

© Коллектив авторов, 2018  
 УДК 616.37-002.2-06:616.136.41-007.64-07-089.27  
 DOI: 10.24884/0042-4625-2018-177-2-78-80

Т. Г. Дюжева, Э. К. Гусейнов, И. А. Семенов, А. В. Шефер, Л. В. Платонова

## ЭНДОВАСКУЛЯРНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ГИГАНТСКОЙ ПСЕВДОАНЕВРИЗМЫ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЙ АРТЕРИИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ПАНКРЕАТИТЕ

Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования «Первый Московский государственный медицинский университет имени И. М. Сеченова» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Москва, Россия

**Ключевые слова:** псевдоаневризма, гастродуоденальная артерия, хронический панкреатит, эндоваскулярное лечение

T. G. Dyuzheva, E. K. Guseinov, I. A. Semenenko, A. V. Shefer, L. V. Platonova

**Endovascular treatment of giant gastroduodenal artery pseudoaneurysm in chronic pancreatitis**

Federal State Autonomous Educational Institution of Higher Education «I. M. Sechenov First Moscow State Medical University» of the Ministry of Healthcare of the Russian Federation, Moscow, Russia

**Keywords:** pseudoaneurysm, gastroduodenal artery, chronic pancreatitis, endovascular treatment

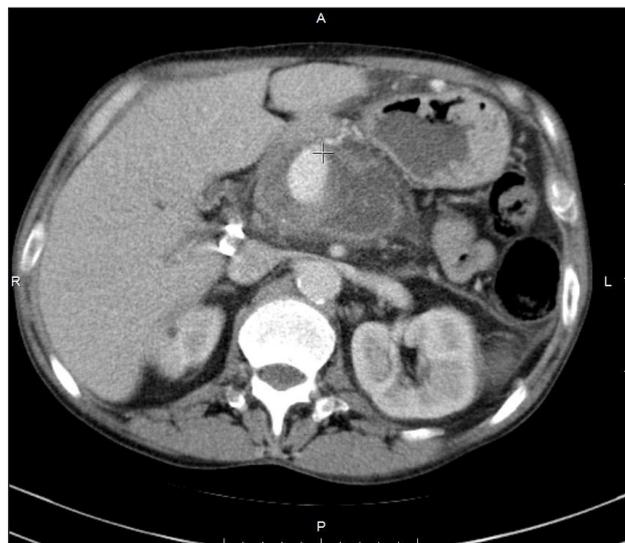
Публикации о гигантских (более 5 см) псевдоаневризмах (ПА) гастродуоденальной артерии (ГДА) ограничиваются небольшими сериями наблюдений, которые показывают сложность выбора эффективного метода лечения [1–6]. Приводим наше наблюдение.

Больной А., 57 лет, злоупотребляющий алкоголем, был госпитализирован в клинику с жалобами на слабость, тошноту, боль в животе. За месяц до госпитализации лечился по поводу хронического панкреатита (ХП), псевдокисты головки поджелудочной железы. В связи со сдавлением псевдокистой общего желчного протока и развитием механической желтухи ему была наложена пункционная холецистостома под ультразвуковым (УЗ) наведением. В анамнезе неоднократно отмечались признаки мелены.

В момент госпитализации при наличии анемии (Hb 81 г/л) пациент был гемодинамически стабильным. Клинических признаков активного кровотечения не было. При эзофагогастродуоденоскопии с осмотром большого и малого сосочков двенадцатиперстной кишки не обнаружено признаков кровотечения. При чрескожной доплеровской сонографии была выявлена псевдокиста головки поджелудочной железы размерами 7×6 см с активным артериальным кровотоком в ее полости, при компьютерной томографии (КТ) с болюсным контрастированием в области головки идентифицировано овальной формы образование размером 73×48×65 мм с признаками экстравазации контраста из гастродуоденальной артерии (рис. 1). В срочном порядке под местной анестезией выполнена диагностическая селективная ангиография ветвей чревного ствола и суперселективная ангиография



а



б

Рис. 1. КТ с контрастированием: сагиттальный (а) и аксиальный (б) срезы. КТ-признаки экстравазации контраста из гастродуоденальной артерии

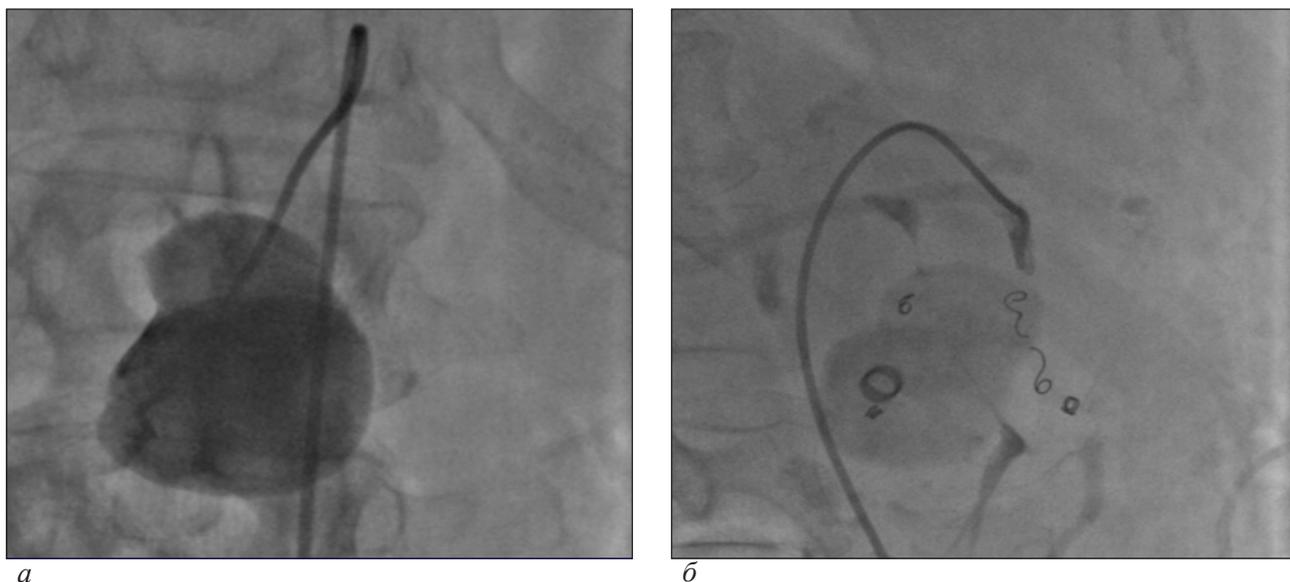


Рис. 2. Селективная ангиография через гастродуоденальную артерию (а). Катетер установлен через дефект в стенке артерии в полость псевдокисты, контрастирование выявляет гигантскую псевдоаневризму гастродуоденальной артерии (б). После эмболизации гастродуоденальной артерии отсутствует контрастирование псевдоаневризмы

ГДА. Выявлен дефект в верхней трети ГДА, через который контрастный препарат поступал в полость псевдокисты (псевдоаневризмы). При этом катетер свободно проведен в полость кисты. Выполнена рентгенэндоваскулярная окклюзия (РЭО) ПА: дистальнее и проксимальнее дефекта ГДА, а также в полость псевдокисты введено несколько спиралей Gianturco разного калибра (AZUR, USA) до получения обратного кровотока (рис. 2).

На 6-е сутки от вмешательства при чрескожной доплеровской сонографии был выявлен сохраняющийся артериальный кровоток в полости псевдокисты (рис. 3), в связи с чем был выполнен второй этап рентгенэндоваскулярного лечения. При суперселективной ангиографии ГДА выявлены признаки неполной эмболизации просвета сосуда (рис. 4, а). Выполнена дополнительная эмболизация спиральями и цилиндрами

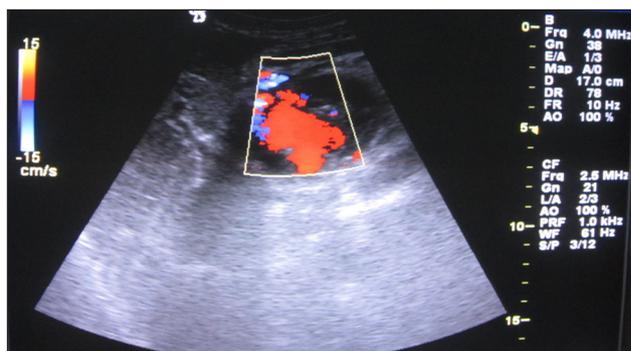


Рис. 3. Доплеровская сонография – кровоток в центре указывает на рецидив псевдоаневризмы

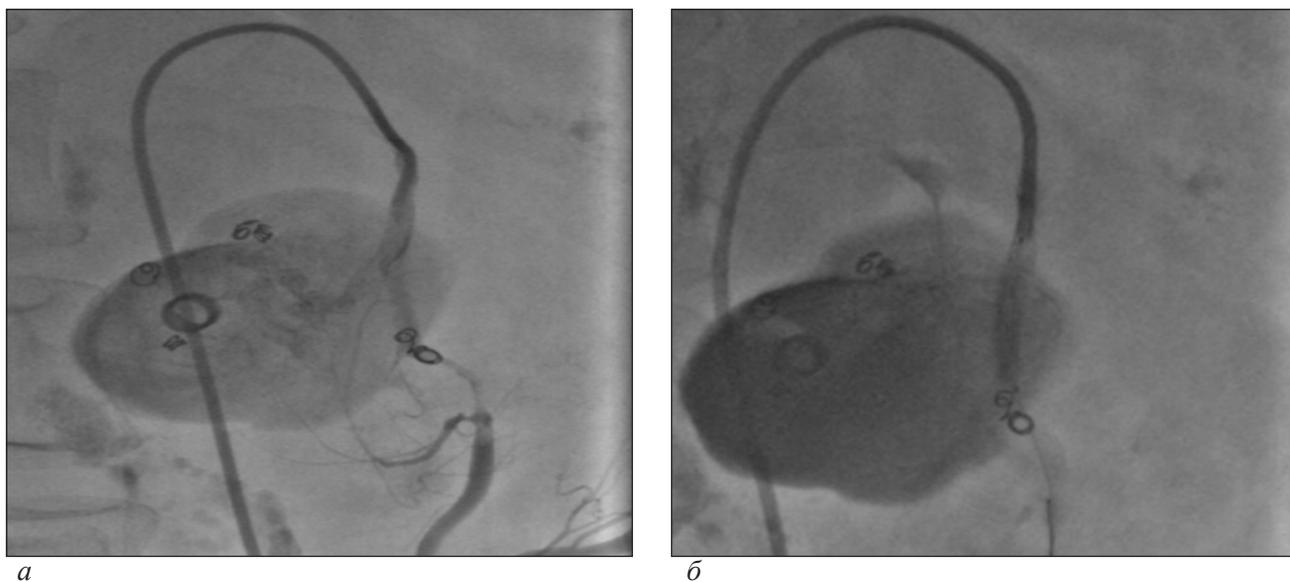
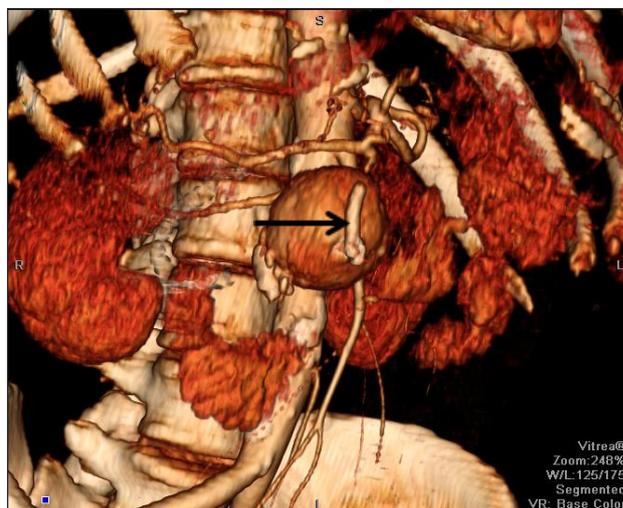


Рис. 4. Ангиография гастродуоденальной артерии демонстрирует экстравазацию контраста в полость псевдоаневризмы (а); отсутствие экстравазации после стентирования (б)



а



б



в

Рис. 5. Стент в просвете гастродуоденальной артерии (стрелка): КТ с контрастированием (а); 3D КТ-реконструкция (б); доплеровская сонография (в); полное отсутствие контрастирования псевдоаневризмы

ного эндоваскулярного вмешательства, сочетающего артериальную эмболизацию и стентирование ГДА с хорошим отдаленным результатом.

#### Конфликт интересов/Conflicts of interest

Авторы заявили об отсутствии потенциального конфликта интересов./Authors declare no conflict of interest.

#### ЛИТЕРАТУРА [REFERENCES]

1. Giant pseudoaneurysm of the splenic artery / V. Gupta, S. Kumar, P. Kumar, A. Chandra // JOP. 2011. Vol. 12. P. 190–193.
2. Ikhwan S. M., Mokhzani W. M., Norzila A. B. et al. Ruptured gastroduodenal artery aneurysm presenting as upper gastrointestinal bleed // IOSR Journal of Dental and Medical Sciences (IOSR-JDMS). 2013. Vol. 5, № 5. P. 39–41.
3. Kim J., Shin J. H., Yoon H.-K. et al. Endovascular intervention for management of pancreatitis-related bleeding : a retrospective analysis of thirty-seven patients at a single institution // Diagn Interv Radiol. 2015. Vol. 21. P. 140–147.
4. Kohama K., Ito Y., Kai T. et al. Case report successfully treated life-threatening upper gastrointestinal bleeding from fistula between gastroduodenal artery pseudoaneurysm and duodenum // Acute Medicine & Surgery. 2016. Vol. 3. P. 192–194.
5. A giant gastroduodenal artery : successful treatment with coil embolization / M. Singh, P. Rao, M. Gadhire, M. Joshi // Sch. J. Med. Case Rep. 2015. Vol. 3. № 8A. P. 792–794.
6. Volpi M. A., Voliovici E., Pinato F. et al. Pseudoaneurysm of the gastroduodenal artery secondary to chronic pancreatitis // Ann. Vasc. Surg. 2010. Vol. 24. № 8. P. 7–11.

Поступила в редакцию 15.11.2017 г.

гидрогеля (*BioSphere Medical*, France) диаметром 0,75 мм и стентирование ГДА. Использовали Net Protective Co-Cr Stent (*Medtronic*, USA) длиной 23 мм и диаметром 3,5 мм. Контрольная ангиография свидетельствовала об успехе эндоваскулярного вмешательства (рис. 4, б). Осложнений не наблюдали. КТ с контрастом и чрескожная доплеровская сонография (рис. 5) через 2 дня выявили полную окклюзию ГДА и присутствие тромботических масс в полости псевдоаневризмы.

Осмотрен через 36 месяцев. Жалоб не предъявляет. При чрескожной доплеровской сонографии рецидива псевдоаневризмы не отмечено. Сохраняются УЗ-признаки хронического кальцифицирующего панкреатита. Признаки желчной гипертензии и механической желтухи отсутствуют, дренаж из желчного пузыря удален через 1 месяц после эмболизации.

Таким образом, нами показано успешное лечение гигантской псевдоаневризмы ГДА, связанной с псевдокистой головки поджелудочной железы, у больного хроническим панкреатитом путем повтор-

#### Сведения об авторах:

Дюжева Татьяна Геннадьевна (e-mail: dtg679@gmail.com), д-р мед. наук, профессор; Гусейнов Эльдар Камранович (e-mail: eldar.51@bk.ru), младший научный сотрудник; Семенов Иван Альбертович (e-mail: semenenko1979@mail.ru), канд. мед. наук, ведущий научный сотрудник; Шефер Александр Валерьевич (e-mail: sasha8167@rambler.ru), канд. мед. наук, ведущий научный сотрудник; Платонова Любовь Владимировна (e-mail: lubovrplaton@mail.ru), канд. биол. наук, ведущий научный сотрудник; Первый Московский государственный медицинский университет им. И. И. Сеченова, 119991, Москва, ул. Трубецкая, д. 8, стр. 2.