

Статья поступила в редакцию 12.07.2019 г.

**Замятин В.А., Мугатасимов И.Г., Верещагин М.А., Андрейчук Д.В., Халепа В.И.**  
Новокузнецкая городская клиническая больница № 1,  
г. Новокузнецк, Россия

## СЛУЧАЙ ЛЕЧЕНИЯ АНЕВРИЗМЫ ПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛЬНОЙ АРТЕРИИ, ОСЛОЖНЕННОЙ РЕЦИДИВИРУЮЩИМИ КРОВОТЕЧЕНИЯМИ В ПРОСВЕТ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА

Представлен собственный случай успешной диагностики и малоинвазивного лечения 57-летнего пациента с рецидивирующими кровотечениями в просвет желудочно-кишечного тракта. Пациент неоднократно поступал в хирургические стационары с клинической картиной «высоких» желудочно-кишечных кровотечений, однако применение общепринятых диагностических методик не позволяло верифицировать источник кровотечения. В условиях НГКБ № 1 были использованы рентгенэндоваскулярные методы диагностики, а затем и лечения, что позволило выявить и провести эндоваскулярную эмболизацию аневризмы гастродуоденальной артерии, и привело к выздоровлению пациента.

**Ключевые слова:** аневризма гастродуоденальной артерии; желудочно-кишечное кровотечение; рентген-эндоваскулярная хирургия; эмболизация

**Zamiatin V.A., Mugatasimov I.G., Vereshchagin M.A., Andreychuk D.V., Chalepa V.I.**  
Novokuznetsk City Clinical Hospital N 1, Novokuznetsk, Russia

### CASE OF TREATMENT OF A PANCREATODUODENAL ARTERY ANEURYSM COMPLICATED BY RECURRENT GASTROINTESTINAL BLEEDING

We present a rare case of successful diagnostic and treatment of a pancreatoduodenal artery aneurysm, complicated by recurrent gastrointestinal bleeding in a 57 years old patient, using of an angiography and endovascular embolization in our clinic.

**Key words:** pancreatoduodenal artery aneurysm; gastro-intestinal bleeding; endovascular surgery, embolization

ZAMYATIN Vadim Anatolyevich, candidate of medical sciences, surgeon, department of surgery N 1, Novokuznetsk City Clinical Hospital N 1, Novokuznetsk, Russia. E-mail: vaideem@rambler.ru

MUGATASIMOV Igor Grigorievich, candidate of medical sciences, director of the surgery clinic, head of the surgery department N 1, Novokuznetsk City Clinical Hospital N 1, Novokuznetsk, Russia. E-mail: mugatasimov.ildar@yandex.ru

VERESHCHAGIN Maxim Alekseevich, candidate of medical sciences, doctor, head of the department of X-ray endovascular diagnosis and treatment, Novokuznetsk City Clinical Hospital N 1, Novokuznetsk, Russia. E-mail: v\_maxim@list.ru

ANDREYCHUK Dmitry Vladimirovich, doctor, department of X-ray endovascular diagnosis and treatment, Novokuznetsk City Clinical Hospital N 1, Novokuznetsk, Russia. E-mail: advevh17@mail.ru

KHALEPA Vladimir Ivanovich, surgeon, deputy chief physician for surgery, Novokuznetsk City Clinical Hospital N 1, Novokuznetsk, Russia.

**А**невризмы висцеральных артерий являются очень редко встречающейся патологией. По данным мировой литературы, частота их обнаружения на аутопсиях не превышает 0,2 % [1]. Среди них частота аневризм гастродуоденальной и панкреатодуоденальной артерий составляет 6 %, и занимает лишь третье место после аневризм селезеночной (60-80 %) и печеночной артерий (20 %) [2, 3]. Разрывы аневризм сопровождаются кровотечением в полость желудка, двенадцатиперстной кишки, реже через желчевыводящие пути и панкреатические протоки, при этом отмечается высокая летальность, достигающая, по данным различных авторов, 20-50 % [4]. В доступной литературе име-

ются единичные случаи наблюдения и лечения данной патологии [5, 6]. Представляем случай лечения больного с аневризмой панкреато-дуоденальной артерии, проявившегося рецидивирующими кровотечениями в просвет ЖКТ.

**Цель сообщения** — демонстрация случая успешного лечения редкого жизнеугрожающего заболевания с использованием современных малоинвазивных технологий.

## МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Операцию проводили в условиях рентгеноперационной, использовался ангиограф Philips Xpera Allura FD20. Под местной анестезией пунктирована бедренная артерия, установлен интродюсер Radiofocus (Terumo) 6 Fr. Использовался катетер Optitorque Judkins right 5 Fr, диагностический проводник Radiofocus Guide wire 0,035”.

### Корреспонденцию адресовать:

ЗАМЯТИН Вадим Анатольевич,  
654059, г. Новокузнецк, ул. 40 лет ВЛКСМ, д. 100, кв. 108,  
Тел.: 8-905-947-58-30, 8-384-3-796-496  
E-mail: vaideem@rambler.ru

## КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Пациент М. 57 лет, с 2015 года проходил неоднократное стационарное лечение в Центральной районной больнице г. Осинники с диагнозом рецидивирующего желудочно-кишечного кровотечения. Заболевание проявлялось эпизодами массивных острых желудочно-кишечных кровотечений, источник которых при фиброэзофагогастродуоденоскопии не верифицировался, и которые самостоятельно прекращались.

На разных этапах лечения и обследования пациенту выставлялись различные диагнозы. Так, при спиральной компьютерной томографии в 2017 году были описаны признаки опухоли, острого панкреатита, панкреонекроза с формированием псевдокист в головке поджелудочной железы, в этой связи предполагалась гемобилия. В мае 2018 года, во время очередного эпизода профузного кровотечения, выполнена диагностическая лапароскопия, не выявившая патологии. Тогда же была проведена фиброколоноскопия, на которой выявлены признаки артериальной мальформации (ангиоэктазы) и дивертикулеза толстой кишки.

22.09.18 пациент вновь госпитализирован в ЦРБ г. Осинники с клиникой кровотечения из верхних отделов желудочно-кишечного тракта (мелена), при фиброэзофагогастродуоденоскопии на высоте кровотечения источника кровотечения не выявлено. При спиральной компьютерной томографии от 11.10.2018 года выявлены признаки ложной аневризмы гастродуоденальной артерии. По линии санитарной авиации пациент был переведен в Новокузнецкую Городскую Клиническую Больницу № 1.

При поступлении состояние пациента было стабильным, пациент был компенсирован по гемодинамике, показателям красной крови (гемоглобин 95 г/л) и коагулограммы. При фиброэзофагогастродуоденоскопии 11.10.18 года выявлен эрозивный

гастрит, рубцовая деформация луковицы двенадцатиперстной кишки и признаки дуоденита.

18.10.18 года у пациента вновь развилась клиническая картина массивного желудочно-кишечного кровотечения в виде обильной мелены, выраженной гипотонии, снижения уровня гемоглобина до 74 г/л. При неотложной фиброэзофагогастродуоденоскопии источник кровотечения вновь не выявлен. Больной был переведен в реанимационное отделение, где на фоне интенсивного лечения и гемостатической терапии кровотечение самостоятельно остановилось. Диагностическую сложность в данном случае представлял тот факт, что тяжесть состояния и нестабильность гемодинамики пациента не позволяли выполнить ангиографическое исследование непосредственно на высоте кровотечения.

При спиральной компьютерной ангиографии брюшной аорты и ее ветвей от 18.10.18 года выявлена мешотчатая аневризма дистального отдела гастродуоденальной артерии, без признаков экстравазации контраста.

19.10.18 года специалистами отделения рентгенэндоваскулярных методов диагностики и лечения НГКБ № 1 под местной анестезией была выполнена трансфеморальная целиако-мезентерикография: в проекции гастродуоденальной артерии, на расстоянии около 30 мм от устья, выявлено округлое образование с четкими ровными контурами, идентичное окружающим сосудам по интенсивности контрастирования, размером 14 Ч 10 мм. Выполнена тотальная эмболизация гастродуоденальной артерии, при контрольном контрастировании отмечалась окклюзия гастродуоденальной артерии, описанное образование не дифференцировалось.

Течение послеоперационного периода благоприятное, каких-либо осложнений не отмечено, кровотечение не рецидивировало, признаков панкреатита, абдоминальной ишемии не отмечено. При контрольной спиральной компьютерной томографии органов

### Сведения об авторах:

ЗАМЯТИН Вадим Анатольевич, канд. мед. наук, врач-хирург, отделение хирургии № 1, ГАУЗ КО НГКБ № 1, г. Новокузнецк, Россия.

E-mail: vaideem@rambler.ru

МУГАТАСИМОВ Игорь Григорьевич, канд. мед. наук, директор клиники хирургии, заведующий отделением хирургии № 1, ГАУЗ КО НГКБ № 1, г. Новокузнецк, Россия. E-mail: mugatasimov.ildar@yandex.ru

ВЕРЕЩАГИН Максим Алексеевич, канд. мед. наук, зав. отделением рентгенэндоваскулярных методов диагностики и лечения, ГАУЗ КО НГКБ № 1, г. Новокузнецк, Россия. E-mail: v\_maxim@list.ru

АНДРЕЙЧУК Дмитрий Владимирович, врач, отделение рентгенэндоваскулярных методов диагностики и лечения, ГАУЗ КО НГКБ № 1, г. Новокузнецк, Россия. E-mail: advevh17@mail.ru

ХАЛЕПА Владимир Иванович, врач-хирург, зам. главного врача по хирургии, ГАУЗ КО НГКБ № 1, г. Новокузнецк, Россия.

### Information about author:

ZAMYATIN Vadim Anatolyevich, candidate of medical sciences, surgeon, department of surgery N 1, Novokuznetsk City Clinical Hospital N 1, Novokuznetsk, Russia. E-mail: vaideem@rambler.ru

MUGATASIMOV Igor Grigorievich, candidate of medical sciences, director of the surgery clinic, head of the surgery department N 1, Novokuznetsk City Clinical Hospital N 1, Novokuznetsk, Russia. E-mail: mugatasimov.ildar@yandex.ru

VERESHCHAGIN Maxim Alekseevich, candidate of medical sciences, doctor, head of the department of X-ray endovascular diagnosis and treatment, Novokuznetsk City Clinical Hospital N 1, Novokuznetsk, Russia. E-mail: v\_maxim@list.ru

ANDREYCHUK Dmitry Vladimirovich, doctor, department of X-ray endovascular diagnosis and treatment, Novokuznetsk City Clinical Hospital N 1, Novokuznetsk, Russia. E-mail: advevh17@mail.ru

KHALEPA Vladimir Ivanovich, surgeon, deputy chief physician for surgery, Novokuznetsk City Clinical Hospital N 1, Novokuznetsk, Russia.

брюшной полости от 24.10.18 года выявлены мелкие инфаркты селезенки и простая киста печени, данных за панкреатит, панкреонекроз, аневризму гастродуоденальной артерии не выявлено.

Пациент был выписан на 11-е сутки послеоперационного периода, общий койко-день составил 19 дней.

Пациент осмотрен через 1, 2 и 4 месяца после лечения, при этом через 4 месяца он был планово госпитализирован для лечения паховой грыжи. Состояние пациента остается удовлетворительным, каких-либо жалоб со стороны органов пищеварения не предъявляет, кровотечение более не повторялось.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Считаем описанный метод диагностики и лечения данной патологии перспективным, целесообразны дальнейшие исследования в данной области.

## Информация о финансировании и конфликте интересов

Исследование не имело спонсорской поддержки. Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

## ЛИТЕРАТУРА / REFERENCES:

1. Huang YA, Hsieh HC, Tsai FC. Visceral artery aneurysm: risk factor analysis and therapeutic opinion. *European Journal of Vascular and Endovascular Surg.* 2009; 33: 293-301.
2. Noshier JL, Chung J, Craham AM, Siegel RL. Visceral and renal artery aneurysms: a pictorial essay on endovascular therapy. *Radiographics.* 2006; 26(6): 1687-1704.
3. Stanley JC, Messina LM, Zelenock GB. Splanchnic and renal artery aneurysms. *Vascular Surgery. A Comprehensive Review.* Philadelphia: WB Saunders, 1993. P. 435-450.
4. Khamitov FF, Dibirov MD, Tereshenko SA, Artikov AB. The diagnostics and treatment of visceral and renal arterial aneurysms. *Surgery.* 2013; 12: 85-88. Russian (Хамитов Ф.Ф., Дибиров М.Д., Трешенко С.А., Артыков А.Б. Аневризмы висцеральной и почечных артерий: диагностика и лечение //Хирургия. 2013. № 12. С. 85-88.)
5. Kaminskis A, Kratovska A, Ponomarjova S, Tolstova A, Mukans M, Stabi a S et al. Preventive transarterial embolization in upper nonvariceal gastrointestinal bleeding. *World J Emerg Surg.* 2017; 12: 1-5.
6. Lossing AG, Grosman H, Mustard RA, Hatswell EM. Emergency embolization of a ruptured aneurysm of the pancreaticoduodenal arcade. *Can J Surg.* 1995; 38(4): 363-365.

