



## ПРИСТУПООБРАЗНЫЕ АБДОМИНАЛЬНЫЕ БОЛИ И ДИСПЕПТИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА, ОБУСЛОВЛЕННЫЕ ВНУТРЕННИМ ДРЕНИРУЮЩИМ СТЕНТОМ ЛЕВОЙ ПОЧКИ, У БОЛЬНОГО С КАСКАДНЫМ ЖЕЛУДКОМ

Ли Е.Д.<sup>1</sup>, Левченко С.В.<sup>2</sup>, Белозеров Ю.И.<sup>1</sup>, Лазебник Л.Б.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Медицинский центр Центробанка России

<sup>2</sup> ГУЗ Центральный научно-исследовательский институт гастроэнтерологии ДЗ г. Москвы

Левченко Светлана Владимировна  
111123, Москва, шоссе Энтузиастов, д. 86  
E-mail : gastroenter@rambler.ru

Современная клиника внутренних болезней характеризуется «...полиморбидностью, т.е. синхронным течением нескольких заболеваний в различных фазах и стадиях своего развития...» [1]. Одной из особенностей полиморбидности является поликазуальная моносимптоматика — единый симптом, обусловленный несколькими патогенетическими причинами. Считается, что это характерно для клиники пожилых людей, т.е. гериатрической. Наше наблюдение показывает, что подобные ситуации могут возникать и у лиц более молодого возраста.

Больной 57 лет, много оперирующий кардиохирург, был направлен на консультацию в ЦНИИГ по поводу болей в эпигастрии и в левой половине живота без четкой связи с приемом пищи, уменьшающихся в положении лежа на животе, периодически отдающих в левую поясничную область, тошноты и рвоты после приема пищи, прогрессирующей общей слабости и снижения массы тела за последние два месяца на 20 кг.

**Анамнез болезни:** боли в эпигастрии без видимой причины беспокоят с первой декады мая 2011 г., впервые больной госпитализирован в МЦ ЦБ в мае 2011 г.

Объективный статус: во время осмотра больной жалоб не предъявляет, после приема пищи отмечает возникновение тошноты, болей в эпигастрии, характер которых меняется при изменении положения тела (интенсивность их снижается в положении лежа на животе и в коленно-локтевой позиции). Кожные покровы обычной окраски и влажности, отеков нет, лимфоузлы не увеличены, пальпация межреберий с обеих сторон болезненна. В легких

дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 16. Тоны сердца приглушены, ритм правильный АД 120/70 мм рт.ст., ЧСС 84. Язык влажный, обложен белым налетом. Живот мягкий, болезненный в эпигастриальной области. Печень у края реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Дизурических явлений нет. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.

### ДАнные ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ

**Эзофагогастродуоденоскопия:** Эндоскопические признаки умеренно выраженного атрофического гастрита с очаговыми геморрагическими проявлениями, дуоденита с признаками лимфостаза (косвенно свидетельствуют о заболевании органов панкреатобилиарной области). Недостаточность розетки кардии Зет по Hill, гиперпластические изменения слизистой оболочки проксимальных отделов пищевода. Цитологическое исследование: цитограмма хронического атрофического гастрита с выраженной активностью процесса в теле; умеренной пролиферацией и умеренными реактивными изменениями покровно-ямочного эпителия (в № 2) с участками фиброза (в № 2). *Нр +++.*

Гистологическое исследование: хронический атрофический гастрит с умеренной активностью процесса и умеренной пролиферацией покровно-ямочного эпителия.

**УЗИ органов брюшной полости, почек, забрюшинного пространства:** киста печени. Жировая инфильтрация печени, поджелудочной железы.

**Доплеровское исследование аорты, почечных и мезентериальных артерий:** признаков стеноза

почечных артерий нет. Признаков гемодинамически значимого стеноза чревного ствола и верхней брыжеечной артерии не определяется.

**Электрокардиография в 12 стандартных отведениях:** регистрируется синусовый ритм с наклоном к тахикардии, ЧСС 90 в мин. Горизонтальное положение электрической оси сердца. Замедление внутрипредсердной и АВ проводимости (инт. PQ на верхней границе нормы). Нарушение внутрижелудочковой проводимости по правой ветви п. Гиса. Умеренные изменения миокарда в нижней стенке вероятно гипертрофированного левого желудочка. При сравнении с архивной ЭКГ без существенной динамики. При дальнейшем наблюдении без отрицательной динамики.

**Трансторакальная эхокардиография:** стенка аорты уплотнена. Умеренная дилатация аорты на уровне синусов. Гемодинамически значимой клапанной патологии не выявлено. Полости сердца не расширены. Незначительная гипертрофия миокарда ЛЖ (МЖП 13 мм, ЗСЛЖ 12 мм). Глобальная систолическая функция ЛЖ не нарушена (ФВ 70%). По сравнению с эхо-КГ от апреля 2010 г. нормализовались размеры правых отделов сердца. За год наблюдения отмечается увеличение размеров аорты на уровне синусов (на 2 мм).

**Аксиальная компьютерная томография органов грудной клетки:** очагово-инфильтративных изменений в легких, внутригрудной лимфаденопатии не выявлено.

Данные лабораторных исследований:

Общеклиническое, биохимическое и иммунологическое исследование крови и системы гемостаза без отклонения от нормальных показателей.

Был выставлен диагноз: дисфункция сфинктера Одди по панкреатическому типу, эрозивно-геморрагический гастрит, ассоциированный с *Нр*, рефлюкс-эзофагит 1 ст. (при контрольном исследовании эрозии эпителизованы).

Назначено лечение: маалокс 15 мг 4 раза в сут., некسيوم 20 мг 2 раза в сут. с уменьшением дозы до 20 мг на ночь, дюспаталин капсулы 200 мг 2 раза в сут.

На фоне лечения интенсивность болевого синдрома несколько снизилась.

После выписки, несмотря на сохраняющиеся боли в эпигастрии, больной продолжил активную трудовую деятельность, однако вскоре болевой синдром усилился до высокой интенсивности с иррадиацией в левую паховую область; вновь появились тошнота и рвота после приема пищи, в связи с чем больной резко ограничил количество потребляемой пищи и потерял за два месяца до 20 кг массы тела.

При повторной госпитализации в МЦ БР в июне 2011 выявлены изменения в анализе мочи (цвет желтый, кетоны отриц., прозрачность неполная, лейкоциты в п/зр 10–12, плотность 1,03 (N1.008–1.025), эритроциты покрывают все п/зр, реакция (рН) 6,0, эпителий плоский в п/зр 1–2, белок 1,68 г/л, слизь в п/зр умеренное кол-во, глюкоза не обнаруж.,

бактерии в п/зр большое кол-во). Диагностирована мочекаменная болезнь, резидуальный конкремент нижней трети левого мочеточника (7 мм), рецидивирующая левосторонняя почечная колика.

Дистанционная уретеролитотрипсия слева оказалась неэффективной, посему была предпринята левосторонняя уретеролитоэкстракция с дренированием левой почки внутренним стентом № 4,8 Ch. Верхний и нижний завитки стента сформированы под рентгенологическим и визуальным контролем в лоханке и мочевом пузыре соответственно. Стент совершает дыхательные движения, из отверстий поступает моча.

Послеоперационный период протекал благоприятно, больной выписан на третий день.

Однако через 2 недели он вновь поступает в стационар с нарастающей интенсивностью болей в животе и симптомами диспепсии.

При физикальном обследовании каких-либо отклонений не найдено. Было проведено следующее инструментальное дообследование.

**Колоноскопия:** дивертикулез (незначительно выраженный) левых отделов ободочной кишки без признаков дивертикулита. Умеренное повышение тонуса сигмовидной кишки. Слизистая оболочка толстой и дистальной части подвздошной кишки имеет нормальный вид.

**Рентгенологическое исследование желудка:** признаки гастрита. Выраженный каскадный перегиб тела желудка с удлинением кардии, усиливающийся на вдохе и частично расправляющийся при глубоком наклоне вперед с развитием незначительного застоя бариевой взвеси в области опущенного свода желудка. Признаки энтерита. Замедление прохождения бариевой взвеси по тонкой и толстой кишке.

**Аксиальная компьютерная томография органов брюшной полости и забрюшинного пространства:** небольшая киста правой доли печени. Деформация желчного пузыря. Добавочные почечные артерии и вены с обеих сторон. Мелкие обызвествления сосочков пирамид правой почки. Состояние после дистальной уретеролитотрипсии слева, стентирования левых мочевых путей. Умеренное уплотнение периауретеральной клетчатки слева.

**МРТ органов брюшной полости и забрюшинного пространства:** киста правой доли печени. Деформация желчного пузыря. Стентирование левых мочевых путей, отечно-инфильтративные изменения периауретеральной клетчатки слева.

**МРТ шейно-грудного отдела позвоночника:** распространенные дегенеративные изменения межпозвоночных сегментов шейного, грудного и поясничного отделов позвоночника: остеохондроза, спондилоартроза. Протрузии дисков С3/4, С4/5 с умеренной компрессией позвоночного канала. Антелистез С6.

Консилиум специалистов ЦНИИГ предположил перегиб желудка как причину болевого синдрома и рекомендовал продолжить лечение спазмолитиками

и прокинетиками, ограничив объем принимаемой пищи, особенно в вечерние часы, с преимущественным пребыванием в вертикальном положении в дневное время.

Состояние больного оставалось прежним, эпизоды болевых ощущений участились, и через два дня совместно с урологом было принято решение об удалении стента.

Удален катетер-стент левых верхних мочевых путей без осложнений. После удаления стента исчезли боли в животе, тошнота и рвота. Показатели гемодинамики стабильны АД 100/70 мм рт. ст., ЧСС 76 ударов в минуту. Язык влажный, чистый. Живот мягкий, безболезненный. Печень у края реберной дуги. Появился аппетит, вес увеличился на 2 кг. Через несколько дней больной приступил к работе.

Заключительный клинический диагноз:

Основной: грыжа пищеводного отверстия диафрагмы. Каскадная деформация желудка. Хронический атрофический гастрит, ассоциированный с *Helicobacter pylori*. Мочекаменная болезнь, ремиссия. Стент левых верхних мочевых путей, удаление стента.

Сопутствующие заболевания: стеатоз печени. Киста печени. Дивертикулез толстой кишки. Узловой эутиреоидный зоб. Распространенные дегенеративные изменения межпозвоночных сегментов шейного, грудного и поясничного отделов позвоночника. Протрузии дисков С3/4, С4/5 с умеренной компрессией позвоночного канала. Антелистез С6.

Рекомендации по дальнейшему лечению: соблюдение рационального режима труда и отдыха, щадящей диеты (питание дробное, после приема пищи горизонтальное положение не принимать), продолжить ношение бандажа. Продолжить прием ингибиторов протонной помпы, спазмолитиков и психотропных.

## ОБСУЖДЕНИЕ

Затянувшийся диагностический поиск был обусловлен сочетанием нескольких нозологических форм, отсутствием в первую госпитализацию дизурии и изменений в мочевом осадке, наличием явных признаков патологии желудка, что и привело к мысли о том, что именно она является причиной болевого синдрома и диспептических расстройств. Выявление при повторном обращении рентгенологических признаков каскадного желудка усугубило это заблуждение, несмотря на обнаружение в это же время почечной патологии с признаками внутрипочечного уростаза, удаление камня и постановку катетера-стента левого мочеточника.

Вместе с тем короткий анамнез заболевания (2 мес.), отсутствие должного эффекта от стандартной терапии гастрогенной диспепсии, некоторые особенности болевого синдрома (уменьшение болей в определенных положениях тела) с иррадиацией болей в пах и левую поясничную область должны

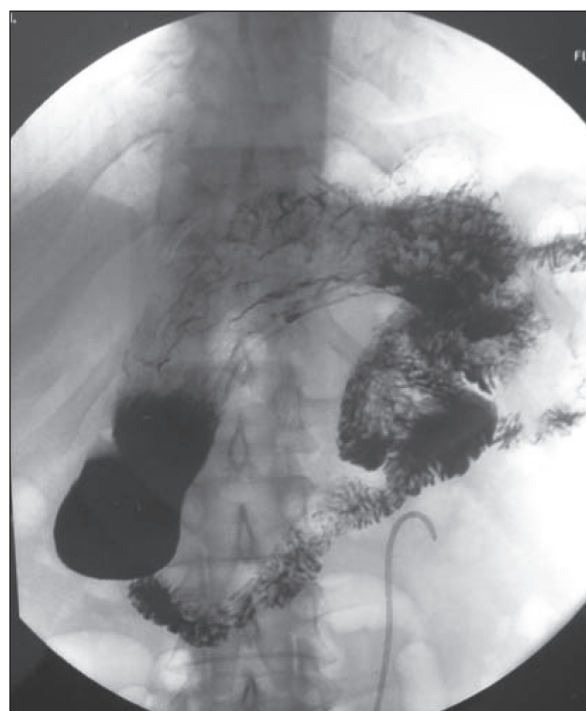
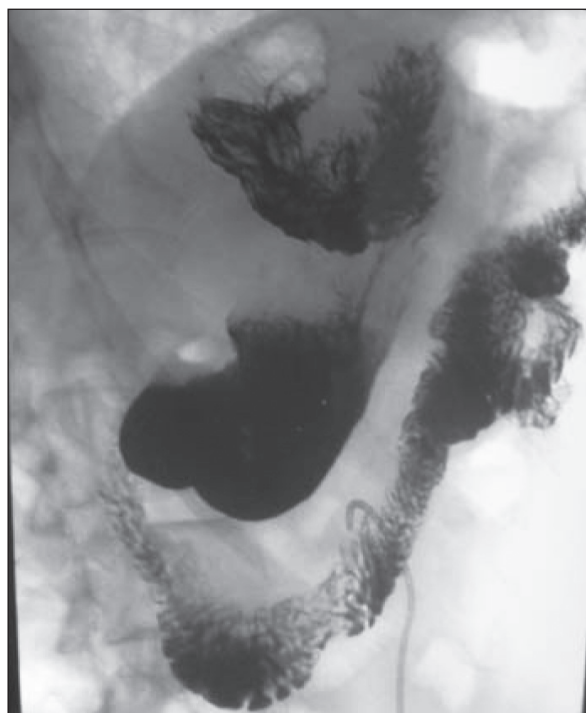
были навести на мысль о возможном заболевании почек и необходимости углубленного обследования, поскольку известен, например, психо-симптом (вынужденное приведение нижних конечностей к туловищу), что связано с распространением воспалительного процесса на околопочечную жировую клетчатку, в результате чего развивается спастическая контрактура поясничной мышцы. О распространении воспалительного процесса на периуретеральную клетчатку в нашем клиническом примере свидетельствуют результаты КТ и МРТ забрюшинного пространства (уплотнение и отечно-инфильтративные изменения периуретеральной клетчатки слева).

Кроме того, в руководствах по урологии при нарушениях уродинамики и/или воспалительных явлениях в чашечно-лоханочной системе почек отмечаются тошнота, рвота, отсутствие аппетита, похудание [2], что и имело место у нашего больного. Могут беспокоить боли в верхней половине живота. В тяжелых же случаях инфекции мочевыводящих путей, например если гнойник локализуется на передней поверхности почки, возможно вовлечение в воспалительный процесс брюшины с развитием перитонеальных симптомов. В таких случаях сильные боли в сочетании с симптомами раздражения брюшины нередко приводят к ошибочному диагнозу аппендицита, острого холецистита, панкреатита, прободной язвы желудка и других заболеваний, особенно если дизурические явления и патологические изменения в моче отсутствуют, как это нередко бывает в первые дни заболевания. При учащенном и болезненном мочеиспускании диагностика пиелонефрита упрощается.

В нашем случае, если рассматривать выявленную только при рентгенологическом исследовании деформацию желудка как возможную причину тошноты, рвоты и похудения, необходимо отметить, что хотя стойкая фиксация передней стенки желудка к диафрагме с формированием двух уровней контраста безусловно имеет место в данном случае, клинически значимого нарушения эвакуации из желудка нет. Просвет желудка не сужен (как бывает в случае деформации желудка по типу «песочных часов», и именно поэтому деформация не обнаружена при ЭГДС), растяжения проксимальной части желудка и остатков пищи не выявлено. Перегиб желудка частично расправляется на вдохе, а задержка бариевой взвеси незначительная (что отмечено в протоколе врачом-рентгенологом) (рис. 1а, б).

Также неизвестна давность формирования каскадного желудка. Провоцирующих факторов, таких как оперативное вмешательство, диафрагматит, плевропневмония, тупые травмы живота, язвенная болезнь желудка, в анамнезе у больного





**Рис. 1.** Рентгенограммы желудка в левой косой (а) и прямой (б) проекции. В верхней трети тела желудка передняя его стенка стойко фиксирована под левым куполом диафрагмы. Антральный отдел желудка смещен вверх. В проекции левого мочеточника катетер-стент.

нет, а симптоматика возникла 2 мес. назад и исчезла после удаления стента.

Обобщая вышесказанное, можно предположить, что причиной диспепсии у данного больного является не деформация желудка, а патология мочевыводящих путей, в том числе и ятрогенная — как воспалительные изменения в мочеточнике и параретеральной клетчатке, так и, по-видимому, сам стент. В пользу последнего предположения говорит исчезновение симптоматики после его удаления, т.е. фактически диагностика *ex juvantibus*. Нельзя исключить, что в вертикальной позиции больного стент упирался в стенку почечной лоханки, усиливая ее растяжение и внутривисцеральный уростаз, вызывая боль и описанные выше явления диспепсии. При переходе же больного в горизонтальное (на животе) или коленно-локтевое положение уродинамика восстанавливалась и боли исчезали.

Несомненно, для подтверждения предположения требуется динамическое наблюдение.

Таким образом, особенностью течения заболевания в данном клиническом примере явилось сочетание патологии пищеварительного тракта и мочевой системы, которое обусловило торпидное к лечению течение болевого синдрома и непростой диагностический поиск.

В данном случае мы столкнулись с одним из феноменов полиморбидности — наличием так называемой «экранирующей болезни», присутствие которой легко объясняет все имеющиеся у больного симптомы. Но это только кажущаяся простота, так как именно в этот момент этими симптомами манифестирует иное заболевание [9].

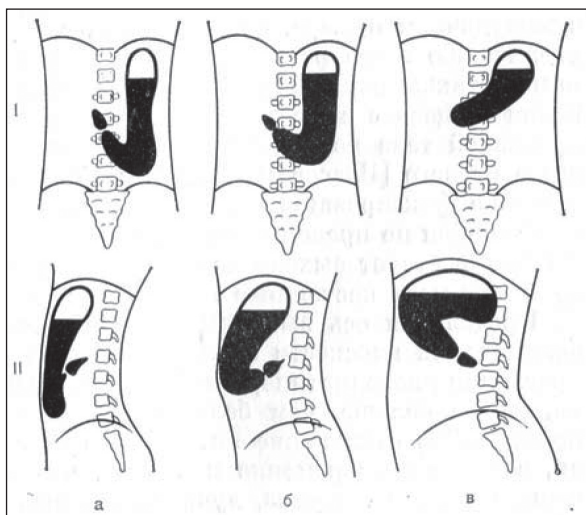
## К ВОПРОСУ О КЛИНИЧЕСКОМ ЗНАЧЕНИИ ПЕРЕГИБОВ ЖЕЛУДКА

В норме у большинства людей желудок расположен в верхнем отделе брюшной полости. Его проекция на переднюю брюшную стенку находится в эпигастральной и частично пупочной областях. Большая часть желудка (три его четверти) находится слева от средней линии, меньшая часть (одна четверть) — справа от нее. Малая кривизна желудка ориентирована кверху и вправо, большая кривизна — книзу и влево.

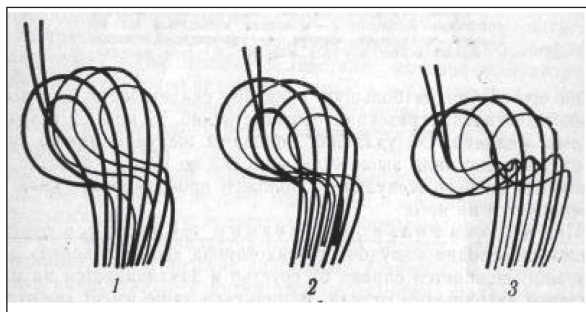
Желудок расположен интраперитонеально и имеет связки, которые образуются из его дорсальной и вентральной брыжеек (по два листка брюшины) и в местах перехода висцерального листка брюшины в париетальную (по одному листку брюшину). Между малой кривизной желудка и воротами печени располагается печеночно-желудочная складка (*lig. hepatogastricum*), образованная из брыжеек. Вместе с печеночно-дуоденальной связкой она составляет малый сальник (*omentum minus*). Между большой кривизной желудка и поперечно-ободочной кишкой расположена желудочно-ободочная связка (*lig. gastrocolicum*). Она составляет верхнюю часть большого сальника (*omentum majus*). Между большой кривизной желудка и селезенкой простирается желудочно-селезеночная связка (*lig. gastrosplenicum*). Она служит продолжением желудочно-ободочной связки. Вышеперечисленные связки формируются из брыжеек и имеют по два листка брюшины. Кроме них, желудок имеет связки, состоящие из одного листка брюшины. К ним относятся: желудочно-диафрагмальная связка (*lig. gastrophrenicum*), а также

желудочно-поджелудочная складка, состоящая из брюшины, переходящей с верхнего края поджелудочной железы на заднюю поверхность желудка в области его малой кривизны. Несмотря на наличие связочного аппарата, желудок может смещаться в довольно широких пределах. Наиболее непостоянно положение нижней границы желудка, что зависит от «провисания» синуса, а оно в свою очередь — от конституции, тонуса, количества содержимого и др. Нижняя граница желудка находится в среднем на 2–4 см выше гребня подвздошной кости.

К фиксированному участку желудка относится свод, а при перегибе желудка кзади — наиболее высоко расположенный участок передней стенки, который всегда находится в непосредственной близости к левому куполу диафрагмы вследствие ее присасывающего действия и наличия желудочно-диафрагмальной связки. К относительно фиксированному участку относится привратник, располагающийся по правому контуру позвоночника, на уровне LI–LII. Он соответствует выходу из желудка в двенадцатиперстную кишку и занимает постоянное положение в основном за счет нее. Положение желудка зависит от степени наклона его продольной оси. Оно может быть вертикальным, горизонтальным или косым (рис. 2).



**Рис. 2.** Форма и положение желудка в зависимости от конституции (схема):  
I — Прямая проекция  
II — Левая боковая проекция: а — астеник; б — нормостеник; в — гиперстеник



**Рис. 3.** Схематическое изображение физиологического перегиба задней стенки желудка:  
1 — у астеника, 2 — у нормостеника, 3 — у гиперстеника

Для людей долихоморфного телосложения характерно вертикальное положение желудка. При брахиморфном телосложении чаще встречается горизонтальное, а при мезоморфном телосложении — косое его положение. Форма желудка устанавливается при рентгенологическом исследовании. Основных форм желудка две: крючка и рога. Желудок в форме рога обычно встречается у тучных людей, что обусловлено высоким расположением антрального отдела у этого контингента обследуемых [3].

Условно перегибы желудка можно разделить на физиологические и патологические. Примером физиологических перегибов может служить изменение топографии желудка при гипертонусе (желудок чаще имеет небольшие размеры и форму рога с направлением продольной оси спереди назад почти параллельно диафрагме) или физиологический перегиб его задней стенки, проецирующийся на малую кривизну у основания восходящей веточки левой желудочной артерии, на большую — в области ворот селезенки, и разделяющий желудок на свод и тело. Величина его угла также зависит от конституционального типа человека (рис. 3) [4].

В свою очередь патологические перегибы можно разделить на фиксированные и нефиксированные (расправляющиеся в процессе исследования), врожденные и приобретенные.

Истинная частота патологических перегибов не известна, поскольку у большинства больных перегибы желудка протекают бессимптомно и являются случайной находкой при рентгеновском исследовании.

Фиксированные перегибы формируются при спаечном процессе в брюшной полости (после оперативного вмешательства, в результате тупой травмы живота, при локальном реактивном асептическом воспалении брюшины и/или диафрагматите), язвенной болезни или раке желудка, аномалиях развития брыжейки, метеоризме, релаксации левого купола диафрагмы [5; 6; 7; 8].

Каскадный желудок определяют как изменение конфигурации рентгеновской тени желудка, характеризующееся смещением его проксимального отдела кзади, а дистального — кверху и влево и наличием двух горизонтальных уровней бариевой взвеси. Основным методом диагностики рентгенологический, при котором выявляется деформация желудка в виде улитки или песочных часов. Для полноценного рентгенологического исследования каскадного желудка необходимо попытаться его расправить с помощью определенных манипуляций. Разработан ряд методических приемов, позволяющих расправить каскадную деформацию желудка. Для этого больного устанавливают в правое косое или правое боковое положение и просят его произвести наклон



вперед. В таком положении обычно происходит расправление перегиба желудка и его задняя стенка становится доступной рентгенологическому исследованию. Иногда расправление задней стенки каскадного желудка наступает после того, как исследуемый сделает несколько наклонов. В случае стойкой деформации проводится тщательное полипозиционное исследование для установления причины образования каскадной формы желудка. Рентгенологическим признаком декомпенсации служит задержка контрастного вещества в желудке более шести часов от начала исследования.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Практическая гериатрия (избранные клинические и организационные аспекты) / Под ред. Л.Б. Лазебника — М.: 2002. — 555 с.
2. Урология. Национальное руководство под ред. Н.А. Лопаткина / ГЭОТАР-Медиа, 2009. — 1024 с.
3. Антонович В.Б. Рентгенодиагностика заболеваний ЖКТ / В.Б. Антонович. — М.: Медицина, 1987. — 400 с.
4. Чибис О.А. Основы теории и практики желудочно-кишечного шва / О.А. Чибис, Голдин В.А. — М.: Университет дружбы народов, 1988. — 71 с.
5. Шнигер Н. У. Рентгенология прямой и ободочной кишок / Н.У. Шнигер. — М.: Издательство Университета дружбы народов, 1989. — 251 с.
6. Портной Л.М. Новые взгляды на лучевую диагностику рака желудка / Л.М. Портной, О.В. Вятчанин, Г.А. Сташук. — М.: ИД Видар-М, 2004. — 284 с.
7. Шнейдер В.Э. Методические рекомендации: «Диафрагмальные грыжи и релаксация диафрагмы» / В.Э. Шнейдер. — Тюмень, 2000 г.
8. Анзимиров В. Л. Клиническая хирургия: Справочное руководство / В.Л. Анзимиров, А.П. Баженова, В.А. Бухарин и др. Под ред. Ю.М. Панцирева. — М.: Медицина, 2000. — 640 с.
9. Лазебник Л.Б. Старение, полиморбидность и врачевание пожилых / Л.Б. Лазебник, Ю.В. Конев, Л.И. Ефремов и др. — М.: Медпрактика, 2010.

Клинические проявления каскадного желудка во многом обусловлены основным заболеванием, однако на этом фоне могут отмечаться жалобы на чувство переполнения и тяжести в подложечной области после еды, снижение аппетита, тошноту и рвоту после приема пищи. Иногда отмечается снижение массы тела. При завороте желудка, сопровождающемся перегибом пищевода, развивается парадоксальная дисфагия (твердая пища проходит лучше жидкой). Большое диагностическое значение имеет прямая зависимость выраженности клинических симптомов от степени наполнения желудочно-кишечного тракта.