

Клінічні спостереження

УДК: 616.136.42-007-07-08

ДВА ВИПАДКИ ДІАГНОСТИКИ І ЛІКУВАННЯ ФІБРОМУСКУЛЯРНОЇ МАЛЬФОРМАЦІЇ СЕЛЕЗІНКОВОЇ АРТЕРІЇ У ВАГІТНИХ

I.I. Kobza¹, T.I. Kobza¹, Ya.M. Zborivskiy², Yu.S. Mota¹, V.P. Fedorenko¹,
I.Ya. Shykula²

¹ Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького
Кафедра хірургії №2 (зав. - проф. I.I. Kobza)

² Львівська обласна клінічна лікарня (головний лікар - М.М. Гичка)

Реферат

Мета. Поліпшення діагностики і лікування ускладнень фібромускулярної мальформації селезінкової артерії у вагітних.

Матеріал і методи. Проаналізовано два випадки діагностики і лікування фібромускулярної мальформації селезінкової артерії у вагітних.

Результати й обговорення. У першому випадку, у вагітної, віком 34 років, при терміні III вагітності 34 тижні, виявлено намистоподібної форми а. lienalis, діаметром проксимальної частини 7-8 мм, середньої - 13-14 мм. Пологи кесаревим розтином та спленектомія завершилися випискою породіллі та немовляти у задовільному стані на 11-й день стаціонарного лікування. У другому випадку, у вагітної, віком 30 років, при III вагітності терміном 30 тижнів, розрив аневризми селезінкової артерії, внутрішньочеревна кровотеча, гематома із поширенням на малий і великий сальник, клітковину заочеревного простору, геморагічний шок III ст. спричинили антенатальну загибель плода. Здійснені спленектомія, кесарський розтин у нижньому сегменті матки із вилученням недоношеного мертвого плода, перев'язка обох внутрішніх клубових артерій, екстирпація матки без додатків. У післяопераційному періоді діагностовано блокаду сечоводів на рівні яєчників, двобічний уретерогідронефроз, що завершилося формуванням лівобічної нефростомії. Таким чином, своєчасна діагностика та адекватне хірургічне лікування аневризми селезінкової артерії на тлі фібромускулярної мальформації у вагітних дозволяє зберегти життя матері та плода.

Висновки. Аневризма селезінкової артерії на тлі фібромускулярної мальформації у вагітних - рідкісне клінічне захворювання, що часто ускладнюється розривом та фатальною кровотечею, становить загрозу як для життя матері, так і для плода. Акушер-гінекологи та ургентні абдомінальні хірурги повинні розглядати можливість розриву аневризми селезінкової артерії у будь-якої вагітної, яка надходить із підозрою на захворювання гострого живота. Своєчасна діагностика та адекватне хірургічне лікування аневризми селезінкової артерії на тлі фібромускулярної мальформації у вагітних дозволяє зберегти життя матері та плода.

Ключові слова: фібромускулярна мальформація селезінкової артерії, аневризма, розрив, вагітність, діагностика, хірургічне лікування

Abstract

TWO CASES OF DIAGNOSIS AND TREATMENT OF SPLENIC ARTERY FIBROMUSCULAR MALFORMATION DURING PREGNANCY

I.I. KOBZA¹, T.I. KOBZA¹, Ya.M. ZBORIVSKIY²,
Yu.S. MOTA¹, V.P. FEDORENKO¹, I.Ya. SCHYKULA²

¹ The Danylo Halytsky National Medical University in Lviv

² The Regional Clinical Hospital in Lviv

Aim. Improving the diagnosis and treatment of complications of splenic artery fibromuscular malformation during pregnancy.

Material and Methods. Two cases of diagnosis and treatment of splenic artery fibromuscular malformation during pregnancy are analyzed.

Results and Discussion. In the first case, a 34-year-old pregnant woman, in the 34-th week of the third pregnancy, the "string of beads" appearance of splenic artery, with 7-8 mm in diameter of proximal portion, 13-14 mm of middle portion, was identified. Caesarean section and splenectomy resulted in discharge of the mother and the baby in good condition on 11-th day. In the second case, in a 30-year-old pregnant woman, in the 30-th week of third pregnancy, a rupture of splenic artery aneurysm, intra-abdominal bleeding, hematoma, spreading on lesser and greater omentum and retroperitoneal tissue, and grade III of hemorrhagic shock caused antepartum fetal death. The splenectomy, Caesarean section in the lower segment of the uterus with removal of the dead fetus, ligation of both internal iliac arteries, and hysterectomy without ovaries were performed. Postoperatively the blockade of ureters at ovarian level, and bilateral ureterohydronephrosis were diagnosed, that resulted in the formation of a left-sided nephrostomy. Thus, early diagnosis, and emergency laparotomy with participation of abdominal and vascular surgeons are crucial in preserving the lives of the mother and the fetus.

Conclusion. Splenic artery aneurysm against a background of fibromuscular malformation in pregnant women, a rare clinical disease that is often complicated by rupture and fatal bleeding, is a threat to life of the mother and the fetus. Obstetricians-gynecologists and urgent abdominal surgeons should consider the rupture of splenic artery aneurysm in any pregnant woman admitted with suspected acute abdomen.

Early diagnosis, and emergency laparotomy with participation of abdominal and vascular surgeons are crucial in preserving the lives of the mother and the fetus.

Key words: *fibromuscular malformations of splenic artery, aneurysm, rupture, pregnancy, diagnosis, surgical treatment*

Вступ

Аневризма селезінкової артерії (АСА) на тлі фібромускулярної мальформації у вагітних - рідкісне клінічне захворювання, що часто ускладнюється розривом та фатальною кровотечею, становить загрозу як для життя матері, так і для плода. Протягом 6-96 годин кровотеча в черевну порожнину, геморагічна інфільтрація жирової клітковини заочеревного простору із поширенням на сальник, брижу кишківника клінічно виявляються біллю у животі, попереку, колапсом, шоком. При підозрі на захворювання гострого живота у вагітних треба пам'ятати про можливість розриву АСА [1-6].

Матеріал і методи.

Проаналізовано два випадки діагностики і лікування фібромускулярної мальформації селезінкової артерії у вагітних.

Опис клінічних спостережень

У першому випадку, вагітна, віком 34 роки, вагітність III, термін 34 тижні, 13.10.2014 о 20³⁰ звернулася у приймальне відділення Львівської обласної клінічної лікарні (ЛОКЛ) зі скаргами на ниючий біль у лівому підребер'ї, що виник в обідню пору напередодні. Оглянута хірургом: даних за гостру хірургічну патологію органів черевної порожнини не виявлено, рекомендовано - ношпа 2,0 мл в/м. Згідно запису акушер-гінеколога: біль у лівому підребер'ї став турбувати в обідню пору напередодні. При ультразвуковому дослідженні (УЗД) від 13.10.2014 підтверджена вагітність терміном 33-34 тижні. Заключення: вагітність III, термін 33-34 тижні. Анемія вагітної. Огляд судинного хірурга: скарги на ниючий біль у лівому підребер'ї, шкіра та видимі слизові оболонки бліді. Пульс - 102 уд/хв., АТ - 120/80 мм.рт.ст. Живіт збільшений за рахунок вагітної матки, болючий у лівому підребер'ї, передня черевна стінка бере участь в акті дихання, вислуховується перистальтика кишок, останні випорожнення 12.10.2014. Рекомендовано УЗД черевної аорти та її гілок. Хвору госпіталізовано у

перше хірургічне відділення.

Загальний аналіз крові від 14.10.2014: еритроцити - $2,5 \times 10^{12}/л$, гемоглобін - 78 г/л, лейкоцити - $15,2 \times 10^9/л$. Загальний аналіз крові від 15.10.2014: еритроцити - $3,66 \times 10^{12}/л$, гемоглобін - 79 г/л, лейкоцити - $14,7 \times 10^9/л$, е - 2%, п - 3% , с - 76%, лімф. - 13%, м - 6%, ШЗЕ - 38 мм/год. Біохімічний аналіз крові: білірубін - 8,5 мкмоль/л, глюкоза - 4,8 ммоль/л, білок - 55,6 г/л, АСТ - 20,0 од/л, АЛТ - 9,0 од/л, креатинін - 34 мкмоль/л. Група крові - О (I), Rh (+). Коагулограма: протромбіновий час - 16", протромбіновий індекс - 100%, загальний фібриноген - 4,44 г/л, етаноловий тест (+), РКФМ (-), гематокрит - 0,255.

14.10.2014 - УЗД а. lienalis: намистоподібна форма а. lienalis, кровоплин магістральний, діаметр проксимальної частини 7-8 мм, середньої - 13-14 мм.

15.10.2014 - ЕКГ: синусова тахікардія, ЧСС=110 уд/хв, нормальне положення електричної осі серця.

15.10.2014 о 13⁰⁰ Консиліум лікарів: загальний стан близький до задовільного, скарги на загальну слабкість, пульс - 106 уд/хв. Язик вологий, чистий. Живіт збільшений за рахунок вагітності, передня черевна стінка бере участь в акті дихання, вислуховується перистальтика кишок, гази відходять, діурез - до 1 л/добу. УЗД: намистоподібна форма а. lienalis, кровоплин магістральний, діаметр проксимальної частини 7-8 мм, середньої - 13-14 мм.

Діагноз: вагітність III, термін 34 тижні, анемія вагітних. Аневризма селезінкової артерії. Рекомендовано пологи кесаревим розтином, ревізія селезінкової артерії.

15.10.2014 о 11⁴⁰-12⁴⁰ - першим етапом виконано операцію - лапаротомія за Пфаненштїлем, пологи кесаревим розтином (проф. Л.Б. Маркін).

Під загальним знеболенням здійснено лапаротомію за Пфаненштїлем. Матку відмежовано двома марлевими серветками. У ділянці міхурово-маткової складки очеревину пересічено і відсепаровано. Поперечний розріз стінки матки в нижньому сегменті довжиною 11 см. Видалено 400 мл навколоплідних вод.

За голівку вилучено недоношену дівчинку масою 2460 г, довжиною - 46 см, за шкалою Апгар 1/3/4 бали. У стінку матки введено 5 Од

окситоцину. Відділено і видалено послід. Рана матки ушита двома рядами безперервних вікрилових швів. Перитонізація міхурово-маткової складки. Контроль гемостазу. Лапароррафія. Косметичний шов на шкіру. Асептична пов'язка. Загальна крововтрата - 400 мл.

15.10.2014 о 12⁴⁰-14⁰⁰ - другим етапом виконано операцію - спленектомію (проф. І.І. Кобза). Верхня серединна лапаротомія із продовженням розрізу на лівий фланг. Виділено черевний стовбур, гирло селезінкової артерії взято на тримачку, діаметр проксимальної частини селезінкової артерії 3 мм, дистальної - 10 мм. На затискачах пересічена селезінкова артерія, селезінку видалено. Дренування лівого підребер'я. Лапароррафія. Асептична пов'язка.

Загальний аналіз крові від 19.10.2014: еритроцити - $3,0 \times 10^{12}$ /л, гемоглобін - 88 г/л, лейкоцити - $11,0 \times 10^9$ /л, е - 1%, п - 9%, с - 61%, лімф. - 27%, м - 2%, ШЗЕ - 32 мм/год. Біохімічний аналіз крові: білірубін - 10,2 мкмоль/л, глюкоза - 4,1 ммоль/л, білок - 70 г/л, K^+ - 4,3 ммоль/л, Na^+ - 144 ммоль/л, АСТ - 27,4 од/л, АЛТ - 15,4 од/л, креатинін - 0,073 ммоль/л. Коагулограма: протромбіновий час - 19", протромбіновий індекс - 78%, загальний фібриноген - 4,4 г/л, гематокрит - 0,23.

Перебіг післяопераційного періоду без ускладнень. Вагітній здійснювали інфузійно-трансфузійну, антибактерійну та симптоматичну терапію. Шви зняті на 10 добу, рани загоїлися первинним натягом. Виписана 24.10.2014 у задовільному стані.

У другому випадку, вагітна, віком 30 років, вагітність III, термін 30 тижнів, 07.03.2015 о 22⁰⁰ доставлена бригадою швидкої медичної допомоги у приймальне відділення ЛОКЛ у важкому стані - шок невідомої етіології - розшарування аневризми черевної аорти? Загроза смерті плоду, зі скаргами на різку загальну слабкість, запаморочення, біль в епігастрії. 07.03.2015 близько 17⁰⁰ раптово виникла виражена слабкість, втрата свідомості. Згідно запису у супровідному листку: пульс - 96 уд/хв, АТ - не визначається. На тлі внутрішньовенної інфузії реополіглюкіну 200,0 мл та дексаметазону 4,0 мл АТ - 60/40 мм.рт.ст. Загальний стан важкий, у свідомості, але загальмована. Виражена блідість шкіри та видимих слизових оболонок. Пульс - 96 уд/хв, АТ - не визначається. Живіт збільшений відпо-

відно терміну вагітності 30 тижнів, піддутий, болючий в епігастрії. Матка із чіткими контурами, в нормотонусі, не болюча при пальпації. Поздовжнє положення плода, тазове передлежання, серцебиття не вислуховується. Налагоджена внутрішньовенна інфузія 400 мл фізіологічного розчину та 500 мл гелофузину у дві кубітальні вени. Вагітна доставлена в операційну.

Загальний аналіз крові від 07.03.2015: еритроцити - $2,9 \times 10^{12}$ /л, гемоглобін - 96 г/л, лейкоцити - $23,2 \times 10^9$ /л, е - 6%, п - 20%, с - 60%, лімф. - 9%, м - 5%. Група крові - O (I), Rh (+).

Діагноз: вагітність III, термін 30 тижнів, обтяжений акушерський анамнез. Внутрішньочеревна кровотеча, геморагічний шок III ст. Антенатальна загибель плода.

07.03.2015 22²⁰-03⁰⁵ - операція - серединна лапаротомія, спленектомія, кесарський розтин в нижньому сегменті матки, перев'язка обох внутрішніх клубових артерій, екстирпація матки без додатків.

Серединна лапаротомія. У черевній порожнині 3 л рідкої крові із згустками. У лівому піддіафрагмальному просторі наявна гематома із поширенням на малий і великий сальник, клітковину заочеревного простору. Судинна ніжка селезінки перетиснута, прошита, перев'язана, пересічена. Спленектомія. У ділянці кукси селезінкових судин виявлено розірвану мішкоподібну аневризму селезінкової артерії діаметром 25 мм.

Кесарський розтин. Розкрита і відсепарована донизу міхурово-маткова складка. Поперечний розріз стінки матки у нижньому сегменті довжиною 11 см. Видалено 300 мл навколоплідних вод. За сідницю вилучено недоношений мертвий плід жіночої статі без ознак мацерації, масою 1330 г, довжиною - 39 см. У стінку матки введено 5 Од окситоцину. Відділений і видалений послід. Рану матки зашито двома рядами безперервних вікрилових швів. Перитонізація міхурово-маткової складки. Матка не скорочується. Внутрішньовенно введено пабал 1,0 мл. Зовнішній масаж матки. Перев'язка внутрішніх клубових артерій. Матка атонічна, не скорочується. Екстирпація матки без додатків. Контроль гемостазу. Лапароррафія. Асептична пов'язка. Загальна крововтрата - 4500 мл.

Загальний аналіз крові від 08.03.2015: еритроцити - $2,5 \times 10^{12}$ /л, гемоглобін - 81 г/л, тром-

боцити - $127,5 \times 10^9$ /л, лейкоцити - $18,9 \times 10^9$ /л, метамієлоцити - 3% п - 18% , с - 46% , лімф. - 27%, м - 6%. Біохімічний аналіз крові: білірубін - 10,5 мкмоль/л, глюкоза - 11,6 ммоль/л, білок - 32 г/л, K^+ - 3,0 ммоль/л, Na^+ - 146 ммоль/л, АСТ - 196,3 од/л, АЛТ - 83,1 од/л, креатинін - 0,083 ммоль/л, Коагулограма: протромбіновий індекс - 83%, загальний фібриноген - 1,2 г/л, гематокрит - 0,27.

12.03.2015 - УЗД: печінка визначається по краю правої реберної дуги, структура однорідна. Жовчний міхур - середніх розмірів, з неоднорідним, застійним вмістом, в ділянці дна - поліп діаметром 6 мм. Підшлункова залоза з чіткими контурами, гомогенна. Нирки - помірно побільшені за рахунок набряку паренхіми до 20-22 мм, чашково-мискова порожнина розширена до першого ступеню.

У лівому плевральному синусі визначається до 100-150 мл випоту.

16.03.2015 - УЗД: печінка на 1 см виступає з-під краю правої реберної дуги, структура однорідна, край гострий. Жовчний міхур - із застійним вмістом. Підшлункова залоза з чіткими контурами, гомогенна. Права нирка - з ознаками уретерогідронефрозу I ст., ліва нирка - уретерогідронефрозу III ст. з порушенням пасажу сечі.

16.03.2015 - огляд уролога: лівобічний уретерогідронефроз. Рекомендовано екскреторна урографія.

18.03.2015 - спіральна комп'ютерна томографія. Висновок: гнійник в ложі видаленої селезінки. Блокада сечоводів на рівні яєчників. Двобічний уретерогідронефроз. Лівобічний гідроторакс.

Інтраопераційно та у післяопераційному періоді вагітній здійснювали інфузійно-трансфузійну терапію, зокрема: переливання 1330 мл свіжозамороженої плазми та 1112 мл еритроцитної маси від 5 донорів. 20.03.2015 - виконана пункція лівої плевральної порожнини, видалена лізована кров, 24.03.2015 - розкрита заочеревна інфікована гематома, 31.03.2015 - лівобічна черешкірна нефростома. Шви зняті на 13 добу, рани загоїлись первинним натягом.

Загальний аналіз крові від 06.04.2015: еритроцити - $3,91 \times 10^{12}$ /л, гемоглобін - 119 г/л, лейкоцити - $11,4 \times 10^9$ /л, е- 1% п - 6% , с - 55%, лімф. - 30%, м - 8%, ШЗЕ - 44 мм/год. Загальний аналіз сечі: питома вага - 1010, реакція - лужна,

білок - 0,141 г/л, лейкоц. - 10-12 в п/з, еритроц. - поод. в п/з. Біохімічний аналіз крові: білірубін - 10,4 мкмоль/л, глюкоза - 4,5 ммоль/л, білок - 71,1 г/л, креатинін - 0,045 ммоль/л. Коагулограма: протромбіновий час - 16,8", протромбіновий індекс - 72%, загальний фібриноген - 4,2 г/л.

Результати патоморфологічного дослідження: селезінка розмірами 5×6×8 см, малокров'я. Матка розмірами 10×10×11 см, на розрізі бліда, малокровна, нашарування згустків крові на плацентній площадці, ендометрій гравідарного типу, з дифузним запальним інфільтратом, міометрій - набряк, малокров'я, крововиливи. Плацента - гострий дифузний хоріоїдит, субхоріальний та центральний інтервілозит, компенсаторні процеси.

Плід: маса 1300 г, довжина 39 см, антенатальна асфіксія, автолітичні зміни внутрішніх органів.

Хвору виписано 10.04.2015 на амбулаторне лікування (хірург, уролог).

Результати й обговорення

У першому випадку, у вагітної, віком 34 років, при терміні III вагітності 34 тижні, виявлення намистоподіної форми а.ііеналіс, діаметром проксимальної частини 7-8 мм, середньої - 13-14 мм. Пологи кесаревим розтином та спленектомія завершилися випискою породіллі та немовляти у задовільному стані на 11-й день стаціонарного лікування.

У другому випадку, у вагітної, віком 30 років, при III вагітності терміном 30 тижнів, розрив аневризми селезінкової артерії, внутрішньочеревна кровотеча, гематома з поширенням на малий і великий сальник, клітковину заочеревного простору, геморагічний шок III ст. спричинили антенатальну загибель плода. Здійснені спленектомія, кесарський розтин в нижньому сегменті матки з вилученням недоношеного мертвого плода, перев'язка обох внутрішніх клубових артерій, екстирпація матки без додатків. У післяопераційному періоді діагностовано блокаду сечоводів на рівні яєчників, двобічний уретерогідронефроз, що завершилось формуванням лівобічної нефростоми.

Таким чином, своєчасна діагностика та адекватне хірургічне лікування аневризми селезінкової артерії на тлі фібромускулярної маль-

формації у вагітних дозволяє зберегти життя матері та плода [1-6].

Висновок

Аневризма селезінкової артерії на тлі фібромускулярної мальформації у вагітних - рідкісне клінічне захворювання, що часто ускладнюється розривом та фатальною кровотечею, становить загрозу як для життя матері, так і для плода. Акушер-гінекологи та ургентні абдомінальні хірурги повинні розглядати можливість розриву аневризми селезінкової артерії у будь-якої вагітної, яка надходить з підозрою на захворювання гострого живота. Своєчасна діагностика та адекватне хірургічне лікування аневризми селезінкової артерії на тлі фібромускулярної мальформації у вагітних дозволяє зберегти життя матері та плода.

Література

1. Lishchenko A.N., Anisimov S.N., Vartanyan S.M. et al. Spontaneous rupture of true aneurysm of the splenic artery in pregnant women. *I.I.Grekov clinical surgery herald*. 2015;4:84-86. Russian (Лищенко А.Н., Анисимов С.Н., Вартанян С.М. и соавт. Спонтанный разрыв истинной аневризмы селезеночной артерии у беременных. *Вестник хирургии им. И.И. Грекова*. 2015; 4: 84-86).
2. Matviychuk V.M., Mota Yu.S., Fedorenko V.P. Diagnostic and treatment disadvantages of complications of splenic artery fibromuscular malformation in a 29-year-old pregnant woman: a case from practice. *Acta Medica Leopoliensia*. 2015; 2: 107-110. Ukrainian (Матвійчук В.М., Мота Ю.С., Федоренко В.П. Недоліки діагностики і лікування ускладнень фібромускулярної мальформації селезінкової артерії у 29-річної вагітної: випадок з практики. *Acta Medica Leopoliensia*. 2015; 2: 107-110).
3. Moshe Schein, Paul N. Rogers, Ahmad Assalia. *Schein's common sense emergency abdominal surgery*. 3-th edition. Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2010; 317-332. 2010; 651. (Моше Шайн, Пол Роджерс, Ахмад Ассалия. *Здравый смысл Шайна в неотложной абдоминальной хирургии*. Третье издание. Берлин 2010; 651).
4. M.-X. He, J.-M. Zheng, S.-H. Zhang, J.-J. Wang, W.-Q. Liu, and M.-H. Zhu, "Rupture of splenic artery aneurysm in pregnancy: a review of the literature and report of two cases, *The American Journal of Forensic Medicine and Pathology*. 2010; 31: 1: 92-94.
5. J. F. Ha, M. Phillips, and K. Faulkner, "Splenic artery aneurysm rupture in pregnancy, *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*. 2009; 146: 2: 133-137.
6. M. Groussolles Jr., M. Merveille, X. Alacoque, C. Vayssiere, J. M. Reme, and O. Parant, Rupture of a splenic artery aneurysm in the first trimester of pregnancy, *The Journal of Emergency Medicine*. 2011; 41: 1: 13-16.