

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ СИНДРОМА ХРОНИЧЕСКОЙ АБДОМИНАЛЬНОЙ ИШЕМИИ

И.В. Бархатов

Поликлиника ГБУЗ областной клинической больницы № 3, 454021 Челябинск, проспект Победы, 287, Россия

Изучены особенности клинических проявлений при синдроме хронической абдоминальной ишемии. Клиническая диагностика при этом заболевании сложна из-за отсутствия патогномоничных симптомов, многообразия клинических проявлений и сходства со многими заболеваниями органов брюшной полости. У 110 пациентов с хронической абдоминальной болью проанализированы особенности течения заболевания, данные анамнеза, длительность заболевания, особенности и характер абдоминальной боли, наличие сопутствующих клинических проявлений гастроэнтерологических заболеваний (метеоризм, нарушение функции толстой кишки, уменьшение массы тела и т. д.). Полученные данные свидетельствуют о том, что существуют особенности клинической симптоматики, позволяющие заподозрить синдром хронической абдоминальной ишемии на ранней стадии. Такие проявления, как отсутствие эффекта от проводимой терапии, усиление, учащение и удлинение приступов абдоминальной боли, связь боли с приемом пищи, нарушение функции толстой кишки (метеоризм и запор), уменьшение массы тела, требуют целенаправленного исключения синдрома хронической абдоминальной ишемии у пациентов с длительной абдоминальной болью. Использование полученных данных позволяет проводить раннюю диагностику синдрома хронической абдоминальной ишемии и дифференцировать его и другие заболевания органов брюшной полости.

Ключевые слова: органы брюшной полости; заболевания органов пищеварения; синдром хронической абдоминальной ишемии; непарные висцеральные ветви брюшной части аорты.

PECULIARITIES OF CLINICAL MANIFESTATIONS OF CHRONIC ABDOMINAL ISCHEMIA SYNDROME

I.V. Barkhatov

Polyclinic of Regional Clinical Hospital № 3, Chelyabinsk, Russia

Peculiarities of clinical manifestations of chronic abdominal ischemia syndrome were studied. Clinical diagnostics of this condition encounters difficulties for the lack of pathognomonic symptoms, diversity of symptoms and similarity with other abdominal diseases. The study involving 110 patients with chronic abdominal pain syndrome included assessment of medical histories, duration of the disease, signs of concomitant gastroenterologic pathology (meteorism, colonic dysfunction, reduced body mass, etc.). The data obtained illustrate peculiarities of the clinical picture giving reason to suspect chronic abdominal ischemia syndrome at the early stage of its development. Such features as the absence of treatment effect, increased frequency, duration and severity of abdominal pain, its extension to all parts of the abdomen and association with food intake, colonic dysfunction (meteorism, constipation) and reduced body mass require exclusion of this syndrome in patients with persistent abdominal pain. The data obtained may be used in early diagnostics of chronic abdominal ischemia syndrome and differentiate it from other abdominal diseases.

Key words: abdominal organs; diseases of digestive organs; chronic abdominal ischemia syndrome; odd visceral branches of abdominal aorta.

Сердечно-сосудистые заболевания относятся к одной из важнейших проблем медицины в нашей стране и за рубежом. До 80% больных ишемической болезнью сердца, гипертонической болезнью, церебральным атеросклерозом имеют атеросклеротическое поражение брюшной аорты и ее непарных висцеральных ветвей [1]. Различные варианты поражения непарных висцеральных ветвей брюшной части аорты (брюшной аорты) клинически проявляются синдромом хронической абдоминальной ишемии [2].

В последние годы отмечается рост числа больных с указанной патологией [3—5]. По данным К. Hansen и соавт. [6] и D. Wilson и соавт. [7], у 17,5% лиц старше 65 лет выявляется синдром хронической абдоминальной ишемии. По данным J. Indes и соавт. [8], ежегодно на 17% увеличивается число выявляемых пациентов с этим заболеванием.

В клинической практике врачей разных специальностей (участковых терапевтов, гастроэнтерологов, хирургов, кардиологов, ангиохирургов) встречаются

больные с длительной хронической абдоминальной болью неясной этиологии, возникающей или усиливающейся после приема пищи или физической нагрузки и проявляющейся желудочно-кишечным дискомфортом, уменьшением массы тела [9]. Выраженная абдоминальная боль на фоне окклюзионно-стенотического поражения висцеральных артерий часто симулирует острую хирургическую патологию: перфорацию полого органа, почечную колику, перитонит [10].

Клиническая диагностика синдрома хронической абдоминальной ишемии является достаточно сложной задачей из-за отсутствия патогномоничных симптомов, многообразия и вариабельности клинических проявлений, сходства клинической картины со многими заболеваниями органов пищеварения [11—21].

Диагностика синдрома хронической абдоминальной ишемии имеет большое клиническое значение, так как вследствие прогрессирования заболевания у больных постоянно существует угроза острого нарушения висцерального кровообращения, которое

Таблица 1. **Характеристика исследуемых групп пациентов с хронической абдоминальной болью**

Показатель	Нарушений кровотока нет	Минимальные нарушения кровотока	Выраженные нарушения кровотока
Число больных	39	38	33
В том числе:			
мужчин	12*	5*	5*
женщин	27*	33*	28*
Возраст пациентов, годы:			
максимальный	74	81	81
минимальный	18	21	44
Средний возраст, годы ($M \pm m$)	53,3 \pm 2,3**	63,6 \pm 2,1**	63,3 \pm 1,7**

Примечание. * — $p = 0,11$ ($p > 0,05$); ** — $p = 0,000$ ($p < 0,05$).

у многих из них заканчивается смертью больного [22—28].

Изучение особенностей клинической картины заболевания позволяет на ранней стадии заподозрить сосудистый характер поражения при абдоминальной боли и провести целенаправленное обследование пациента.

Цель настоящего исследования — изучение особенностей клинических проявлений при синдроме хронической абдоминальной ишемии.

Материал и методы

В работе представлены данные анализа обследования 110 больных с хронической абдоминальной болью, проходивших обследование и лечение на базе поликлиники областной клинической больницы № 3 Челябинска с 2008 по 2011 г. В ходе исследования все больные были разделены на 3 группы.

В 1-ю группу вошло 39 (35,5%) больных с хронической абдоминальной болью, у которых при обследовании не было выявлено нарушений кровотока по непарным висцеральным ветвям брюшной аорты, во 2-ю — 38 (34,5%) больных, у которых при обследовании были выявлены минимальные изменения со стороны непарных ветвей брюшной аорты (уплотнение и кальциноз стенок сосудов, отклонение нормального хода сосудов, изменение характера кровотока только после функциональной нагрузки), в 3-ю — 33 (30%) больных, у которых при обследовании были выявлены значимые изменения в непарных ветвях брюшной аорты (видимые сужения просвета от 40 до 70%, изменение скорости и спектра кровотока в зоне сужения просвета сосуда, изменение характера кровотока натошак и после функциональной нагрузки, значимая экстравазальная компрессия сосудов с локальной и региональной значимостью изменений кровотока).

Характеристика исследуемых групп по полу и возрасту представлена в табл. 1.

По числу мужчин и женщин исследуемые группы не различались. Были выявлены статистически значимые различия по возрасту; пациенты с нарушениями висцерального кровотока были старше.

Изучены данные анамнеза, длительность заболевания, особенности и характер абдоминальной боли, наличие сопутствующих клинических проявлений гастроэнтерологической патологии (метеоризм, нарушение стула, уменьшение массы тела и т. д.). С этой целью был разработан опросник, и на его вопросы обследуемые отвечали самостоятельно.

В ходе исследования оценивали длительность заболевания в месяцах. Интенсивность боли оценивали по градации абдоминальной боли: слабая — средней интенсивности — выраженная боль. Частоту приступов у исследуемых больных оценивали следующим образом: редко (менее 1 раза в неделю), нечасто (1 раз в неделю) и часто (каждый день), а продолжительность приступов оценивали по следующей градации: до 100 мин и более 100 мин.

В качестве метода выявления нарушений кровотока по непарным ветвям брюшной аорты использовали метод ультразвуковой доплерографии с применением функциональной (пищевой) нагрузочной пробы — стол № 5. Рассматривали частоту встречаемости различных клинических признаков во всех группах и выявляли закономерности, которые могли бы использоваться для ранней клинической диагностики синдрома хронической абдоминальной ишемии.

Для оценки особенностей клинических проявлений использовали показатели среднего и стандартной ошибки среднего ($M \pm m$), а также частоту встречаемости изучаемых признаков в группах. Оценку статистической значимости полученных различий произвели непараметрическими методами (Крускала—Уоллеса и χ^2) с применением статистической компьютерной программы «Биостатистика» версия 4.03 (автор — А. Glantz). Различия считали достоверными при $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение

Полученные результаты исследования представлены в табл. 2.

Из табл. 2 видно, что длительность абдоминальной боли была минимальной ($4,21 \pm 0,62$ мес) у больных без нарушения висцерального кровотока, увеличивалась (до $19,13 \pm 2,44$ мес) у больных с минимальными нарушениями висцерального кровотока и была максимальной ($37,3 \pm 4,69$ мес) у больных со значимыми нарушениями кровотока по непарным ветвям брюшной аорты ($p = 0,000$; $p < 0,05$). Эти данные указывают на длительное течение синдрома хронической абдоминальной ишемии у больных с выраженными нарушениями кровотока без выявления реальной причины заболевания. Таких пациентов часто лечат от других гастроэнтерологических заболеваний на фоне постоянно рецидивирующей абдоминальной боли. При отсутствии сосудистой причины заболевания слабая абдоминальная боль отмечается у 24 (61,5%) пациентов, а сильная боль — лишь у 2 (5,1%) больных ($p < 0,05$). У больных с ранними проявлениями синдрома хронической абдоминальной ишемии наиболее часто отмечается боль средней интенсивности — у 23 (60,5%) больных ($p < 0,05$). У пациентов с выраженными признаками синдрома хронической абдоминальной ишемии преобладает абдоминальная боль средней интенсивности — у 16 (48,5%) больных, выраженная абдоминальная боль — у 8 (24,2%) больных ($p < 0,05$). Таким образом, можно отметить, что на сосудистый характер абдоминальной боли указывает выраженный ее характер.

У больных, не имеющих нарушений висцерального кровотока, отмечено нечастое возникновение боли — у 18 (46%), в то время как у больных с синдромом хронической абдоминальной ишемии отмечены частые боли — у 22 (58%) больных 1-й группы и 20 (61%) больных 3-й группы соответственно ($p < 0,05$). Это указывает на учащение приступов абдоминальной боли при прогрессировании стенотического процесса.

Данные, приведенные в табл. 2, свидетельствуют об увеличении длительности болевого приступа при синдроме хронической абдоминальной ишемии с выраженными сосудистыми нарушениями. Так, при отсутствии нарушений кровотока или при минималь-

Таблица 2. Характер клинических проявлений у обследуемых больных

Показатель	Нарушений кровотока нет (n = 39)	Минимальные нарушения кровотока (n = 38)	Выраженные нарушения кровотока (n = 33)	p
Длительность хронической абдоминальной боли (M ± m), мес	4,21 ± 0,62	19,13 ± 2,44	37,3 ± 4,69	0
Интенсивность абдоминальной боли, n (%):				
слабая	24 (61,5)	14 (36,9)	9 (27,3)	0,009
средней интенсивности	13 (33,4)	23 (60,5)	16 (48,5)	0,057
выраженная	2 (5,1)	1 (2,6)	8 (24,2)	0,005
Частота приступов абдоминальной боли, n (%):				
редко	10 (26)	3 (8)	—	0,002
нечасто	18 (46)	13 (34)	13 (40)	0,562
часто	11 (28)	22 (58)	20 (61)	0,008
Длительность болевого приступа, n (%):				
до 100 мин	37 (94,9)	37 (97,4)	23 (69,7)	0
более 100 мин	2 (5,1)	1 (2,6)	10 (30,3)	0
Характер абдоминальной боли, n (%):				
тупая	6 (15,3)	3 (7,9)	1 (3)	0,183
тупая, ноющая	30 (76,9)	30 (78,9)	29 (87,9)	0,464
колющая	1 (2,6)	—	2 (6,1)	0,294
жгучая/колющая	1 (2,6)	5 (13,2)	1 (3)	0,151
жгучая	1 (2,6)	—	—	0,399
Связь абдоминальной боли с приемом пищи или голодом, n (%):				
не отмечена	31 (79,5)	19 (50)	10 (30,3)	0
появление боли при голоде	2 (5,1)	4 (10,5)	2 (6,1)	0,627
появление боли после приема пищи	6 (15,4)	15 (39,5)	21 (63,6)	0,000
Купирование приступа абдоминальной боли, n (%):				
боль проходит самостоятельно	32 (82)	27 (71)	21 (63,7)	0,208
боль купируется спазмолитиками	5 (12,8)	11 (28,9)	11 (33,3)	0,109
боль имеет постоянный характер	2 (5,2)	—	1 (3)	0,382
Нарушение функции толстой кишки, n (%):				
нет	19 (48,7)	10 (26,3)	9 (27,3)	0,068
запор	12 (30,8)	20 (52,6)	21 (63,6)	0,017
запор/понос	3 (7,7)	5 (13,2)	2 (6,1)	0,543
понос	5 (12,8)	3 (7,9)	1 (3)	0,319
Метеоризм, n (%):				
нет	11 (28,3)	5 (13,2)	—	0,003
есть	28 (71,7)	33 (86,8)	33 (100)	0,003
Уменьшение массы тела, n (%):				
на 5 кг	38 (97,4)	32 (84,2)	26 (78,8)	0,048
более чем на 5 кг	1 (2,6)	6 (15,8)	7 (21,2)	0,048

ных его изменениях длительность болевого приступа не превышает 100 мин у 94,9% больных 1-й группы и 97,4% больных 2-й группы. В то же время у больных с выраженными нарушениями висцерального кровотока длительность болевого приступа более 100 мин отмечена у 30,3% больных ($p < 0,05$).

Локализация боли при хронической абдоминальной боли оценивали по распространенности боли по передней брюшной стенке. В 1-й группе боль, распространенная по всему животу, имела место у 2 (5,1%) больных, во 2-й — у 6 (15,4%), в 3-й — у 12 (30,8%) больных ($p = 0,003$, $p < 0,05$). У остальных пациентов боль была локализована в какой-либо одной области.

Во всех исследуемых группах преобладала тупая, ноющая боль.

У пациентов без нарушения висцерального кровотока связь болевого синдрома с приемом пищи отмечена в 15,4% случаев, у больных с ранними проявлениями синдрома хронической абдоминальной ишемии — в 39,5%, а у лиц с выраженными изменениями висцерального

кровотока — в 63,6% случаев ($p < 0,05$). Эти данные указывают на то, что при выраженном нарушении висцерального кровотока имеется четкая взаимосвязь абдоминальной боли с приемом пищи.

С появлением нарушений висцерального кровотока отмечается уменьшение числа больных, у которых приступ абдоминальной боли купируется самостоятельно (в 82 до 63,7%), хотя полученные данные не имеют статистической достоверности. Вместе с тем отмечается увеличение числа больных, у которых требуется применение лекарственных препаратов для купирования приступа абдоминальной боли (с 12,8 до 33,3%).

Кроме характера абдоминальной боли, оценивали нарушение деятельности желудочно-кишечного тракта, появление метеоризма и уменьшение массы тела. Отмечено уменьшение числа больных, у которых не было нарушений деятельности желудочно-кишечного тракта с 48,7 до 26,3 и 27,3% у больных с синдромом хронической абдоминальной ишемии.

У пациентов с сосудистыми нарушениями вис-

цереального кровотока метеоризм отмечается в 100% случаев, что некоторые авторы [7] рассматривают как ранний признак синдрома хронической абдоминальной ишемии. С усугублением синдрома хронической абдоминальной ишемии отмечено увеличение числа больных со значительным уменьшением массы тела.

Таким образом, с учетом выявленных особенностей необходим дифференцированный подход к диагностическому поиску у больных с хронической абдоминальной болью с целью назначения адекватных и информативных диагностических методов исследования и раннего выявления синдрома хронической абдоминальной ишемии.

Выводы

1. Такие клинические проявления, как отсутствие эффекта проводимой терапии, усиление, учащение и удлинение приступов абдоминальной боли, связь боли с приемом пищи, появление необходимости медикаментозного купирования приступа, а также нарушение функции толстой кишки в виде метеоризма и запора, уменьшение массы тела, могут быть симптомами хронической абдоминальной ишемии.

2. Выявление подобных признаков является показанием для проведения исследования кровотока по непарным висцеральным ветвям брюшной аорты.

ЛИТЕРАТУРА

1. Лазебник Л.Б., Звенигородская Л.А. Хроническая ишемическая болезнь органов пищеварения. М.: Анахарсис; 2003.
2. Гавриленко А.В., Косенков А.Н. Диагностика и хирургическое лечение хронической абдоминальной ишемии. М.; 2000.
3. Freitas D.J., Stoner M., Powell S., Parker F. Renal-splanchnic steal syndrome: the treatment of chronic mesenteric ischemia with renal angioplasty and stenting. *Vasc. Endovasc. Surg.* 2009; 43: 385—8.
4. Morris J.T., Guerriero J., Sage J.G., Mansour M.A. Three isolated superior mesenteric artery dissections: update of previous case reports, diagnostics, and treatment options. *J. Vasc. Surg.* 2008; 47: 649—53.
5. Wilke R., Hutmacher J., Nowak T., Schmidt W.U. Chronic mesenteric ischemia with consecutive ischemic colitis. Suggestions for diagnosis and therapy. *Chirurg.* 2006; 77: 1152—7.
6. Hansen K.J., Wilson D.B., Craven T.E. et al. Mesenteric artery disease in the elderly. *J. Vasc. Surg.* 2004; 40: 45—52.
7. Wilson D.B., Mostafavi K., Craven T.E. et al. Clinical course of mesenteric artery stenosis in elderly americans. *Arch. Intern. Med.* 2006; 166: 2095—100.
8. Indes J.E., Giacobelli J.K., Muhs B.E. et al. Outcomes of endovascular and open treatment for chronic mesenteric ischemia. *J. Endovasc. Ther.* 2009; 16: 624—30.
9. Шубина Е.Н., Логинов А.С., Звенигородская Л.А. Клинико-морфологическая динамика изменений гастродуоденальной зоны при хронической абдоминальной ишемии. *Российский гастроэнтерологический журнал.* 2000; 1: 24—9.
10. Хрипун А.И., Шурыгин С.Н., МIRONKOV А.Б. и др. Эндоскулярное лечение острой интестинальной ишемии у пациента с критическим стенозом верхней брыжеечной артерии и чревного ствола. *Ангиология и сосудистая хирургия.* 2009; 4: 136—8.
11. Ашер Э. Сосудистая хирургия по Хаймовичу. М.: Бином; 2010; т. 1.
12. Губергриц Н.Б., Ладария Е.Г. Современные возможности диагностики и лечения абдоминального ишемического синдрома и хронической ишемической панкреатопатии. *Медицинская визуализация.* 2007; 2: 11—23.
13. Калинин А.В., Степура Д.К., Корнеев Н.В. и др. Хронический абдоминальный ишемический синдром и сочетанные с ним заболевания: особенности диагностики и лечения. *Клинические перспективы гастроэнтерологии, гепатологии.* 2003; 6: 19—23.
14. Ойноткинова О.Ш., Немытин Ю.В. Атеросклероз и абдоминальная ишемическая болезнь. М.: Медицина; 2001.
15. Филиппович Н.С. Хронические нарушения висцерального кровообращения. *Новости лучевой диагностики.* 2000; 1: 8—11.
16. Brandao D., Koullias G.J., Caparrelli D.J., Diethrich E.B. Inferior mesenteric artery stenting: a solution for chronic mesenteric

- ischemia. *Perspect. Vasc. Surg. Endovasc. Ther.* 2009; 21: 186—9.
17. **Chahid T., Alfidja A.T., Biard M.** et al. Endovascular treatment of chronic mesenteric ischemia: results in 14 patients. *Cardiovasc. Intervent. Radiol.* 2004; 27: 637—42.
18. **Chandra A., Quinones-Baldrich W.J.** Chronic mesenteric ischemia: how to select patients for invasive treatment. *Semin. Vasc. Surg.* 2010; 23: 21—8.
19. **Mensink P.B., van Petersen A.S., Geelkerken R.H.** et al. Clinical significance of splanchnic artery stenosis. *Br. J. Surg.* 2006; 93: 1377—82.
20. **Schaefer P.J., Schaefer F.K., Mueller-Huelsbeck S., Jahnke T.** Chronic mesenteric ischemia: stenting of mesenteric arteries. *Abdom. Imag.* 2007; 32: 304—9.
21. **Takayama T., Miyata T., Shirakawa M., Nagawa H.** Isolated spontaneous dissection of the splanchnic arteries. *J. Vasc. Surg.* 2008; 48: 329—33.
22. **Курков А.А., Игнатов А.М., Абдельмонейм Абдалла Эль Хасан** и др. Хирургическое лечение декомпенсации мезентериального кровообращения при хронических окклюзионных поражениях верхней брыжеечной артерии. *Регионарное кровообращение и микроциркуляция.* 2002; 2: 22—5.
23. **Савельев В.С., Кириченко А.И.** Клиническая хирургия. М.: ГЭОТАР-Медиа; 2009; т. 2.
24. **Хорошнина Л.П.** Поражение мезентериальных сосудов у пожилых. *Клиническая геронтология.* 2001; 7: 34—7.
25. **Edwards M.S., Cherr G.S., Craven T.E.** Acute occlusive mesenteric ischemia: Surgical management and outcomes. *Ann. Vasc. Surg.* 2003; 17: 72—9.
26. **English W.P., Pearce J.D., Craven T.E.** et al. Chronic visceral ischemia: symptom-free survival after open surgical repair. *Vasc. Endovasc. Surg.* 2004; 38: 493—503.
27. **Mukherjee D., Hendershot K.M.** Splenic artery-to-superior mesenteric artery bypass for chronic mesenteric ischemia. A case report. *Vasc. Endovasc. Surg.* 2004; 38: 465—8.
28. **Park W.M., Gliviczi P., Cherry K.J.** Contemporary management of acute mesenteric ischemia: Factors associated with survival. *J. Vasc. Surg.* 2002; 35: 445—52.

REFERENCES

1. **Lazebnik L.B., Zvenigorodskaya L.A.** Chronic ischemic heart disease of the digestive system. Moscow: Anasharsis; 2003 (in Russian).
2. **Gavrilenko A.V., Kosenkov A.N.** Diagnosis and surgical treatment of chronic abdominal ischemia. Moscow: Izdatel'skiy dom «Graal»; 2000 (in Russian).
3. **Freitas D.J., Stoner M., Powell S., Parker F.** Renal-splanchnic steal syndrome: the treatment of chronic mesenteric ischemia with renal angioplasty and stenting. *Vasc. Endovasc. Surg.* 2009; 43: 385—8.
4. **Morris J.T., Guerriero J., Sage J.G., Mansour M.A.** Three isolated superior mesenteric artery dissections: update of previous case reports, diagnostics, and treatment options. *J. Vasc. Surg.* 2008; 47: 649—53.
5. **Wilke R., Hutmacher J., Nowak T., Schmidt W.U.** Chronic mesenteric ischemia with consecutive ischemic colitis. Suggestions for diagnosis and therapy. *Chirurg.* 2006; 77: 1152—7.
6. **Hansen K.J., Wilson D.B., Craven T.E.** et al. Mesenteric artery disease in the elderly. *J. Vasc. Surg.* 2004; 40: 45—52.
7. **Wilson D.B., Mostafavi K., Craven T.E.** et al. Clinical course of mesenteric artery stenosis in elderly americans. *Arch. Intern. Med.* 2006; 166: 2095—100.
8. **Indes J.E., Giacobelli J.K., Muhs B.E.** et al. Outcomes of endovascular and open treatment for chronic mesenteric ischemia. *J. Endovasc. Ther.* 2009; 16: 624—30.
9. **Shubina E.N., Loginov A.S., Zvenigorodskaya L.A.** Clinical and morphological changes in the dynamics of gastroduodenal chronic abdominal ischemia. *Rossiyskiy gastroenterologicheskii zhurnal.* 2000; 1: 24—9 (in Russian).
10. **Khripun A.I., Shurygin S.N., Mironkov A.B., Kalashnikov S.V., Pramikov A.D.** Endovascular treatment of acute intestinal ischemia in patients with critical stenosis of the superior mesenteric artery and celiac trunk. *Angiologiya i sosudistaya khirurgiya.* 2009; 4: 136—8 (in Russian).
11. **Asher E.** Vascular surgery at Haimovich. Moscow: BINOM. *Laboratory znaniy;* 2010; vol. 1 (in Russian).
12. **Gubergrits N.B., Ladariya E.G.** Modern diagnosis and treatment of abdominal ischemic syndrome and chronic ischemic pancreatopathy. *Meditinskaya vizualizatsiya.* 2007; 2: 11—23 (in Russian).
13. **Kalinin A.V., Stepuro D.K., Korneev N.V., Tokmulina G.M., Grabko N.N.** Chronic abdominal angina and match them with the

- disease: diagnostic features and treatment. *Klinicheskie perspektivy gastroenterologii, gepatologii*. 2003; 6: 19—23 (in Russian).
14. **Oynotkinova O.Sh., Nemytin Yu.V.** Atherosclerosis and coronary heart disease abdominal. Moscow: Medicina; 2001 (in Russian).
 15. **Filippovich N.S.** Chronic disorders of the visceral circulation. *Novosti luchevoy diagnostiki*. 2000; 1: 8—11 (in Russian).
 16. **Brandao D., Koullias G.J., Caparrelli D.J., Diethrich E.B.** Inferior mesenteric artery stenting: a solution for chronic mesenteric ischemia. *Perspect. Vasc. Surg. Endovasc. Ther.* 2009; 21: 186—9.
 17. **Chahid T., Alfidja A.T., Biard M.** et al. Endovascular treatment of chronic mesenteric ischemia: results in 14 patients. *Cardiovasc. Intervent. Radiol.* 2004; 27: 637—42.
 18. **Chandra A., Quinones-Baldrich W.J.** Chronic mesenteric ischemia: how to select patients for invasive treatment. *Semin. Vasc. Surg.* 2010; 23: 21—8.
 19. **Mensink P.B., van Petersen A.S., Geelkerken R.H.** et al. Clinical significance of splanchnic artery stenosis. *Br. J. Surg.* 2006; 93: 1377—82.
 20. **Schaefer P.J., Schaefer F.K., Mueller-Huelsbeck S., Jahnke T.** Chronic mesenteric ischemia: stenting of mesenteric arteries. *Abdom. Imag.* 2007; 32: 304—9.
 21. **Takayama T., Miyata T., Shirakawa M., Nagawa H.** Isolated spontaneous dissection of the splanchnic arteries. *J. Vasc. Surg.* 2008; 48: 329—33.
 22. **Kurkov A.A., Ignashov A.M., Abdel'moneym Abdalla El'Khasan, Borovikova O.P., Cvenkova E.A.** Surgical treatment of mesenteric circulatory decompensation of chronic occlusive lesions of the superior mesenteric artery. *Regionarnoe krovoobrashchenie i mikrotsirkulyatsiya*. 2002; 2: 22—54 (in Russian).
 23. **Savel'ev V.S., Kirienko A.I.** *Clinical Surgery*. Moscow: GEOTAR-Media; 2009; vol. 2 (in Russian).
 24. **Khoroshinina L.P.** The defeat of the mesenteric vessels in the elderly. *Klinicheskaya gerontologiya*. 2001; 7: 34—7 (in Russian).
 25. **Edwards M.S., Cherr G.S., Craven T.E.** Acute occlusive mesenteric ischemia: Surgical management and outcomes. *Ann. Vasc. Surg.* 2003; 17: 72—9.
 26. **English W.P., Pearce J.D., Craven T.E.** et al. Chronic visceral ischemia: symptom-free survival after open surgical repair. *Vasc. Endovasc. Surg.* 2004; 38: 493—503.
 27. **Mukherjee D., Hendershot K.M.** Splenic artery-to-superior mesenteric artery bypass for chronic mesenteric ischemia. A case report. *Vasc. Endovasc. Surg.* 2004; 38: 465—8.
 28. **Park W.M., Gloviczki P., Cherry K.J.** Contemporary management of acute mesenteric ischemia: Factors associated with survival. *J. Vasc. Surg.* 2002; 35: 445—52.

Поступила 22.02.13

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2013

УДК 616.362-007.63-06:616.36-004]-07-08

БОЛЕЗНЬ КАРОЛИ: ТРУДНОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ВОЗМОЖНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ

Е.В. Лузина¹, Н.А. Митин¹, В.Ю. Погребняков¹, Л.В. Федорова²

¹ГБОУ ВПО Читинская государственная медицинская академия Минздрава России, 672090 Чита, ул. Горького, 39а;

²ГУЗ Краевая клиническая больница, Чита

Болезнь Кароли — редкое врожденное заболевание, характеризующееся сегментарной необструктивной фиброзно-кистозной дилатацией внутрипеченочных желчных протоков. Расширенные протоки могут инфицироваться и содержать камни. Приводится обзор современной литературы, посвященной болезни Кароли, как описание единичных случаев, так и некоторый анализ клинических особенностей и результатов лечения, основанный на небольшой когорте больных. Ведущими методами диагностики заболевания являются визуализирующие: УЗИ, КТ, МРТ, ретроградная или транспеченочная холангиография. Хирургические методы являются наиболее оптимальными в лечении больных. Используются резекция печени, наложение гепатикојеюноанастомозов и трансплантация органа. Выбор зависит от объема поражения и развития осложнений. Авторы представили собственное наблюдение болезни Кароли у 35-летней женщины, которой успешно была выполнена левосторонняя бисегментэктомия, хотя диагностировано заболевание было только спустя 14 лет от появления первых симптомов. Несмотря на редкость патологии, болезнь Кароли должна быть включена в алгоритм дифференциальной диагностики при рецидивирующих болях в животе, сопровождающихся явлениями холестаза или лихорадкой неизвестного происхождения.

Ключевые слова: болезнь Кароли; диагностика; лечение.

CAROLI'S DISEASE: DIAGNOSTIC PROBLEMS AND POSSIBILITIES OF TREATMENT

E.V. Luzina¹, N.A. Mitin¹, V.Yu. Pogrebnyakov¹, L.V. Fedorova²

¹Chita State Medical Academy; ²Regional Clinical Hospital, Chita, Russia

Caroli's disease is a rare congenital condition characterized by segmental non-obstructive fibrocystic dilation of intrahepatic bile ducts. Dilated ducts may be infected and contain stones. This review of the modern literature describes few known cases of the disease, analyses its clinical features and results of treatment. The principal diagnostic methods include visualization by ultrasound study, CT, MRT, retrograde and transhepatic cholangiography. Surgical intervention is the method of choice for the treatment of the disease including resection of liver, placement of hepatico-jejunal anastomoses and transplantation. The choice depends on the extent of the lesion and anticipated complications. The authors' observation of the patient with Caroli's disease in a 35 year-old woman is presented. It was successfully treated by left-hand bisegmentectomy even though the disease was diagnosed 14 years after the first symptoms. It is recommended that the disease, even if a rare one, should be included in the algorithm of differential diagnostics of recurrent abdominal pain with manifestations of cholestasis or fever of an unknown origin.

Key words: Caroli's disease; diagnostics; treatment.

Болезнь Кароли — это редкое врожденное заболевание, характеризующееся сегментарной необструктивной фиброзно-кистозной дилатацией внутрипеченочных желчных протоков с частым формированием

внутрипеченочных камней. Сочетание дилатации внутрипеченочных желчных протоков и врожденного фиброза печени называют синдромом Кароли. Впервые заболевание было описано в 1958 г. французским