

DOI 10.23946/2500-0764-2019-4-1-100-105

# ЭРОЗИВНО-ЯЗВЕННЫЙ ВАРИАНТ ХРОНИЧЕСКОЙ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ

РЕПНИКОВА Р.В.<sup>1</sup>, ШТАРК А.Э.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Кемерово, Россия

<sup>2</sup>ГАУЗ КОКБ «Кемеровская областная клиническая больница имени С.В. Беляева», г. Кемерово, Россия

## CASE REPORT

### EROSIVE ULCERATIVE INTESTINAL ISCHEMIA

RENATA V. REPNIKOVA<sup>1</sup>, ARTEM E. SHARK<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Kemerovo State Medical University (22a, Voroshilova Street, Kemerovo, 650056), Russian Federation

<sup>2</sup>Belyaev Kemerovo Regional Clinical Hospital, (22, Oktyabr'skiy Prospekt, Kemerovo, 650066), Russian Federation

#### Резюме

В статье представлены современные данные о механизмах развития, особенностях клинической симптоматики, вариантах интравазальных и экстравазальных причин заболевания, диагностике и методах лечения хронической ишемической болезни органов пищеварения (ХИБОП). Приведено описание клинического случая, демонстрирующего течение эрозивно-язвенного варианта ишемического колита у пациента 67 лет. Подчеркнута необходимость клинической настороженности врача в отношении хронической абдоминальной ишемии в группах риска. Особое внимание уделено неспецифичности

клинических проявлений ХИБОП при ее сочетании с другими заболеваниями, выходящими на передний план у коморбидных пациентов. У лиц пожилого и старческого возраста любое изменение абдоминальной симптоматики может явиться основанием для проведения исследований, направленных на выявление ХИБОП, поскольку в 50% случаев она заканчивается острым нарушением мезентериального кровообращения.

**Ключевые слова:** хроническая ишемическая болезнь органов пищеварения, висцеральные артерии, диспепсия, слизистая оболочка кишечника, ишемический колит, хроническая ишемия кишечника, атеросклероз, некроз.

English ►

#### Abstract

Here we present current data on the mechanisms of development, clinical symptoms, diagnosis and treatment of intestinal ischemia on a clinical case of erosive ulcerative ischemic colitis in a 67-year-old male patient. The need for awareness on chronic mesenteric ischemia in risk groups is underlined. A particular attention is paid to the non-

specificity of clinical manifestations in comorbid patients. In elderly and senile patients, any change in abdominal symptoms is a subject for intestinal ischemia screening.

**Keywords:** intestinal ischemia, visceral arteries, dyspepsia, intestinal mucosa, ischemic colitis, chronic mesenteric ischemia, atherosclerosis, necrosis.

#### Введение

В настоящее время термин «хроническая ишемическая болезнь органов пищеварения» (ХИБОП) объединяет в себе ряд патологических состояний, связанных с нарушени-

ем кровообращения по непарным висцеральным ветвям брюшной аорты – чревному стволу, верхней и нижней брыжеечной артерии [1]. Нарушение кровообращения по непарным висцеральным ветвям брюшной аорты может быть

вызвано внутрисосудистыми, внесосудистыми причинами или же с их комбинацией. К внесосудистым причинам ХИБОП относятся аномалии развития непарных висцеральных артерий, сдавление чревного ствола серповидной связкой диафрагмы, сдавление сосудов опухолями, спайками, интраорганные сдавления сосудов (например, при панкреатите). Внутрисосудистое нарушение кровообращения чаще всего обусловлено атеросклерозом [1] и имеет прогрессирующий характер.

Клиническая симптоматика ХИБОП проявляется органическими функциональными и морфологическими расстройствами и определяется выраженностью сужения сосуда, степенью нарушения гемодинамики, а также наличием функционирующих коллатералей. При этом обязательными симптомами являются абдоминальная боль без каких-либо специфических особенностей и похудание больного [2]. Нарушение кровообращения по непарным висцеральным ветвям брюшной аорты сопровождается полиорганными расстройствами, обозначаемыми как «ишемическая гастродуоденопатия», «гепатопатия», «панкреатопатия», «ишемическая колопатия», «энтеропатия». Данные термины подчеркивают вторичность патологических изменений в органах пищеварительной системы. На ишемическую природу отмечаемых у больных органических поражений и симптомов могут указывать связь абдоминальной боли с количеством принятой пищи, физической нагрузкой, начало заболевания в пожилом возрасте, наличие ассоциированных с атеросклерозом заболеваний, а также отсутствие должного эффекта от адекватной проводимой медикаментозной терапии [2, 3].

Характер изменений органов пищеварительной системы, вызванных ишемией, разнообразен, но особую опасность представляет эрозивно-язвенное поражение слизистой оболочки ЖКТ, приводящее при отсутствии должного лечения к осложнениям – желудочно-кишечным кровотечениям или перфорации. Наиболее распространенным вариантом ХИБОП является ишемическая гастродуоденопатия, протекающая в виде атрофического или неатрофического гастродуоденита, развития эрозий или язв в желудке и/или 12-перстной кишке [4].

Аналогичная ситуация складывается в отношении другого органического проявления ХИБОП – ишемического колита (ИК). Связанное с абдоминальной ишемией поражение кишечника

не имеет специфических симптомов и проявляется упорным метеоризмом, постоянным дискомфортом в животе, неустойчивым стулом, запорами или диареей. При этом, в отличие, например, от синдрома раздраженного кишечника, больные прогрессивно худеют [5]. Другим отличительным признаком является развитие симптоматики в пожилом возрасте. Основной причиной ишемической колопатии является атеросклероз верхней и нижней брыжеечной артерий и их ветвей. С нарушением кровообращения по верхней брыжеечной артерии связано поражение восходящей и поперечноободочной толстой кишки. Сужение нижней брыжеечной артерии проявляется симптомами поражения нисходящей части толстой кишки и сигмовидной кишки [6].

Помимо атеросклероза, причинами ишемической колопатии могут быть эмболии при фибрилляции предсердий, системные коллагенозы, хроническая сердечная недостаточность, эпизоды артериальной гипотензии, сдавление кишки опухолью, грыжей или дивертикулом, операции на толстой кишке, операции по поводу аневризмы брюшной аорты, реконструкции аорто-подвздошных сосудов, гинекологические операции, а также колоноскопия и прием ряда медикаментов (некоторых антибактериальных, гормональных, психотропных, нестероидных противовоспалительных препаратов, диуретиков, сердечных гликозидов, статинов и некоторых других лекарственных препаратов [7].

Около 90% случаев ишемического колита диагностируется у больных старше 60 лет, хотя острая ишемия кишечника может случиться и в более молодом возрасте [7, 8].

Ишемические поражения толстой кишки особенно часто развиваются в области селезеночного изгиба, поскольку данный отдел кишки в наименьшей степени обеспечен сосудистыми коллатеральными. Ишемическое поражение кишечника может протекать с обратимыми (в виде субэпителиальных кровоизлияний, отека, эрозивно-язвенных изменений) и необратимыми изменениями кишки (стриктуры, гангрены, перфорация кишки). К осложненным вариантам также относятся кишечные кровотечения и кишечная непроходимость вследствие сегментарного спазма или стеноза ишемизированных участков, как правило, в области селезеночного изгиба и нисходящей ободочной кишки. Большинство эпизодов ишемической колопатии носят транзиторный характер. Од-

нако если они сохраняются в течение 2 недель, то имеется риск развития необратимых изменений и осложнений [8].

Клиника неосложненной ишемической колопатии определяется характером, локализацией и протяженностью поражения кишки. У больных наблюдается абдоминальная боль в проекции ишемизированной кишки, диарея, императивные позывы к дефекации. Диарея с примесью крови более характерна для левостороннего поражения кишки [9].

Ишемический колит может в конечном итоге привести к перфорации кишечника, развитию перитонита, стойкому кровотечению и многим другим ситуациям, требующим urgentного хирургического вмешательства, сопровождаясь при этом высокой летальностью. В большинстве случаев ИК является прерогативой для консервативного лечения, тактика которого зависит от выраженности клинических проявлений заболевания (функционального класса), лишь у 20% пациентов выполняется хирургическая резекция ишемизированной кишки [10].

Приведено описание клинического случая, демонстрирующего течение эрозивно-язвенного варианта ишемического колита у пожилого пациента.

#### Клинический случай

**Пациент Б., 67 лет**, госпитализирован в гастроэнтерологическое отделение ГАУЗ «Кемеровская областная клиническая больница имени С.В. Беляева» 24.09.2018 г. с направительным диагнозом: язвенный колит. Больной предъявлял жалобы на выраженные боли по фланкам живота, больше слева, усиливающиеся после приема пищи через 20-30 мин, без эффекта от спазмолитиков и анальгетиков; тошноту на высоте боли; снижение массы тела на 11 кг за 9 месяцев при сохранном аппетите; вздутие живота; жидкий стул до 20 раз в сутки с примесью крови (кровь в стуле появилась впервые); выраженную слабость.

Из анамнеза известно, что пациент длительное время страдает артериальной гипертензией (АГ), принимает гипотензивную терапию (эналаприла малеат, гипотиазид, метопролола тарtrate), в течение 5-6 лет амбулаторно наблюдается по поводу хронического гастродуоденита. В 2012 году перенес инфаркт миокарда (ИМ), ему был установлен электрокардиостимулятор (ЭКС). В течение последующих 6 лет с симптомами сердечной недостаточности, обострением гастродуоденита неоднократно госпитализиро-

вался в стационар. Также в анамнезе – холецистэктомия (желчнокаменная болезнь (ЖКБ)), трансуретральная резекция простаты (ТУР) по поводу доброкачественной гиперплазии предстательной железы (ДГПЖ), мочекаменная болезнь (МКБ), киста правой почки. С декабря 2017 года отмечает абдоминальные боли, учащенный жидкий стул, снижение массы тела. Незадолго до настоящей госпитализации была предыдущая (04.08.18г. – 16.08.18г.) по поводу декомпенсированной сердечной недостаточности. При выписке пациент отметил ухудшение самочувствия в виде усиления болевого абдоминального синдрома, учащения стула до 4-6 раз в сутки. Была выполнена рентгенография органов брюшной полости: свободного газа и горизонтальных уровней жидкости не определяется. В проекции тощей кишки единичные мелкие арки без горизонтальных уровней, в области селезеночного угла толстой кишки умеренное скопление газа. Осмотрен проктологом: при ректальном осмотре перианальная область не изменена. При пальцевом осмотре и зеркалом слизистая прямой кишки рыхлая с эрозиями и контактным кровотечением. Геморроидальные узлы не выражены. Больше данных за язвенный колит. Пациент выписан с рекомендацией наблюдения у терапевта и гастроэнтеролога по месту жительства.

При осмотре состояние пациента тяжелое, обусловлено абдоминальным болевым синдромом и синдромом кишечной диспепсии. Пациент в сознании. Положение пассивное, лежа в постели. Вес – 66 кг. Рост 176 см. ИМТ = 21,3 кг/м<sup>2</sup>. Кожные покровы телесного цвета, умеренно влажные, чистые. Отеков нет. Периферические лимфатические узлы не пальпируются. Дыхание средней глубины, ритмичное. Аускультативно – дыхание везикулярное, проводится по всем легочным полям. Хрипы не выслушиваются. Частота дыхания – 18 в минуту. Ритм сердца правильный. Тоны сердца приглушены. Частота сердечных сокращений – 84 в минуту. Артериальное давление 140/90 мм.рт.ст.

Язык обложен белым налетом, влажный. Живот участвует в акте дыхания. При пальпации мягкий, подвздут, болезненный по ходу кишечника, больше в левой подвздошной области. Инфильтраты, объемные образования не пальпируются. Перитонеальных знаков нет. Свободной жидкости в брюшной полости нет. Подкожные вены брюшной стенки не выражены. Выслушивается перистальтика кишечни-

ка. Аускультативно отмечается систолический шум в эпигастрии. Печень пальпируется по краю реберной дуги. Край печени ровный, закруглен, безболезненный. Размеры по Курлову: 9 см - 8 см - 7 см. Селезенка не пальпируется. Поясничная область внешне не изменена. Почка не пальпируется. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный с обеих сторон.

Лабораторно-инструментальные исследования: общий анализ крови от 24.09.18 г: гемоглобин — 154 г/л, лейкоциты —  $8,1 \times 10^9$ /л, (эозинофилы — 1%, сегментоядерные — 68%, лимфоциты — 27%, моноциты — 4%), СОЭ — 15 мм/час. Биохимические показатели: общий белок — 68 г/л; холестерин общий — 6,7 ммоль/л; липопротеины высокой плотности (ЛПВП) — 0,9 ммоль/л; липопротеины низкой плотности (ЛПНП) — 3,5 ммоль/л;  $\beta$ -липопротеины (ЛП) — 6,9 г/л; триглицериды — 1,88 ммоль/л; аланинаминотрансфераза (АЛТ) — 23,3 ЕД/л; аспартатаминотрансфераза (АСТ) — 26,4 ЕД/л; гамма-глутамилтранспептидаза (ГГТП) — 63,4 ЕД/л; щелочная фосфатаза — 120 ЕД/л; амилаза — 98 ед., креатинин — 103 мкмоль/л; мочевины — 8,4 ммоль/л; клубочковая фильтрация — 73 мл/мин.;  $K^+$  — 3,9 ммоль/л;  $Na^+$  — 140,1 ммоль/л, активированное частичное тромбопластиновое время (АЧТВ) - 52 сек, протромбиновое время (ПВ) – 11,3 сек, международное нормализованное отношение (МНО) – 1,0, фибриноген – 5,20 г/л, протромбиновый индекс (ПТИ) - 103%. Общий анализ мочи: светло-желтая, прозрачная, удельный вес – 1012, лейкоциты – 0-1, белок – отрицательный. Анализ кала на токсины *Clostridium difficile*: токсин В слабоположительный. Антитела к цитомегаловирусу IgG больше 250, IgM – отрицательные. Ультразвуковая доплерография (УЗДГ) сосудов брюшной полости от 25.09.18г. – значимых препятствий кровотоку не выявлено, тромбозов нет. Компьютерная томография брюшной аорты и ее ветвей (КТА) от 26.09.18г.: атеросклеротические изменения аорты минимальные в виде единичных мелких кальцинатов стенок. Отмечена тенденция к расширению со стороны правой подвздошной артерии в ее дистальной трети. Консультирован ангиохирургом: магистральные сосуды проходимы, препятствий кровотоку нет. Фиброколоноскопия (ФКС) от 26.09.18 г.: осмотр на 30,0 см от ануса. От 10,0 см ануса и до 30,0 см по передней стенке глубокий язвенный дефект 20,0 см x

1,5 см., неправильной формы, расположенный продольно, с фибрином, множественными микротромбами. Край его подрывные, эластичные при биопсии. Слизистая бесструктурная, бугристая, бордовая, обильно контактно кровоточит. Сосудистый рисунок от ануса и до 10,0 см смазан, деформирован по типу "звездочек". Заключение: ишемический колит? цитомегаловирусный колит? Патогистологическое исследование: хронический язвенный колит, данных за цитомегаловирусное поражение в присланном материале не найдено. Полимеразная цепная реакция на цитомегаловирус отрицательная. 27.09.18 г. консультирован проктологом: у больного имеет место язвенное поражение толстой кишки (язвенный колит? ишемический колит?). При ректальном осмотре слизистая контактно кровоточит, в просвете слизь. Рекомендовано проведение виртуальной колоноскопии, дальнейшая тактика по результатам. Виртуальная колоноскопия от 29.09.18 г.: на 30 см от входа (сигма) отмечено циркулярное утолщение стенки кишки до 1 см с сохранением просвета до 1,4 см, далее утолщение, продолжающееся на протяжении всей сигмы до нижней трети нисходящего отдела, где на протяжении до 15 см утолщение стенки достигает до 1,5 см, с резким сужением остаточного просвета (не более 1-2 мм). Стенка кишки отечная, клетчатка на этом уровне инфильтрирована с небольшим количеством жидкостного компонента без признаков ограниченности. Проксимальнее стеноза все отделы ободочной кишки субтотально растянуты резидуальной жидкостью и не подлежат диагностической оценке. Достоверно высказаться о характере описанных изменений затруднительно, возможно – воспалительный генез, однако полностью нельзя исключить неопластический процесс. Ультразвуковое исследование органов брюшной полости в динамике от 29.09.18 г.: утолщение стенок части нисходящего отдела толстого кишечника и практически всей сигмовидной кишки. Просвет кишки щелевидный. Вокруг кишечника признаки инфильтрата. В проекции ректосигмоидного угла жидкостное образование неправильной формы до 25 мм. Просвет вышерасположенного отдела толстого кишечника расширен. Свободной жидкости в брюшной полости нет. Повторно консультирован проктологом 29.09.18 г.: у больного диагностирован стеноз левых отделов толстой кишки, генез которого может быть различным. По имеющимся данным обследова-

ния четко верифицировать диагноз не удаётся. Больному показано оперативное лечение в объёме обструктивной резекции. Протокол операции от 02.10.18 г.: левая половина толстой кишки отечна, инфильтрирована, стенка синюшная, инъецирована. Выполнена левосторонняя гемиколэктомия. Приводящий конец выведен на левую половину брюшной стенки в виде концевой колостомы. По результатам патогистологического исследования: ишемический язвенный колит с обширными некрозами, глубокими язвами, обширными грануляциями, отеком, множественными кровоизлияниями, пролиферацией, новообразованиями мелких сосудов. В отдельных артериолах и мелких венах тромбы. Заключение: ишемический колит.

### Заключение

Клинический случай представляет собой пример недостаточной настороженности специалистов различного профиля по выявлению ранних форм ХИБОП.

В оценке пациента с подозрением на ХИБОП следует учитывать различные факторы, в том числе и многократные обследования в различных лечебных учреждениях, неэффективность проводимой терапии. Болевой синдром при данной патологии не специфичен и зача-

стую ошибочно считается проявлением хронического заболевания желудочно-кишечного тракта.

Один из исходов данного клинического случая мог оказаться для пациента фатальным в связи с развитием окклюзии висцеральных ветвей брюшной аорты. Однако тщательный сбор анамнеза, физикальное обследование с акцентом на аускультацию зон проекции мезентериальных сосудов, данные современных методов диагностики ХИБОП и своевременное оперативное лечение практически нивелировали этот риск.

### Источник финансирования

Данная работа не имела источников финансирования.

### Funding

There was no funding for this project.

### Конфликт интересов

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

### Conflict of Interest

The authors declare that there is no conflict of interest regarding the publication of this article.

## Литература / References:

- Brandt L, Fuerstadt P, Longstreth P, Boley S; American College of Gastroenterology. ACG Clinical Guideline: epidemiology, risk factors, patterns of presentation, diagnosis, and management of colon ischemia. *Am J Gastroenterol.* 2015; 110 (1): 18-44; quiz 45. doi: 10.1038/ajg.2014.395.
- Fedotova EV, Popov VA. Chronic ischemia of great gut (literature review). *Human Ecology.* 2016; (6): 47-54. (Федотова Е. В., Попов В. А. Хроническая ишемия толстой кишки (обзор литературы) // Экология человека. 2016. № 6. С. 47-54).
- Henderson MC, Tierney LM, Smetana GW. *The Patient History: An Evidence-Based Approach to Differential Diagnosis.* 2nd edition. McGraw Hill Medical Publishing, 2012. 738 pp.
- Iacobellis F, Berritto D, Fleischmann D, Gagliardi G, Brillantino A, Mazzei MA, et al. CT findings in acute, subacute, and chronic ischemic colitis: suggestions for diagnosis. *BioMed Res Int* 2014; 2014: 895248. doi: 10.1155/2014/895248.
- Yadav S, Dave M, Edakkanambeth Varayil J, Harmsen WS, Tremaine WJ, Zinsmeister AR, et al. A population-based study of incidence, risk factors, clinical spectrum, and outcomes of ischemic colitis. *Clin Gastroenterol Hepatol.* 2015; 13 (4): 731-738.e1-6; quiz e41. doi: 10.1016/j.cgh.2014.07.061.
- Mosli M, Parfitt J, Gregor J. Retrospective analysis of disease association and outcome in histologically confirmed ischemic colitis. *J Dig Dis.* 2013; 14 (5): 238-243. doi: 10.1111/1751-2980.
- Kimura T, Shinji A, Horiuchi A, Tanaka N, Nagaya T, Shigeno T, et al. Clinical characteristics of young-onset ischemic colitis. *Dig Dis Sci.* 2012; 57 (6): 1652-1659. doi: 10.1007/s10620-012-2088-5.
- Hreinsson JP, Gumundsson S, Kalaitzakis E, Björnsson ES. Lower gastrointestinal bleeding: incidence, etiology, and outcomes in a population-based setting. *Eur J Gastroenterol Hepatol.* 2013; 25 (1): 37-43. doi: 10.1097/MEG.0b013e32835948e3.
- Sato H, Koide Y, Shiota M, Endo T, Matsuoka S, Maeda K. Clinical characteristics of ischemic colitis after surgery for colorectal cancer. *Surg Today.* 2014; 44 (6): 1090-1096. doi: 10.1007/s00595-013-0661-y.
- Gilshtein H, Hallon K, Kluger Y. Ischemic colitis caused increased early and delayed mortality. *World J Emerg Surg.* 2018; 13: 31. doi: 10.1186/s13017-018-0193-2.
- Mazzei MA, Guerrini S, Cioffi Squitieri N, Imbriaco G, Chieca R, Civitelli S, et al. Magnetic resonance imaging: is there a role in clinical management for acute ischemic colitis? *World J Gastroenterol.* 2013; 19(8): 1256-1263. doi: 10.3748/wjg.v19.i8.1256.

### Сведения об авторах

**Репникова Рената Витальевна**, доктор медицинских наук, профессор кафедры факультетской терапии, профессиональных болезней и эндокринологии ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Кемерово, Россия.

**Вклад в статью:** идея, концепция, написание текста статьи.

**ORCID:** 0000-0003-2990-3847

**Штарк Артем Эдуардович**, врач нефрологического отделения ГАУЗ «Кемеровская областная клиническая больница имени С.В. Беляева», г. Кемерово, Россия.

**Вклад в статью:** работа с литературными источниками, обработка материала, оформление статьи.

**ORCID:** 0000-0002-5027-4830

#### Корреспонденцию адресовать:

Репникова Рената Витальевна,  
650056, Кемерово, ул. Ворошилова, д. 22а  
E-mail: rvrkem@mail.ru

#### Для цитирования:

Репникова Р. В., Штарк А. Э. Эрозивно-язвенный вариант хронической ишемической болезни органов пищеварения // *Фундаментальная и клиническая медицина*. 2019. Т. 4. № 1. С. 100-105. <https://doi.org/10.23946/2500-0764-2019-4-1-100-105>

Статья поступила: 31.01.2019г.

Принята в печать: 28.02.2019г.

### Authors

**Prof. Renata V. Repnikova**, MD, DSc, Professor, Department of Faculty Therapy, Occupational Diseases and Endocrinology, Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russian Federation.

**Contribution:** conceived and designed the study; wrote the manuscript.

**ORCID:** 0000-0003-2990-3847

**Dr. Artem E. Shtark**, MD, Nephrologist, Nephrology Unit, Belyaev Kemerovo Regional Clinical Hospital, Kemerovo, Russian Federation.

**Contribution:** performed a literature search; analyzed the data.

**ORCID:** 0000-0002-5027-4830

#### Corresponding author:

Prof. Renata V. Repnikova,  
22a, Voroshilova Street, Kemerovo, 650056, Russian Federation  
E-mail: rvrkem@mail.ru

#### For citation:

Renata V. Repnikova, Artem E. Shtark. Erosive ulcerative intestinal ischemia. *Fundamental and Clinical Medicine*. 2019; 4 (1): 100-105. <https://doi.org/10.23946/2500-0764-2019-4-1-100-105>