baranova Yu.V.¹*¹ The Central Military Clinical Hospital of Military Unit 93998, Moscow; 9/27, Pervyi Pekhotny Pereulok, Moscow, 123182, Russian Federation² The Main Military Clinical Hospital of Military Unit 93998, Golitsino; 48, Petrovskoe shosse, Golitsino, Moscovskaya Oblast, 143040, Russian Federation³ «Medical Rehabilitation Center» of Health Ministry of the Russian Federation; 3, Ivan'kovskoe shosse, Moscow, 125367, Russian Federation

It is presented rare clinical observations of diagnosis and success surgical treatment of splenic artery aneurysm. According to results of preoperative complex examination true atherosclerotic splenic artery aneurysm without clinical signs was found out in three cases. False aneurysm was revealed in one patient with acute pancreatitis in anamnesis.

Computed tomography, celiacography and endo-ultrasound are the most informative methods in diagnosis of splenic artery aneurysm. Based on the results of above-mentioned procedures it is possible to ensure accurate diagnosis and to ascertain therapeutic approach. Timely surgery makes possible to prevent fatal complications of splenic artery aneurysm.

Key words: aneurysm, splenic artery, computed tomography, endo-ultrasound, celiacography, acute pancreatitis, atherosclerosis.

● **Введение**

С учетом увеличения числа больных стерильным и инфицированным панкреонекрозом, в последние годы отмечается рост редких поздних осложнений этого заболевания. Одним из таких осложнений является ложная аневризма артерий, кровоснабжающих поджелудочную железу (ПЖ) и соседние органы, в частности селезенку [1]. Основной причиной истинных аневризм селезеночной артерии является атеросклероз, приводящий к патологической трансформации стенки

артерии, чаще у женщин. Ложные аневризмы обычно связаны с острым панкреатитом и чаще обнаруживаются у мужчин.

Впервые аневризма селезеночной артерии (АСА) описана М. Beaussier в 1770 г. [2]. Ложная АСА является достаточно редким (1,2–7,5%), но крайне опасным осложнением воспалительного процесса в ПЖ [2, 3]. Причиной образования АСА принято считать агрессивное воздействие ферментов на артериальную стенку в непосредственной близости от ПЖ. Предрасполагающими

факторами ее формирования являются дисплазия, портальная гипертензия со спленомегалией, локальные воспалительные процессы [4, 5].

Аневризма селезеночной артерии клинически не проявляется. Зачастую диагноз устанавливается при возникновении осложнений, из которых наиболее опасное – разрыв аневризмы и кровотечение в просвет полого органа, забрюшинную клетчатку, брюшную полость, проток поджелудочной железы (ППЖ) или кисту ПЖ [4, 6, 7]. При разрыве АСА главные симптомы укладываются в синдром острой кровопотери. Рецидивирующее желудочно-кишечное кровотечение без эндоскопически выявленного источника порой является единственным клиническим признаком, указывающим на АСА [3, 4, 6, 8]. Летальность при разрыве АСА достигает 25–100%.

Основными изобразительными методами диагностики являются компьютерная томография (КТ), целиакография и эндоскопическое ультразвуковое исследование (эндо-УЗИ) [4, 6, 7, 9–12].

С 2011 по 2013 г. под нашим наблюдением находились четверо больных с АСА. У трех пациентов заболевание выявлено случайно при обследовании, у одного – проявилось желудочным кровотечением с предшествовавшим ему на протяжении нескольких месяцев абдоминальным болевым синдромом. На основании данных проведенного комплексного обследования в предоперационном периоде в трех наблюдениях выявлены истинные АСА атеросклеротического генеза, которые клинически не проявляли себя. В одном наблюдении имела место ложная аневризма, возникшая вследствие острого панкреатита с аррозией стенки артерии и формированием аневризматического мешка. Нельзя не отметить, что обнаружение истинных АСА при всех

выполненных методах диагностики было не сложным, в отличие от ложной АСА небольших размеров, проявившей себя желудочным кровотечением.

Приводим клинические наблюдения.

Пациентка 1966 г.р. госпитализирована в отделение сосудистой хирургии в ноябре 2011 г. по поводу множественных аневризм селезеночной артерии. Также у пациентки диагностированы желчнокаменная болезнь, хронический калькулезный холецистит, фаза ремиссии, распространенный остеохондроз позвоночника с преимущественным поражением шейного, пояснично-крестцового отделов, носительство НВsAg. При госпитализации жалоб нет. Общее состояние удовлетворительное. Правильного телосложения. Кожа и слизистые обычной окраски и влажности. Дыхание жесткое, хрипов нет. Сердечные тоны ритмичные, приглушены, пульс – 70 уд/мин, удовлетворительных качеств. Артериальное давление (АД) 110 и 70 мм рт. ст. Язык чистый, влажный. Живот правильной формы, принимает участие в дыхании, мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Поколачивание по поясничной области безболезненно с обеих сторон. Пульсация на лучевых, сонных, височных, бедренных артериях одинаковая с обеих сторон. В общем анализе крови лейкоцитов $12,4 \times 10^9/\text{л}$, гемоглобин 125 г/л, СОЭ 37 мм/ч. Биохимический анализ крови: глюкоза 5,53 ммоль/л; мочевины 2,6 ммоль/л, белок 72,6 г/л; общий билирубин 8,3 мкмоль/л; АсАТ 27,1 ед/л; АлАТ 22,5 ед/л; холестерин 6,5 ммоль/л. НВsAg – обнаружен. При рентгенографии органов грудной клетки без патологических изменений. Ангиография почечных артерий, целиакография, ангиография дуги аорты: выраженная извитость правой почечной артерии. Множественные аневризмы селезеночной артерии, гигантская анев-

Буткевич Александр Цезаревич – доктор мед. наук, профессор, главный хирург Военно-медицинского управления войсковой части 93998. **Бровкин Алексей Евгеньевич** – канд. мед. наук, главный хирург Центрального клинического военного госпиталя войсковой части 93998. **Кошелев Михаил Николаевич** – начальник онкологического отделения Центрального клинического военного госпиталя войсковой части 93998. **Гордеев Сергей Николаевич** – врач-хирург онкологического отделения Центрального клинического военного госпиталя войсковой части 93998. **Силина Татьяна Леонидовна** – врач эндоскопического отделения ФГБУ “Лечебно-реабилитационный центр” Минздрава России. **Панько Вячеслав Яковлевич** – начальник сосудистого отделения Главного клинического военного госпиталя войсковой части 93998. **Баранова Юлия Викторовна** – врач-хирург хирургического отделения Центрального клинического военного госпиталя войсковой части 93998.

Для корреспонденции: Буткевич Александр Цезаревич – 109129, Москва, 8-я ул. Текстильщиков, д. 13, корп. 2, кв. 268. Тел.: 8-916-533-12-50. E-mail: leg_o@mail.ru

Butkevich Alexander Tsezarevich – Doct. of Med. Sci., Professor, Chief Surgeon of Military Medical Administration of Military Unit 93998. **Brovkin Aleksey Eugenievich** – Cand. of Med. Sci., Chief Surgeon of the Central Military Clinical Hospital of Military Unit 93998. **Koshelev Mikhail Nikolaevich** – Head of Cancer Department of the Central Military Clinical Hospital of Military Unit 93998. **Gordeev Sergey Nikolaevich** – Surgeon of Cancer Department of the Central Military Clinical Hospital of Military Unit 93998. **Silina Tatiana Leonidovna** – Physician of Endoscopy Department of “Medical Rehabilitation Center” of Health Ministry of the Russian Federation. **Pan’ko Vyacheslav Jakovlevich** – Head of Vascular Department of the Main Military Clinical Hospital of Military Unit 93998. **Baranova Julia Viktorovna** – Surgeon of Surgical Department of the Central Military Clinical Hospital of Military Unit 93998.

For correspondence: Butkevich Alexander Tsezarevich – 13-2-268, Vosmaya Tekstilschikov str., Moscow, 109129, Russian Federation. Phone: +7-916-533-12-50. E-mail: leg_o@mail.ru

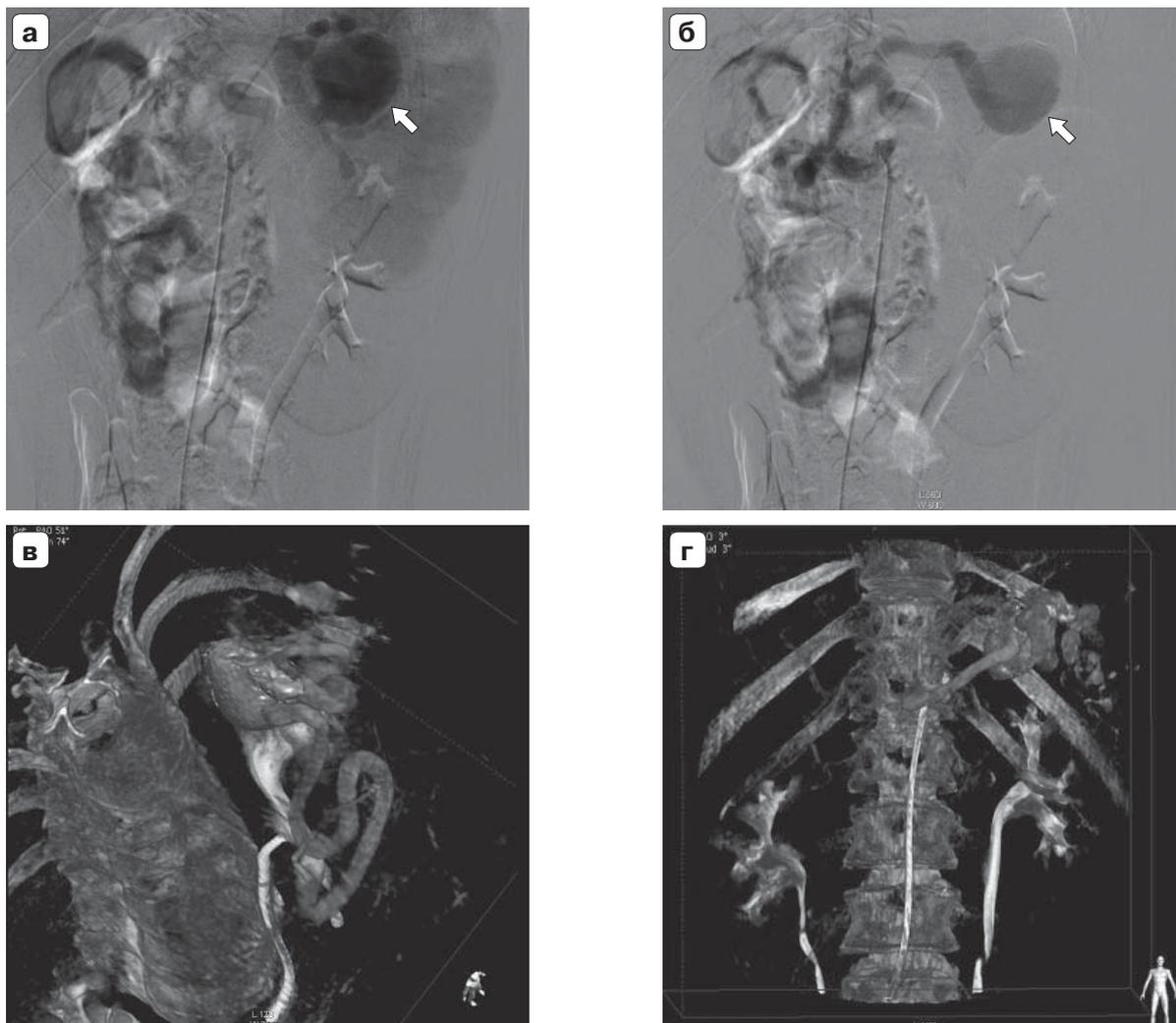


Рис. 1. Ангиограммы. Выраженная извитость правой почечной артерии, множественные аневризмы селезеночной артерии, гигантская аневризма селезеночной артерии (стрелка). а, б – целиакограмма; в, г – 3D-реконструкция.

ризма селезеночной артерии (рис. 1). Пациентка оперирована. Выполнена верхнесрединная лапаротомия, резекция АСА, спленэктомия, холецистэктомия. Гистологическое исследование: хронический калькулезный холецистит, аневризма селезеночной артерии на фоне атеросклероза в стадии атерокальциноза, гиалиноз артериол селезенки. Послеоперационный период осложнился образованием гематомы в ложе селезенки. Проводили гемотрансфузию, гемостатическую терапию с положительным эффектом. Послеоперационные раны зажили первичным натяжением, швы сняты на 9-е сутки. Выписана в удовлетворительном состоянии.

Пациентка 1962 г.р. госпитализирована в феврале 2013 г. в отделение реанимации и интенсивной терапии с клинической картиной желудочно-кишечного кровотечения, тяжелой анемией (гемоглобин 72 г/л). Выполнена экстренная эзофагогастродуоденоскопия (ЭГДС), обнаружена острая язва с признаками состоявшегося кровотечения на участке инфильтрации задней стенки верхней трети тела желудка, ближе к малой кривизне. Начата гемостатическая, противо-

язвенная терапия. На фоне консервативного лечения состояние больной стабилизировалось, однако при контрольной ЭГДС выявлены признаки рецидива кровотечения, источник – аррозированный сосуд из участка ранее выявленной очаговой инфильтрации слизистой верхней трети тела желудка. Эндоскопический гемостаз эффективен. Спустя сутки переведена в хирургическое отделение, продолжено медикаментозное лечение, начато дообследование для установления этиологии изменений в желудке. Выполнена ЭГДС с биопсией. Цитологическое исследование: пролиферация клеток покровно-язочного эпителия с участками кишечной метаплазии; патогистологическое исследование: в кусочках слизистой оболочки желудка с железами фундального типа имеется картина хронического поверхностного неактивного гастрита с признаками очаговой умеренной фовеолярной гиперплазии. При рентгенографии желудка выявлен каскадный желудок с подслизистым образованием субкардиального отдела желудка по задней стенке. При рентгенографии органов грудной клетки – без патологических изменений. Выполнена КТ брюшной полости (рис. 2). Между задней стенкой желудка



Рис. 2. Компьютерная томограмма. Аневризма селезеночной артерии.

в области средней трети и ПЖ определяется округлое образование 10 мм с четкими контурами, изменяющее свою плотность соответственно крови в просвете аорты в разные фазы контрастирования, – аневризма. Питающий сосуд четко не прослеживается. Патологических участков накопления контрастного препарата в стенке желудка не выявлено. Кальцинаты в паренхиме ПЖ. При эндо-УЗИ (рис. 3) в проекции зоны инфильтрации на расстоянии 4 см от пищеводно-желудочного перехода выявлено подслизистое образование задней стенки желудка, наиболее вероятно соответствующее аневризме, размеры образования 11 × 24 мм, исходящий сосуд определить не удалось. Таким образом, причиной рецидивирующего желудочного кровотечения была аневризма подслизистого слоя верхней трети тела желудка, локализованная в бассейне и непосредственной проекции левой желудочной артерии. Принимая во внимание потенциальный риск рецидива кровотечения и гнойно-септических осложнений, принято решение о хирургическом лечении. Пациентка оперирована. Выполнена верхнесрединная лапаротомия. Селезенка в плотном воспалительном инфильтрате 5 × 7 см с хвостом ПЖ и большой кривизной желудка. Тело и головка ПЖ уплотнены, не увеличены, без некрозов. Чревный ствол, общая печеночная и левая желудочная артерии не изменены. Селезеночная артерия до воспалительного инфильтрата не изменена, дистальнее – вовлечена в инфильтрат, не видна. Селезеночная вена не видна. При выделении стенки желудка из инфильтрата установлено, что в толще инфильтрата в стенку желудка впаяна аневризма в виде купола вишневого цвета, диаметром до 1 см. Принято решение о выполнении клиновидной резекции желудка с хвостом ПЖ и аневризмой одновременно со спленэктомией. Дополнительно мобилизован желудок по большой кривизне, в пределах неизменной стенки отсечен от инфильтрата (рис. 4). Дефект желудочной стенки, до 8 см в диаметре, ушит в поперечном направлении. После отсечения желудка хорошо видна АСА, пролабирующая оставшийся фрагмент желудочной стенки



Рис. 3. Ультразвуковая эндосконограмма. Аневризма селезеночной артерии (стрелка).

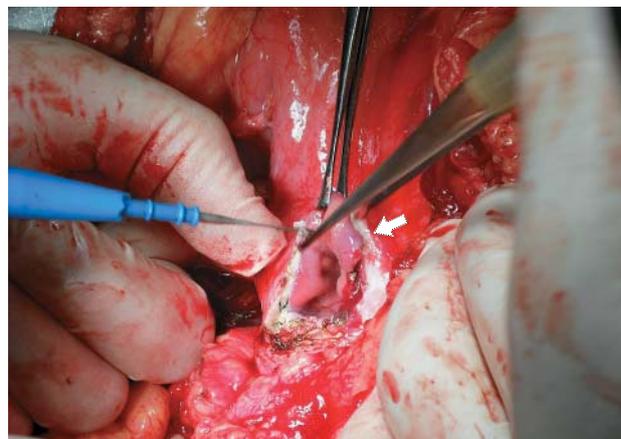


Рис. 4. Интраоперационное фото. Этап операции, отсечение стенки желудка (стрелка) от инфильтрата.



Рис. 5. Интраоперационное фото. Аневризма (стрелка) с фрагментом желудочной стенки после отсечения желудка и разделения воспалительного инфильтрата до резекции поджелудочной железы.

(рис. 5). Выполнено пересечение хвоста ПЖ вместе с селезеночной артерией и веной на расстоянии 1 см от границы инфильтрата. Гемостаз по линии пересечения ПЖ прошиванием. Спленэктомия единым блоком с резецированными хвостом ПЖ, стенкой желудка и аневризмой в инфильтрате. Гемостаз эффективен. Дренажи к ложу селезенки и под правую долю печени. Гистологическое исследование: изменения в стенке желудка в виде кровоизлияния и образования гематомы в аневризме с признаками организа-

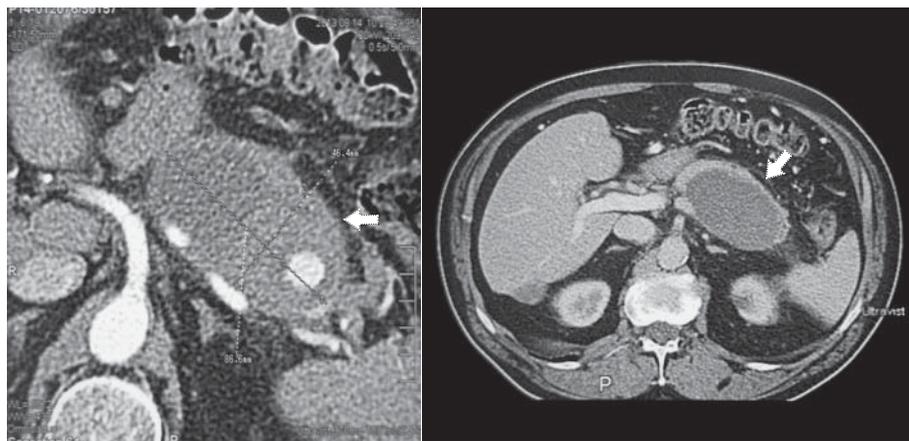


Рис. 6. Компьютерная томограмма. Гигантская аневризма селезеночной артерии (стрелка).

ции, носят вторичный характер и обусловлены обострением воспалительных изменений в ПЖ на фоне хронического индуративного панкреатита. Течение послеоперационного периода гладкое. Выписана в удовлетворительном состоянии.

Пациент 1939 г.р. госпитализирован в онкологическое отделение в октябре 2013 г. Ранее в том же году при скрининговом УЗИ органов брюшной полости обнаружена киста ПЖ. Острый панкреатит в анамнезе отрицает. При обследовании в поликлинике во время повторного УЗИ и КТ органов брюшной полости выявлены новообразования в теле ПЖ и образование в печени. Направлен на госпитализацию. При целиакографии и КТ с контрастированием (рис. 6) верифицирована аневризма селезеночной артерии. При эндо-УЗИ картина в проекции границы тела и хвоста ПЖ наиболее вероятно соответствует мешотчатой аневризме селезеночной артерии с остаточным просветом до 2,4 мм. Однако нельзя полностью исключить кисту поджелудочной железы, тромбированную в результате аррозии селезеночной артерии. Пациент оперирован. При ревизии ПЖ выявлено пульсирующее новообразование 14 × 8 × 8 см, тело и хвост железы распластаны на аневризме. Аневризма находится в плотных сращениях с окружающими тканями. Для уменьшения риска интраоперационных осложнений и для адекватного доступа к аневризме решено выполнить дистальную резекцию желудка. Желудок пересечен у привратника, культи двенадцатиперстной кишки ушита. Проксимально желудок пересечен на границе верхней и средней трети. Мобилизована селезенка, во время мобилизации травмирована ее капсула, выполнена спленэктомия, селезеночные сосуды перевязаны. ПЖ пересечена в области перешейка, культи ее ушита отдельными узловыми швами. Аневризма с резецированными отделами поджелудочной железы выделена из окружающих тканей и удалена после перевязки с прошиванием ее шейки (рис. 7). Образовавшийся при мобилизации дефект селезеночной вены в области устья ушит. Непрерывность желудочно-кишечного тракта восстановлена позадибодочным изоперистальтическим га-

строэнтероанастомозом и межкишечным анастомозом по Брауну. Брюшная полость дренирована, послыноно ушита. Макропрепарат: часть желудка, селезенка, тело и хвост поджелудочной железы с тромбированной аневризмой (рис. 8, 9). Гистологическое заключение: селезеночная артерия с признаками атеросклероза IV стадии и наличием аневризмы 9 × 6 × 5 см; стенка аневризмы фиброзирована, с очагами кровоизлияний; в ее просвете пристеночные тромботические массы с признаками организации. Резецированные желудок и поджелудочная железа, селезенка обычного строения. Диагноз: истинная аневризма селезеночной артерии. Послеоперационный период протекал без осложнений, рана зажила первичным натяжением. Выписан в удовлетворительном состоянии.

Пациентка 1954 г.р. госпитализирована в августе 2014 г. Амбулаторно выявлена аневризма селезеночной артерии с признаками организации, кальцинатами и киста верхнего полюса левой почки до 8 см. При госпитализации состояние удовлетворительное, жалоб нет. Выполнено УЗИ брюшной полости. Селезенка 104 × 42 мм, в проекции сосудистой ножки гиперэхогенная структура с акустической тенью 14 мм – кальцинат. Селезеночная артерия видна в проксимальном отделе, на уровне кальцината диаметр артерии до 10 мм, обнаруживается только по цветовому потоку, в проксимальном отделе Vps 108 см/с, R1 0,65, в воротах селезенки Vps 94 см/с, R1 0,63 (в пределах нормы). Выполнено УЗИ почек. Правая почка 104 × 48 мм, левая – 98 × 52 мм, контуры левой почки неровные за счет анэхогенного образования в верхнем полюсе, без признаков кровотока при цветовом доплеровском картировании, размером 80 × 75 мм – киста объемом до 200 мл. Чашечно-лоханочные сегменты не расширены. КТ брюшной полости: аневризма дистального сегмента селезеночной артерии 0,9 × 1, 1 × 1,4 см, кальциноз брюшного отдела аорты. Таким образом, диагностирована атеросклеротическая аневризма селезеночной артерии 4-й стадии, 3-й степени, с очагами обызвествления и атероматоза, ретенционная киста левой почки. Пациентка оперирована. При ревизии селезенка обычных размеров,

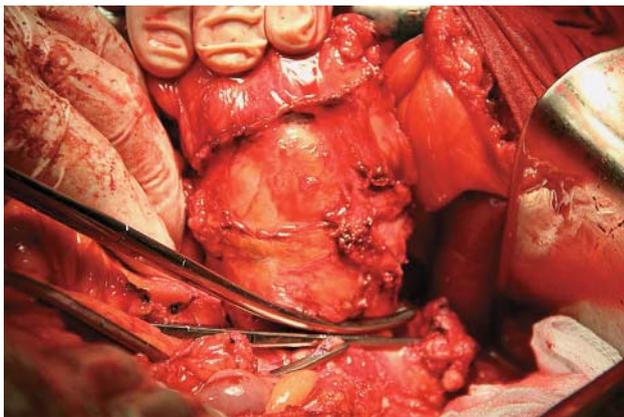


Рис. 7. Интраоперационное фото. Органный комплекс с аневризмой, на сосудистую ножку наложен зажим.



Рис. 8. Макрофото. Макропрепарат удаленного комплекса: часть желудка, селезенка, аневризма с телом и хвостом поджелудочной железы.



Рис. 9. Макрофото. Макропрепарат аневризмы селезеночной артерии, в просвете – тромботические массы.



Рис. 10. Макрофото. Макропрепарат атеросклеротической аневризмы селезеночной артерии (стрелка).

цвета и консистенции. В 2 см проксимальнее ее ворот аневризматическое расширение артерии до 1,5–2 см, каменной плотности (рис. 10). Селезеночная артерия перевязана проксимальнее аневризмы, отдельно перевязана вена, сосуды пересечены, выполнена спленэктомия. В области верхнего полюса левой почки – кистозное тонкостенное образование до 9 см. Киста иссечена. Часть удаленной селезенки (1/5) фрагментирована скальпелем с капсулой и вшита в карман, образованный большим салником. Операция завершена дренированием левого поддиафрагмального пространства двумя дренажами. Послеоперационный период протекал гладко, выписана в удовлетворительном состоянии.

Подводя итоги, можно заключить, что в диагностике ложной АСА наиболее информативны целиакография, КТ органов брюшной полости и эндоскопическое УЗИ желудка. Сопоставление результатов этих методов позволяет наиболее точно поставить диагноз и определить тактику лечения.

Убеждены, что только своевременная операция позволяет предотвратить фатальные осложнения АСА. Учитывая измененную синтопию органов верхнего этажа брюшной полости, расположенных в непосредственной близости от аневризм, оптимальным объемом операции считают резекцию хвоста поджелудочной железы с аневризмой и спленэктомия.

● Список литературы

1. Mattar S.G., Lumsden A.B. The management of splenic artery aneurysms: experience with 23 cases. *Am. J. Surg.* 1995; 169 (6): 580–584. PMID 7771620
2. Шор Н.А., Аблицов Н.П., Житный Г.А. Восстановительная операция при разрыве аневризмы селезеночной артерии. *Вестник хирургии.* 1982; 128 (6): 68–70.
3. Гранов А.М., Польшалов В.Н., Таразов П.Г., Сайкин В.Х. Клинические аспекты диагностики и лечения аневризм селезеночной артерии. *Клиническая медицина.* 1990; 68 (11): 60–63.
4. Белов Ю.В. Руководство по сосудистой хирургии с атласом оперативной техники. М.: Де Ново, 2000. С. 252–253.
5. Таразов П.Г., Игнатов А.М., Павловский А.В. Аневризма панкреатодуоденальной артерии в сочетании с окклюзией чревного ствола. *Хирургия.* 2000; 11: 49–50.
6. Гавриленко А.В., Синявич Г.В., Далинин В.В. Хирургическое лечение непарных висцеральных ветвей брюшной аорты. *Хирургия.* 2001; 7: 4–8. PMID: 11521308.
7. Шестопалов С.С., Михайлова С.А., Тарасов А.Н., Ефремов А.П., Зинич Н.Ф., Сарсенбаев Б.Х. Ложная аневризма селезеночной артерии как осложнение острого и хронического панкреатита. *Хирургия.* 2012; 12: 14–18. PMID: 23257695.
8. Кузин М.И., Данилов М.В., Благовидов Д.Ф. Хронический панкреатит. М.: Медицина, 1985. 362 с.
9. Кубышкин В.А., Желябин Д.Г., Осокин Г.Ю., Мамалыгина Л.А., Петров Д.Ю. Кровотечение из псевдокисты поджелудочной железы в просвет двенадцатиперстной

- кишки. Клиническое наблюдение. Материалы XVII Международного конгресса хирургов-гепатологов стран СНГ "Актуальные проблемы хирургической гепатологии". Уфа, 15–17 сентября 2010. С. 223.
10. Овчинников В.А., Базаев А.В., Захаров Л.Г., Гошадзе К. Ложные аневризмы ветвей чревного ствола в просвете постнекротических псевдокист поджелудочной железы. Материалы XVII Международного конгресса хирургов-гепатологов стран СНГ "Актуальные проблемы хирургической гепатологии". Уфа, 15–17 сентября 2010. С. 229–230.
 11. Яшина Н.И., Вилявин М.Ю. Возможности мультиспиральной компьютерной томографии в диагностике аневризм висцеральных ветвей брюшной аорты как осложнения хронического панкреатита. Материалы XVII Международного конгресса хирургов-гепатологов стран СНГ "Актуальные проблемы хирургической гепатологии". Уфа, 15–17 сентября 2010. С. 255.
 12. Silina T., Butkevich A., Shpitonkov A. et al. Splenic artery pseudoaneurysm as a cause of gastric bleeding. 5th European EGEUS Congress. 2013; P. 127.
- **References**
1. Mattar S.G., Lumsden A.B. The management of splenic artery aneurysms: experience with 23 cases. *Am. J. Surg.* 1995; 169 (6): 580–584. PMID: 7771620.
 2. Shor N.A., Ablitsov N.P., Zhitniy G.A. Reparative operation for ruptured splenic artery aneurysm. *Vestnik khirurgii.* 1982; 128 (6): 68–70. (In Russian)
 3. Granov A.M., Polysalov V.N., Tarazov P.G., Saikin V.Kh. Clinical aspects of diagnosis and treatment of splenic artery aneurysms. *Klinicheskaya meditsina.* 1990; 68 (11): 60–63. (In Russian)
 4. Belov Yu.V. *Rukovodstvo po sosudistoj khirurgii s atlasom operativnoj tehniki* [Guidelines for vascular surgery with atlas of surgical technique]. Moscow: De Novo, 2000. P. 252–253. (In Russian)
 5. Tarazov P.G., Ignatov A.M., Pavlovskiy A.V. Aneurysm of pancreatoduodenal artery associated with celiac trunk occlusion. *Khirurgiia.* 2000; 11: 49–50. (In Russian) PMID 11220922
 6. Gavrilenko A.V., Sinyavich G.V., Dalinin V.V. Surgical treatment of aneurysms of unpaired visceral branches of the abdominal aorta. *Khirurgiia.* 2001; 7: 4–8. (In Russian) PMID: 11521308.
 7. Shestopalov S.S., Mikhailova S.A., Tarasov A.N., Efremov A.P., Zinich N.F., Sarsenbaev B.Kh. False aneurysm of splenic artery as a complication of acute and chronic pancreatitis. *Khirurgiia.* 2012; 12: 14–18. (In Russian) PMID: 23257695.
 8. Kuzin M.I., Danilov M.V., Blagovidov D.F. *Khronicheskij pankreatit* [Chronic pancreatitis]. Moscow: Medicine, 1985. 362 p. (In Russian)
 9. Kubyshekin V.A., Zhelyabin D.G., Osokin G.Yu., Mamalygina L.A., Petrov D.Yu. *Krovotechenie iz psevdokisty podzheleodochnoj zhelezy v prosvet dvenadcatiperstnoj kishki.* *Klinicheskoe nabljudenie* [Bleeding to duodenal lumen from pancreatic pseudocyst. Clinical case]. Materials of XVII International Congress of hepatology surgeons of CIS states "Actual issues of surgical hepatology". Ufa, 15–17 of September, 2010. P. 223. (In Russian)
 10. Ovchinnikov V.A., Bazaev A.V., Zakharov L.G., Goshadze K. *Lozhnye anevrizmy vetvej chrevnogo stvola v prosvete postnekrотических psevdokist podzheleodochnoj zhelezy* [False aneurysms of unpaired visceral branches in lumen of postnecrotic pancreatic pseudocyst]. Materials of XVII International Congress of hepatology surgeons of CIS states "Actual issues of surgical hepatology". Ufa, 15–17 of September, 2010. P. 229–230. (In Russian)
 11. Yashina N.I., Vilyavin M.Yu. *Vozmozhnosti mul'tispiral'noj komp'yuternoj tomografii v diagnostike anevrizm visceral'nyh vetvej brjushnoj aorty kak oslozhenija hronicheskogo pankreatita* [Performance capabilities of multispiral computed tomography in diagnosis of aneurysms of unpaired visceral branches of abdominal aorta as a complication of chronic pancreatitis]. Materials of XVII International Congress of hepatology surgeons of CIS states "Actual issues of surgical hepatology". Ufa, 15–17 of September, 2010. P. 255. (In Russian)
 12. Silina T., Butkevich A., Shpitonkov A. et al. Splenic artery pseudoaneurysm as a cause of gastric bleeding. 5th European EGEUS Congress. 2013; P. 127.

Статья поступила в редакцию журнала 09.10.2014.
Received 9 October 2014.

Комментарий редколлегии

Аневризма селезеночной артерии — достаточно редкое сосудистое заболевание, выявляемое на аутопсии в 0,01–0,2% наблюдений. АСА длительное время может протекать бессимптомно, диагностируют ее случайно при УЗИ или КТ. В 20% наблюдений заболевание сопровождается болью в эпигастрии или левом подреберье. Нередко первым клиническим проявлением АСА является геморрагический шок вследствие ее разрыва и кровоизлияния в свободную брюшную полость или в полый орган. Учитывая высокую летальность при разрыве АСА, лечение симптоматических и бессимптомных аневризм является обязательным. Авторы статьи в представленных наблюдениях демонстрируют различные варианты хирургических вмешательств у четырех пациентов, из которых у трех больная этиология

заболевания была связана с атеросклеротическим поражением селезеночной артерии, а у одного пациента образование аневризмы было обусловлено перенесенным ранее панкреатитом с формированием ложной АСА.

Необходимо отметить, что в настоящее время наряду с открытыми оперативными вмешательствами при АСА хорошо зарекомендовали себя различные рентгенэндоваскулярные методы — имплантация стентов, эмболизация аневризмы с помощью спиралей GDC или Джантурко. В литературе приведены примеры успешного рентгенэндоваскулярного лечения АСА как в плановых, так и в экстренных ситуациях. Редакция журнала обращает внимание авторов на эти обстоятельства и рекомендует при наличии соответствующих условий шире использовать миниинвазивные методы лечения АСА.