



УДК 638.153.3:616.31-07

Т.В. САВЕЛЬЕВА, А.В. ЕЖОВ, Т.Е. ЧЕРНЫШОВА,  
Н.А. ОЛЕЙНИК, С.В. ЗУБКОВА

Ижевская государственная медицинская академия  
Медсанчасть № 3, г. Ижевск

## Хроническая ишемическая болезнь органов пищеварения, диагностическая тактика (случай из практики)

**Савельева Татьяна Викторовна**

кандидат медицинских наук,

доцент кафедры врача общей практики и внутренних болезней с курсом скорой медицинской помощи  
426034, г. Ижевск, ул. Коммунаров, д. 281, тел.: (3412) 66-11-33

*Описывается клинический случай хронической ишемической болезни органов пищеварения у пациентки 58 лет. Представлены современные литературные данные, касающиеся классификации, диагностики и тактики лечения пациентов с этим заболеванием.*

**Ключевые слова:** хроническая абдоминальная ишемия, стеноз чревного ствола, диагностика.

T.V. SAVELIEVA, A.V. EZHOV, T.E. CHERNYSHEVA, N.A. OLEINIK, S.V. ZUBKOVA

Izhevsk State Medical Academy  
Medical clinic № 3, Izhevsk

## Chronic ischaemic disease of digestive apparatus, diagnostic tactics (case report)

*The case history of 58 years old women with chronic abdominal ischemic disease is described. The modern data about classification, diagnostic and the medical tactic to the patients with that disease are presented.*

**Keywords:** chronic abdominal ischemia, celiac trunk stenosis, diagnostics.

Хроническую абдоминальную ишемию (ХАИ) нельзя назвать редким заболеванием. Атеросклеротическое поражение сосудов (брюшной аорты и ее непарных ветвей), кровоснабжающих органы желудочно-кишечного тракта, имеет место в 75,5% случаев по данным аутопсий у лиц с ишемической болезнью сердца (ИБС), гипертонической болезнью (ГБ), атеросклерозом нижних конечностей и церебральных артерий [2]. По данным вскрытий трупов взрослых людей, поражение

висцеральных артерий обнаруживается в 40-50% случаев [3]. ХАИ — хроническая недостаточность кровоснабжения в бассейнах непарных висцеральных ветвей брюшной аорты (чревной, верхней или нижней брыжеечной). Основное значение среди заболеваний, сопровождающихся ХАИ, в клинике имеют атеросклероз и неспецифический аортоартериит [1].

Диагноз хронической ишемической болезни органов пищеварения (ХИБОП) основывается на следующих правилах:

выявление групп риска — (информативность 73%) — наличие сопутствующих системных заболеваний (ИБС, ГБ, облитерирующий энтерит, метаболический синдром), пальпация и аускультация брюшной аорты (информативность 50-60%), использование инструментальных методов исследования брюшной аорты (информативность УЗИ — 50-75%, УЗДГ — 80%, КТ — 78-82%, ангиография — 90-95%) [2]. При подозрении на возможность ХАИ проводится оценка клинической картины, углубленное лабораторно-инструментальное исследование органов пищеварения для выявления сочетанных болезней, исследование брюшной аорты и ее ветвей и оценка гемодинамических показателей висцерального кровотока — УЗИ брюшной аорты с цветным доплеровским картированием (УЗИ с ЦДК), компьютерная томография, ангиография. Подтверждают диагноз ангиография, ядерно-магнитная резонансная томография [1].

Клиническое значение имеет сужение висцеральных сосудов более чем на 50%. Чаще всего в процесс вовлекается чревный ствол (ЧС), реже — верхняя брыжеечная артерия (ВБА), в единичных случаях — нижняя брыжеечная артерия (НБА) [2]. При поражении ВБА наряду с упорными болями в мезогастррии характерны симптомы поражения кишечника с преобладанием клиники энтерита, при вовлечении НБА — боли в левой подвздошной области и запоры. ХАИ вызывает или утяжеляет течение других болезней органов пищеварения [1]. В пользу ишемической висцеропатии свидетельствуют: возникновение диспепсических жалоб впервые в пожилом возрасте, отсутствие гастроэнтерологических заболеваний в анамнезе, наличие признаков атеросклероза брюшной аорты или генерализованного атеросклероза, систолический шум в эпигастриальной области (при стенозе ЧС или ВБА локально выслушивается на 2-4 см ниже мечевидного отростка). Выделяют следующие варианты ХАИ: эрозивно-язвенный (чаще у мужчин, сочетается с ИБС и атеросклерозом нижних конечностей), псевдопанкреатический (чаще у женщин, сочетается с ГБ и дислипидемией), дискинетический, холецистоподобный, гастралгический, псевдотуморозный [2].

Выделяют следующие функциональные классы ХАИ: 1-й ФК — отсутствие нарушения кровотока в покое, ярко выраженной симптоматики, появление абдоминальной боли после нагрузочной пробы; 2-й ФК — признаки расстройства кровообращения в покое, усиливающиеся после функциональной нагрузки, проявляющиеся в виде выраженных клинических симптомов (болевого, диспепсического, похудания, нарушения функции ПЖ, кишечника); 3-й ФК — выраженные циркуляторные расстройства в покое, сочетающиеся с постоянным болевым синдромом, выраженным похуданием и дистрофическими изменениями органов пищеварения [2].

Тактика лечения предполагает консервативное лечение при 1 ФК; при 2 ФК и гемодинамически незначимых стенозах — консервативное лечение, при гемодинамически значимых (сужение просвета более чем на 50%) — хирургическое или эндоваскулярное лечение; при 3 ФК — хирургическое или эндоваскулярное лечение. Программа терапии ХИБОП включает воздействие на процессы, стабилизирующие эндотелиальную дисфункцию (статины, фибраты), на процессы перекисного окисления липидов (антиоксиданты), свертывающей системы крови — антиагрегантная терапия низкомолекулярными гепаринами, гемодинамическая разгрузка органов пищеварения — иАПФ, воздействие на показатели вязкости крови, нормализация углеводного обмена, системная энзимотерапия, нормализация функциональных ферментных систем желудка, поджелудочной железы, кишечника, лечение осложнений [3].

**Цель представленного клинического случая** — привлечь внимание врачей к хронической ишемической болезни органов

пищеварения, которая протекает нередко под маской других заболеваний, часто остается недиагностированной, нелеченой и проявляется опасными для жизни осложнениями.

**Больная Ж., 58 лет**, поступила в терапевтическое отделение с жалобами на ноющие, постоянные, опоясывающие боли в эпигастриальной, околопупочной области, иногда по всему животу без связи с приемом пищи, тошноту, горечь во рту, вздутие живота, кашицеобразный «жирный стул» до 3-х раз в день, снижение веса на 5-6 кг за последние полгода. Также беспокоят боли в пальцах и подошвенной части стоп, усиливающиеся при ходьбе и по ночам. Отмечает ежедневное повышение АД до 180-220/100-110 мм рт.ст., сопровождающееся давящими болями в глазах, в затылочной области, тошнотой, утренней рвотой желчью.

Больной себя считает с 2000 года после плановой холецистэктомии по поводу желчнокаменной болезни. С этого времени беспокоят вышеописанные жалобы. Ежегодно пациентка лечилась амбулаторно, стационарно до 2-3 раз в год с диагнозом постхолецистэктомический синдром (ПХЭС), хронический панкреатит, хронический гастродуоденит, обострение. Проводимые лечебные мероприятия были малоэффективны. АД повышается более 30-ти лет, в течение пяти лет принимает антигипертензивные средства постоянно в виде различных комбинаций, стойкой нормализации АД не отмечает.

**Объективный статус:** состояние удовлетворительное, кожные покровы бледные с сероватым оттенком, акроцианоз, дыхание везикулярное, тоны сердца ослабленные, систолический шум над аортой, ЧСС — 72 уд/мин., АД -200/100 мм рт.ст. Язык обложен белым налетом, живот мягкий, болезненный в эпигастрии, правой подвздошной и околопупочной областях. Сигмовидная кишка безболезненна, подвижна, в диаметре 2 см, слепая кишка в диаметре 3 см, раздута, болезненна, урчит при пальпации, поперечно-ободочная кишка раздута, болезненна, малоподвижна. На 2 см ниже мечевидного отростка слева от пупка выслушивается грубый систолический шум над брюшной аортой. Печень не увеличена. Симптом сотрясения отрицательный. Отеков нет.

**Лабораторно-инструментальные данные:** гемоглобин — 125 г/л, лейкоциты — 8,9х10<sup>9</sup>/л, (эоз. — 1%, сегментояд. — 70%, лимф. — 25%, моноциты — 4%), СОЭ — 8 мм/час. Анализ мочи: светло-желтая прозрачная, уд. вес — 1012, лейкоциты — 0-1, белок — 0. Анализ кала: коричневый, оформленный, мышечные волокна ++, неперевариваемая клетчатка +++, нейтральный жир ++. Биохимические показатели: холестерин общий — 6,7 ммоль/л; ЛПВП — 0,9 ммоль/л; ЛПНП — 3,5 ммоль/л; β-ЛП — 6,9 г/л; триглицериды — 1,88 ммоль/л; АЛТ — 23,3 ЕД/л; АСТ — 26,4 ЕД/л; ГГТП — 63,4 ЕД/л; щелочная фосфатаза — 181 ЕД/л; амилаза — 98 ед., креатинин — 133 мкмоль/л; мочевина — 11,4 ммоль/л; клубочковая фильтрация — 53 мл/мин.; К<sup>+</sup> — 3,9 ммоль/л; Na<sup>+</sup> — 140,1 ммоль/л.

**ЭФГДС:** поверхностный атрофический гастрит; полипоз желудка.

**УЗИ:** диффузные изменения печени и поджелудочной железы. Киста правой почки 52х40 мм.

**Компьютерная томография брюшной полости:** диффузные изменения печени и поджелудочной железы. Субкапсулярная киста верхнего полюса правой почки.

**Диагноз при поступлении:** постхолецистэктомический синдром, хронический панкреатит, хронический гастродуоденит, период обострения. Гипертоническая болезнь 2 ст., ХСН 2А, ФК 2.

**Проводилось лечение:** дилтиазем, «Кордафлекс-ретард», «Моноприл», «Индап», «Физиотенз», «Кавинтон», пентоксифиллин, пирацетам, папаверин, «Омез». Однако у пациентки сохраняется интенсивный болевой синдром, выраженная

тошнота, горечь во рту, вздутие живота, неустойчивый стул. Ввиду неэффективности проводимой терапии, наличия систолического шума над аортой, дислипидемии, сопутствующей патологии возникло предположение о хронической ишемической болезни органов пищеварения. В связи с этим больной было проведено УЗИ с ЦДК, согласно которому выявлен атеросклероз брюшного отдела аорты и ее висцеральных ветвей, стенотическая форма, с гемодинамически значимым стенозом ВБА, чревного ствола (до 60-65%), гемодинамически незначимым стенозом обеих почечных артерий (до 40%). Признаки ангиопатии сосудов обеих почек (вероятно, атеросклеротического генеза). Кистозные образования в/з RD с показателями кровотока, характерными для доброкачественного образования. Стенки ВБА, чревного ствола неравномерно утолщены, фрагментарно уплотнены с множественными гетерогенными атеросклеротическими бляшками, стенозирующими просвет на протяжении до 30-36% в устьях ВБА и чревного ствола — до 60-65%.

Для подтверждения полученных данных была выполнена брюшная аортография, согласно которой выявлен устьевой стеноз чревного ствола 75%, устьевой стеноз верхней брыжеечной артерии 75%, устьевой стеноз правой почечной артерии 75%.

Пациента проконсультирована ангиохирургом, диагноз «хроническая ишемическая болезнь органов пищеварения», атеросклеротический стеноз чревного ствола, верхней брыжеечной артерии. Хроническая абдоминальная ишемия I-II. Рекомендовано: УЗИ с ЦДК в динамике через шесть месяцев, использование антиагрегантов, ангиопротекторов, нитратов, решить вопрос о стентировании чревного ствола и верхней брыжеечной артерии.

Больная продолжала лечение, сформулирован диагноз: атеросклероз аорты, стеноз чревного ствола (75%), стеноз

верхней брыжеечной артерии (75%), стеноз правой почечной артерии (25%). Хроническая ишемическая болезнь органов пищеварения, ФК III. Склеротическая нефропатия с нарушением азотовыделительной функции почек. Киста правой почки 52x40 мм. ХГН I (КФ 53 мл/мин.). ПХЭС, хронический панкреатит с нарушением внешнесекреторной функции, обострение, хронический гастродуоденит, обострение. Полипоз желудка. Гипертоническая болезнь III стадии, риск IV (наследственность, возраст, дислипидемия, ангиосклероз сетчатки, атеросклероз, стеноз почечной артерии), дестабилизация. ХСН IIA (венозный застой в легких). ФК II.

После назначения «Моночинкве», аспирина, «Аториса» пациентка отмечает улучшение самочувствия в виде снижения интенсивности болевого синдрома. Согласно приведенной классификации, у больной имеются проявления ХИБОП, соответствующие псевдопанкреатическому варианту, третьему функциональному классу, при котором показано оперативное лечение.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Калинин А.В., Степура Д.К., Корнеев Д.В. и др. Хронический абдоминальный ишемический синдром и сочетанные с ними заболевания: особенности клиники, диагностики и лечения. Клинические перспективы гастроэнтерологии, гепатологии 2003; 6: 19-23.
2. Лазебник Л.Б., Звенигородская Л.А. Хроническая ишемическая болезнь органов пищеварения. М.: «Анахарсис», 2003. 136 с.
3. Лазебник Л.Б., Дроздов В.Н. Заболевания органов пищеварения у пожилых. М.: «Анахарсис», 2003. 208 с.

МЕДИКО-ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИЙ

# ВЕСТНИК Поволжья

СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЕ МЕДИЦИНСКОЕ РЕКЛАМНО-ИНФОРМАЦИОННОЕ ИЗДАНИЕ

[www.mfvt.ru](http://www.mfvt.ru) | [mfvt@mfvt.ru](mailto:mfvt@mfvt.ru)

- официальная и нормативная информация от Министерства здравоохранения Республики Татарстан.
- новости медико-фармацевтического рынка (брифинги, симпозиумы, конференции, выставки).
- научно-практические материалы от ведущих специалистов республики, обзоры конференций, круглых столов, съездов.
- информационные данные от производителей и дистрибьютеров. Оптовые и розничные цены на медоборудование, изделия медицинского назначения и медикаменты.

420012, Казань, ул. Щапова, 26,  
корп. Д, офис 200, а/я 142  
многоканальный телефон (843) 267-60-96

