



УДК: 616.33+616.342]-022.44-005.4-079.4

В.Г. Богатырёв<sup>1</sup>, А.Т. Маринчук<sup>2</sup>, К.Е. Никитина<sup>1</sup>

## КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА И ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ЭРОЗИВНО-ЯЗВЕННЫХ ПОРАЖЕНИЙ ЖЕЛУДКА И 12-ПЕРСТНОЙ КИШКИ ИШЕМИЧЕСКОГО ГЕНЕЗА

*Ростовский государственный медицинский университет,**<sup>1</sup>кафедра пропедевтики внутренних болезней**<sup>2</sup>кафедра внутренних болезней №1**Россия, 344022, г. Ростов-на-Дону, пер. Нахичеванский, 29. E-mail: c.bac@rambler.ru*

Увеличение за последние годы контингента больных с атеросклеротическими поражениями висцеральных ветвей брюшной аорты, тяжелые последствия циркуляторных расстройств органов пищеварения, появившиеся возможности ранней диагностики неинвазивными методами исследования диктуют необходимость оказания своевременной медицинской помощи пациентам с ишемическими поражениями органов брюшной полости. Трудности диагностики эрозивно-язвенных поражений желудка и 12-перстной кишки ишемического генеза связаны с недостаточной оценкой и неправильной интерпретацией данных клинической картины, отсутствием осведомленности врачей о значительной частоте встречаемости этой патологии, особенно среди лиц старших возрастных групп. Врач, сталкиваясь с ишемическими поражениями гастродуоденальной локализации в пожилом и старческом возрасте руководствуется традиционными понятиями этиопатогенеза эрозивно-язвенных поражений, необоснованно исключая из этого ряда сосудистую патологию. Публикация данных материалов, основанных на данных литературы и собственных наблюдений, могут оказать существенную помощь практическим врачам в ранней диагностике и лечении этой категории больных.

*Ключевые слова:* атеросклеротическое поражение, эрозивно-язвенные поражения желудка и двенадцатиперстной кишки.

V.G. Bogatirev<sup>1</sup>, A.T. Marinchuk<sup>2</sup>, K.E. Nikitina<sup>1</sup>

## CLINICAL AND DIAGNOSTIC CHARACTERISTICS AND DIFFERENTIAL DIAGNOSIS EROSIIVE-ULCERS OF THE STOMACH AND 12-DUODENAL ISCHEMIC

*Rostov State Medical University,**<sup>1</sup>Department of propedeutics of internal disease,**<sup>2</sup>Department of Internal Diseases № 1**29 Nakhichevansky st., Rostov-on-Don, 344022, Russia. E-mail: c.bac@rambler.ru*

Increase of a contingent of patients with atherosclerotic lesions of visceral branches of abdominal aorta, serious consequences of circulatory injuries of the gastrointestinal tract during the last years, the appeared possibilities of early diagnostics by noninvasive methods of research dictate necessity of rendering of timely medical aid to patients with ischemic lesions of an abdominal cavity organs. Difficulties of diagnostics of erosive-ulcer lesions of a stomach and duodenum of ischemic origin are connected with an insufficient estimation and wrong interpretation of the data of a clinical picture, absence of awareness of doctors about considerable frequency of occurrence of this pathology, especially among persons of the senior age groups. The doctor, facing with ischemic lesions of gastroduodenal localization in elderly and senile age is guided by traditional concepts of etiopathogenesis of erosive-ulcer lesions, unreasonably excluding from this number a vascular pathology. The publication of the given materials based on the data of the literature and own supervision can render the essential help to practical doctors in early diagnostics and treatment of this category of patients.

*Key words:* atherosclerotic lesions, erosive-ulcer lesions of a stomach and duodenum.



По данным Центрального научно - исследовательского института гастроэнтерологии (ЦНИИГ) и других авторов ишемические гастродуоденопатии встречаются примерно в 50% случаев [1,2,3,4]. Среди ишемических гастродуоденопатий выделяют:

- Атрофический гастрит, атрофический дуоденит
- Эрозивный гастрит, эрозивный дуоденит
- Ишемические язвы желудка, ишемические язвы 12-перстной кишки

Развитие эрозивно-язвенных зон повреждения желудка обусловлены гемодинамическими нарушениями слизистой оболочки желудка (СОЖ) в связи атеросклеротическим, чаще всего, или реже, экстравазальными факторами, приводящими к стенозированию чревного ствола (ЧС) и верхней брыжеечной артерии (ВБА) и уменьшением капиллярной сети в пожилом возрасте. Установлена также корреляционная связь между ишемическими эрозивно-язвенными поражениями желудка и 12-перстной кишки и дислипидемией. Расстройства микроциркуляции в артериях стенки желудка и 12-перстной кишки у больных с дислипидемией развиваются в результате нарушений реологических свойств и свертывающей системы крови, даже при отсутствии гемодинамических значимых ограничений висцерального кровотока по магистральным артериям. Активация системы гемостаза у больных с ишемическими поражениями СОЖ во многом обусловлена гиперлипидемией [1,2,5,6]. Гиперлипидемия ведет к повышению агрегационной способности эритроцитов и тромбоцитов. Скопление агрегатов из эритроцитов и тромбоцитов наряду с генерализованным спазмом артериол приводят к образованию микротромбов и развитию гипоксии СОЖ. Помимо расстройств реологических свойств крови развивается гиперкоагуляция, обусловленная увеличением синтеза факторов свертывания крови с одновременным снижением ее фибринолитической активности. Таким образом, у больных с ишемическими поражениями гастродуоденальной зоны расстройство микроциркуляции обусловлено двумя взаимообусловленными причинами: синдромом гемореологических расстройств и гиперкоагуляцией.

Помимо дислипидемии, другим важным патогенетическим механизмом повреждения клеточных структур СОЖ является накопление свободнорадикальных и перекисных соединений, которые приводят к нарушению целостности эндотелия сосудов и развитию безболевой ишемии [1,5,7,8].

Наиболее частой локализацией ишемических поражений желудка являются малая кривизна и антральный отдел, иногда субкардиальный. В клинической картине обращает внимание атипичный болевой синдром. Боли возникают после приема пищи на высоте пищеварения, вначале через 20–40 минут, а потом временной промежуток между приемом пищи и появлением боли укорачивается, по мере прогрессирования чревно-мезентериальной недостаточности и ограничения кровоснабжения желудка боли начинают беспокоить сразу после приема пищи, а иногда приобретают постоянный характер. Усиление болевого синдрома наблюдается после проведения пробы с пищевой нагрузкой. Для язвенной болезни, ассоциированной

с *Helicobacter Piloni* (H.P.) характерна цикличность болевых ощущений: голод – боль, прием пищи – уменьшение боли, и вновь появление ее через некоторое время в зависимости от локализации язвы. В тоже время для ишемической язвы характерна противоположная направленность проявления боли: прием пищи – нарастающая боль, снижение интенсивности пищеварения – уменьшение боли через 1 - 2 часа, голод – боли нет. Как правило, боли сопровождаются диспепсическими расстройствами: снижением аппетита, отрыжкой, изжогой. Частыми симптомами являются запоры и метеоризм, которые наблюдаются у большинства больных. Для больных ишемическими эрозивно-язвенными поражениями не характерна сезонность обострений, свойственная язвенной болезни обычного течения и возникновение боли зависит от количества пищи, а не от качества ее. Обострение заболевания у больных с ишемическими гастродуоденопатиями часто сочетается по времени с перепадами артериального давления (АД) и обострением ишемической болезни сердца (ИБС). Особенностью гастродуоденальных эрозивно-язвенных поражений ишемического генеза являются также желудочно-кишечные кровотечения без предшествующей клинической симптоматики, возникающих гораздо чаще, чем при обычном течении язвенной болезни [1,4,9]. Для большинства больных характерна атрофия СОЖ и тенденция к снижению кислотообразующей функции желудка. При эндоскопических исследованиях чаще выявляется несколько язв больших размеров, характерны длительные сроки заживления дефектов СОЖ на фоне противоязвенной терапии до 4 – 12 недель. Обсемененность H. P. выявляется реже, чем при обычном течении язвенной болезни. Патогенетическую основу язвообразования у большинства таких больных составляют нарушения микроциркуляции, в то время как эрозивно-язвенные поражения, ассоциированные с H.P. наблюдаются у 10 – 25 % больных [1,2,5].

По данным ЦНИИГ можно выделить три стадии эндоскопических изменений эрозивно-язвенных поражений гастродуоденальной зоны ишемического генеза.

1 стадия: признаки атрофического гастрита и дуоденита. Слизистая оболочка истончена, просвечивают сосуды (феномен контурной карты).

2 стадия: на фоне атрофии слизистой оболочки антрального отдела желудка и по малой кривизне обнаруживаются эрозии. При ультразвуковой доплерографии (УЗДГ) выявляются выраженные признаки снижения висцерального кровотока более чем на 40%.

3 стадия характеризуется образованием язв преимущественно по малой кривизне и антрального отдела желудка. При УЗДГ – признаки гемодинамических значимых стенозов ЧС, ВБА с ограничением висцерального кровотока более чем на 50%. В этой стадии клинические признаки выраженные: боли в эпигастрии, запоры, метеоризм, похудание.

Основные дифференциально-диагностические критерии ишемических эрозивно-язвенных поражений и язвенной болезни обычного течения представлены в таблице.



Таблица

Признаки	Ишемические Эрозивно-язвенные поражения	Язвенная болезнь обычного течения
Возраст	Старше 50 лет	Моложе 50 лет
Анамнез	ССЗ атеросклеротического генеза, СД, МС и др. заболевания с дислипидемией. Нет язвенного анамнеза	Не характерны ССЗ и др. проявления атеросклероза. Присутствует язвенный анамнез
Характер болевого синдрома	Атипичный	Типичный
Зависимость боли от количества или качества пищи	Количества	Качества
Характер стула	Запоры, сменяющиеся неустойчивым стулом	Запоры возможны
Метеоризм	Выраженный	Не характерен
Снижение массы тела	Прогрессирующее похудание	Возможно в периоде обострения
Реакция на нитроглицерин	Положительная	Отрицательная
Аппетит	Снижен	Сохранен
Кислотность желудочного сока	Снижена	Повышена
Влияние сезонности	Отсутствует	Характерна
Характер течения	Частые рецидивы	Иногда сезонные обострения
Кровотечения	Часто	Редко
Связь с перепадами АД и стенокардией	Четкая	Отсутствует
Систолический шум в эпигастрии	Часто	Отсутствует
Степень обсемененности Н.Р.	Низкая	Высокая
Эффективность лечения	Низкая	Высокая
Дислипидемия	Гиперлипидемия	Не характерна
Гематокрит	Повышение	В пределах нормы
ЭФГДС	Множественные язвы больших размеров, длительные сроки рубцевания. Атрофия СОЖ	Чаще одиночные язвы, небольших размеров, быстрая динамика заживления
Локализация поражения	Малая кривизна, антральный отдел, иногда субкардиальный	Луковица 12 перстной кишки
УЗДГ	Участки стенозирования ЧС, ВБА, ограничение и нарушение висцерального кровотока	Нет изменений
Ангиография чревно-мезентериального бассейна	Высоко информативна	Не имеет значения

## ЛИТЕРАТУРА

1. Лазебник Л.Б., Звенигородская Л.А. Хроническая ишемическая болезнь органов пищеварения. – М.: «Анахарсис», 2003. – 136 с.
2. Звенигородская Л.А., Самсонова Н.Г., Топорков А.С. Хроническая ишемическая болезнь органов пищеварения: алгоритм диагностики и лечения. // РМЖ. – 2010. – № 9. – С.544-548.
3. Поташов Л.В., Князев М.Д., Игнашов А.М. Ишемическая болезнь органов пищеварения. – Ленинград.: Медицина, 1985. – 216 с.
4. Olbert F., Dittel E., Hagmuller G.W. Clinico-radiological findings in stenosis or occlusion of the celiac and superior mesenteric arteries // *Angiology*. - 1973. - V. 24. - P. 338-344.
5. Логинов А.С., Тутульян А.В., Звенигородская Л.А., Шубина Е.Н., Лебедева В.В. Эффективность применения нового пептидного препарата Имунван в терапии длительно незаживающих язв желудка и двенадцатиперстной кишки у больных ишемической болезнью сердца. // Практикующий врач. – 1998. – №13. – С. 18 – 19.
6. Шабашова Н.И. Реологические свойства крови при факторах риска атеросклероза и пути их коррекции. Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 1984.-24 с.
7. Ивашкин В.Т. Метаболическая организация функций желудка. – Ленинград.: Наука, 1981.- 246 с.
8. Ойроткинова О.Ш. Многоликий атеросклероз: абдоминальная ишемическая болезнь - симптом или синдром. //Архив газеты «Медицинский вестник». – 2007. - № 42. - URL: <http://medvestnik.ru/archive/2007/42/965.html>.
9. Калинин А.В., Степура Д.К., Корнеев Н.В., Токмулина Г.М., Грабко Н.Н. Хронический абдоминальный ишемический синдром и сочетанные с ним заболевания: особенности клиники, диагностики и лечения. // Клинические перспективы гастроэнтерологии, гепатологии. – 2003. - № 6. – С. 19 – 23.

ПОСТУПИЛА: 11.01.2012