

**СИНДРОМ ХРОНИЧЕСКОЙ АБДОМИНАЛЬНОЙ ИШЕМИИ.
КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ****М.О. Логинов², М.А. Нартайлаков¹, С.М. Гиниятуллин², А.Р. Галиакберов²****¹Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Башкирский Государственный Медицинский Университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Уфа****²ГБУЗ Республиканская клиническая больница им. Г. Г. Куватова, Уфа**

Логинов Максим Олегович - врач-хирург, заведующий отделением рентгенохирургических методов диагностики и лечения ГБУЗ Республиканская клиническая больница им. Г. Г. Куватова, Уфа, Россия

Нартайлаков Мажит Ахметович - член-корреспондент РАЕН, профессор, заведующий кафедрой общей хирургии с курсом лучевой диагностики ИДПО ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России, директор НИИ новых медицинских технологий, Уфа, Россия

Гиниятуллин Сергей Мухаметович – врач-хирург отделения рентгенохирургических методов диагностики и лечения ГБУЗ Республиканская клиническая больница им. Г. Г. Куватова, Уфа, Россия

Галиакберов Альфред Робертович - врач-хирург отделения рентгенохирургических методов диагностики и лечения ГБУЗ Республиканская клиническая больница им. Г. Г. Куватова, Уфа, Россия

Одной из возможных причин стойкого болевого абдоминального синдрома является хроническая ишемия кишечника, обусловленная той или иной степенью окклюзии мезентериальных сосудов. В связи с многообразием клинических проявлений, маловыраженной их специфичностью и недостаточной осведомленностью врачей общего профиля своевременная диагностика синдрома хронической абдоминальной ишемии (СХАИ) затруднена. Методами выбора хирургического лечения остаются чрескожная транслюминальная ангиопластика и стентирование артерий.

Ключевые слова: болевой синдром, окклюзия артерий, ангиография.

**THE SYNDROME OF CHRONIC ABDOMINAL ISCHEMIA.
A CLINICAL CASE****Maxim O. Loginov², Majit A. Nartaylakov^{1,2}, Sergey M. Giniyatullin²,
Alfred R. Galiakberov²****¹Bashkir State Medical University, Ufa****²G.G. Kuvatov Republican Clinical Hospital, Ufa**

Loginov Maxim Olegovich – Surgeon, Head of the X-ray and Surgical Methods of Diagnosis and Treatment Department of State Budgetary Health Institution “G.G. Kuvatov Republican Clinical Hospital”, Ufa, Russian Federation

Nartaylakov Majit Akhmetovich – Corresponding Member of Russian Academy of Natural Sciences, Professor, Chair of General Surgery with a Course of Radio-Diagnostics Department of Additional Professional Education Institution of Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education “Bashkir State Medical University”, Ministry of Health of the Russian Federation, Director of the New Medical Technology Research Institution, Ufa, Russian Federation

Giniyatullin Sergey Mukhametovich – Surgeon of the X-ray and Surgical Methods of Diagnosis and Treatment Department of State Budgetary Health Institution “G.G. Kuvatov Republican Clinical Hospital”, Ufa, Russian Federation

Galiakberov Alfred Robertovich - Surgeon of the X-ray and Surgical Methods of Diagnosis and Treatment Department of State Budgetary Health Institution “G.G. Kuvatov Republican Clinical Hospital”, Ufa, Russian Federation

One possible cause of resistant abdominal pain syndrome is a chronic intestinal ischemia caused by varying degrees of occlusion of the mesenteric vessels. Due to the variety of clinical manifestations, just noticeable their specificity and lack of awareness of general practitioners timely diagnosis of the syndrome of chronic abdominal ischemia is difficult. The method of choice of surgical treatment is percutaneous transluminal angioplasty and stenting of the arteries.

Keywords: pain syndrome, occlusion of the arteries, angiography.

ВВЕДЕНИЕ

Синдром хронической абдоминальной ишемии (СХАИ) – это заболевание, для которого характерны ишемические расстройства кровообращения органов брюшной полости, вызванные нарушениями проходимости висцеральных артерий. В общей клинической практике СХАИ диагностируется редко в связи с многообразием клинических проявлений, маловыраженной их специфичностью и недостаточной осведомленностью врачей общего профиля об этом заболевании. В частности, в терапевтических и гастроэнтерологических стационарах этот диагноз фигурирует лишь у 3,2 % больных [1,2,3]. В то же время, по данным вскрытий, патологию непарных висцеральных артерий находят у 19-70% умерших [4].

ИСТОРИЧЕСКАЯ СПРАВКА

Первое упоминание о поражении непарных висцеральных ветвей брюшной аорты относится к 1834 г., когда немецкий патологоанатом F. Tiedemann на вскрытии обнаружил окклюзию ствола верхней брыжеечной артерии, которая не явилась причиной смерти больного [5]. В 1904 г. G. Vacelli впервые ввел термин *angina abdominalis* («брюшная ангина»), получивший в дальнейшем большое распространение [6]. Предположение о том, что боли в животе могут быть связаны с поражением мезентериальных артерий и возможна их хирургическая коррекция, впервые высказал E. Klein в 1921 г. [7]. Поворотным этапом в изучении этого заболевания явилось внедрение в клиническую практику метода ангиографии. В 1958 г. W.P. Mikkelsen и J.A. Zaro с помощью ангиографии установили дооперационный диагноз стеноза верхней брыжеечной артерии [8]. Первое сообщение о применении чрескожной транслюминальной ангиопластики при СХАИ опубликовано J. Furrer, A. Gruntzig и соавт. в 1980 г.

Кровообращение во всех трех висцеральных артериях взаимосвязано и представляет собой как бы единый сосудистый бассейн. При стенозе или окклюзии одной или нескольких артерий меняется направление кровотока по коллатералям. Однако компенсация по коллатералям не всегда бывает полноценной.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

В качестве примера возможностей своевременной диагностики и эффективного эндоваскулярного лечения СХАИ приводим собственное клиническое наблюдение.

Пациент И.М., 1961 г.р., в возрасте 53 лет поступил с жалобами на боли в животе после приема пищи. Со слов больного в течение последних 9 лет боли в животе постоянно прогрессировали, в свя-

зи с чем он реже стал принимать пищу. На момент осмотра боли в животе требовали периодического приема анальгетиков, пациент практически полностью отказался от еды. Индекс массы тела (ИМТ) составил 14,13. На дигитальной субтракционной ангиографии визуализируется окклюзия чревного ствола и верхней брыжеечной артерии от устья (рис. 1).



Рисунок 1 – Окклюзия чревного ствола и верхней брыжеечной артерии от устья.

На селективной ангиографии нижней брыжеечной артерии визуализируется гипертрофированная дуга Риолана, через которую заполняются дистальные отделы верхней брыжеечной артерии (рис. 2).

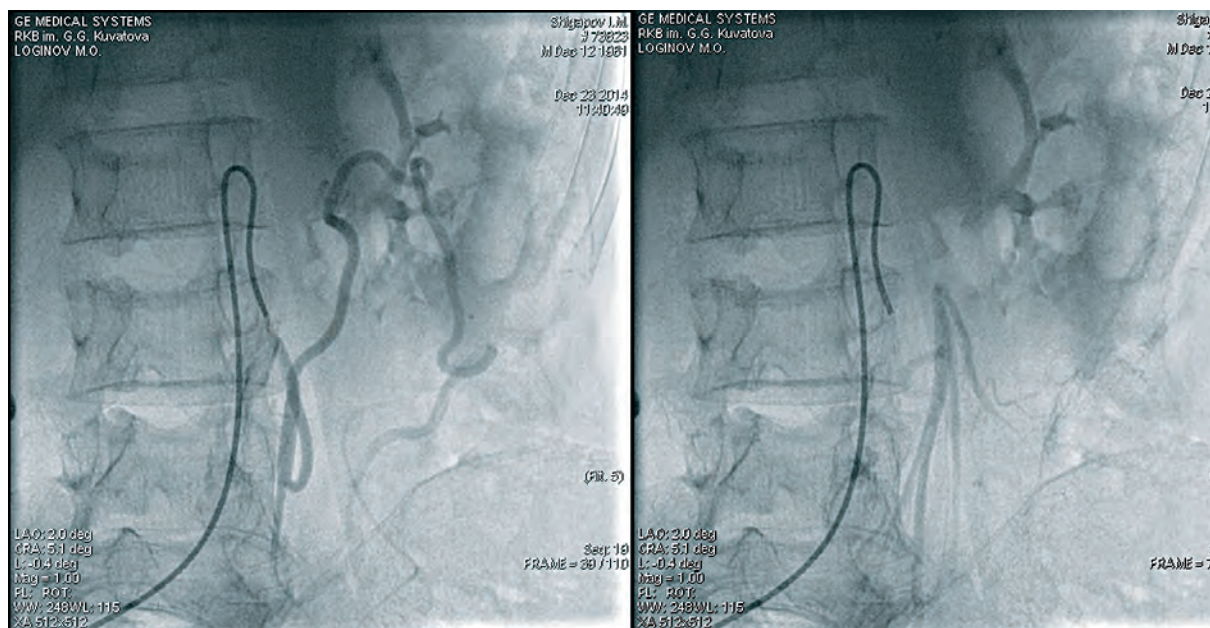


Рисунок 2 - Гипертрофированная дуга Риолана (слева). Коллатеральное заполнение дистальных отделов верхней брыжеечной артерии (справа).

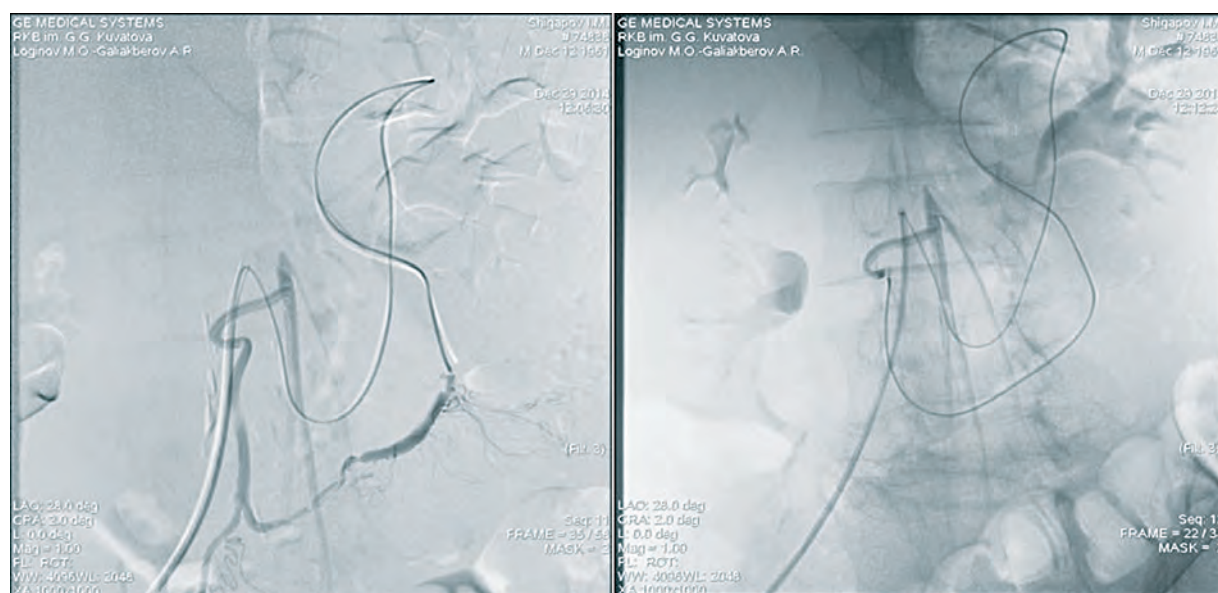


Рисунок 3 - Этапы проведения микрокатетера по дуге Риолана.

Учитывая отсутствие устья верхней брыжеечной артерии, решено выполнить ретроградную реканализацию верхней брыжеечной артерии из бассейна нижней брыжеечной артерии. С помощью катетера SIM 1 селективно катетеризирована нижняя брыжеечная артерия, далее поэтапно (рис. 3) на гидрофильном микропроводнике по дуге Риолана проведен микрокатетер в верхнюю брыжеечную артерию к зоне окклюзии (рис. 4).

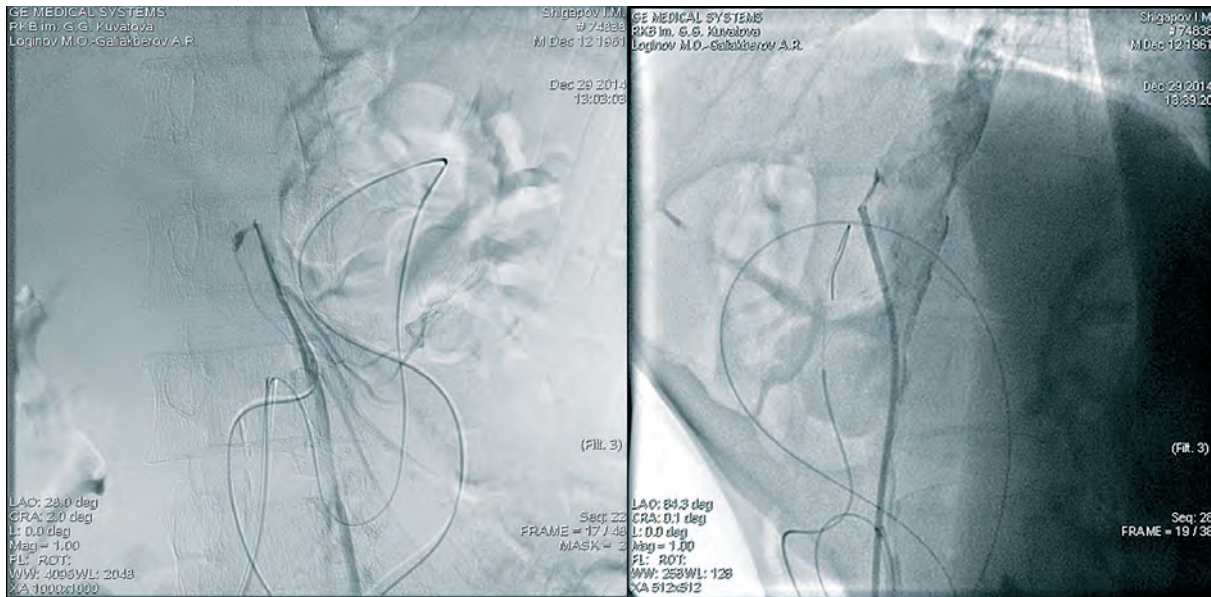


Рисунок 4 - Микрокатетер проведен в верхнюю брыжеечную артерию, к зоне окклюзии (слева). Ретроградная реканализация окклюзии верхней брыжеечной артерии (справа).

По данным ангиографии дистальное русло верхней брыжеечной артерии контрастируется на всем протяжении. С помощью микропроводника выполнена ретроградная реканализация с транслюминальной баллонной ангиопластикой окклюзии верхней брыжеечной артерии (рис. 5).

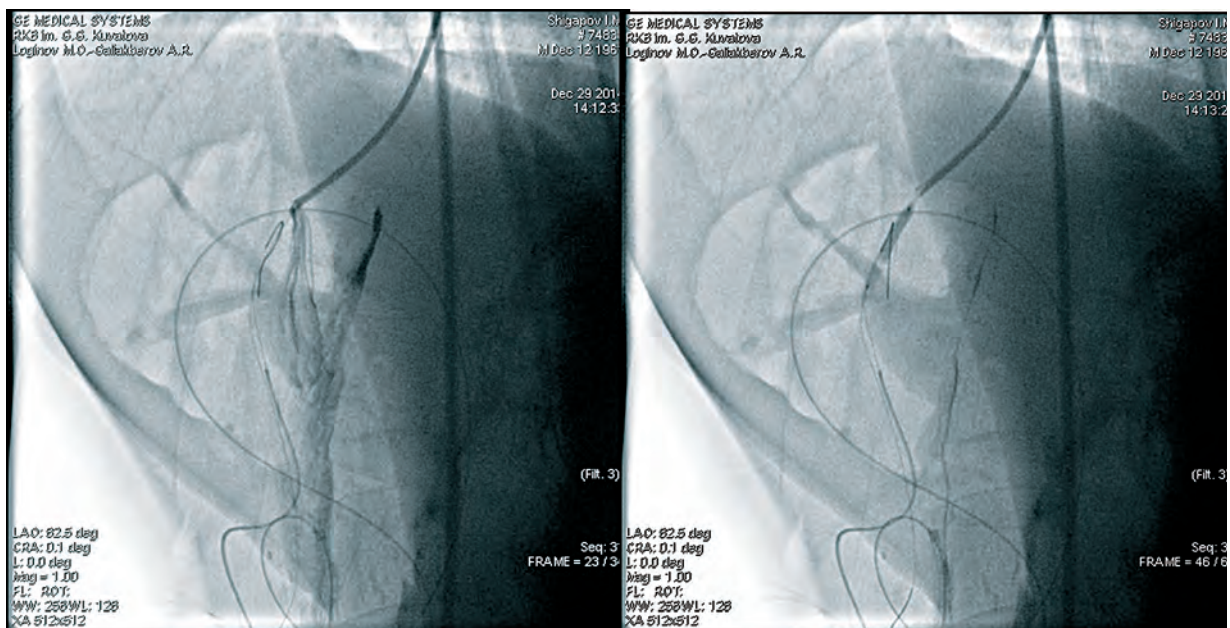


Рисунок 5 - Проведение дополнительного проводника в верхнюю брыжеечную артерию (слева). Транслюминальная баллонная ангиопластика зоны окклюзии верхней брыжеечной артерии (справа).

В ходе операции был использован дополнительный доступ для смены проводников и проведения баллонного катетера через правую плечевую артерию. На повторной ангиографии верхней брыжеечной артерии визуализируется ее антеградное заполнение до дистальных отделов, а также контрастируется значимый остаточный стеноз, в связи с чем было принято решение установить стенты в зонах остаточных стенозов верхней брыжеечной артерии (рис. 6).

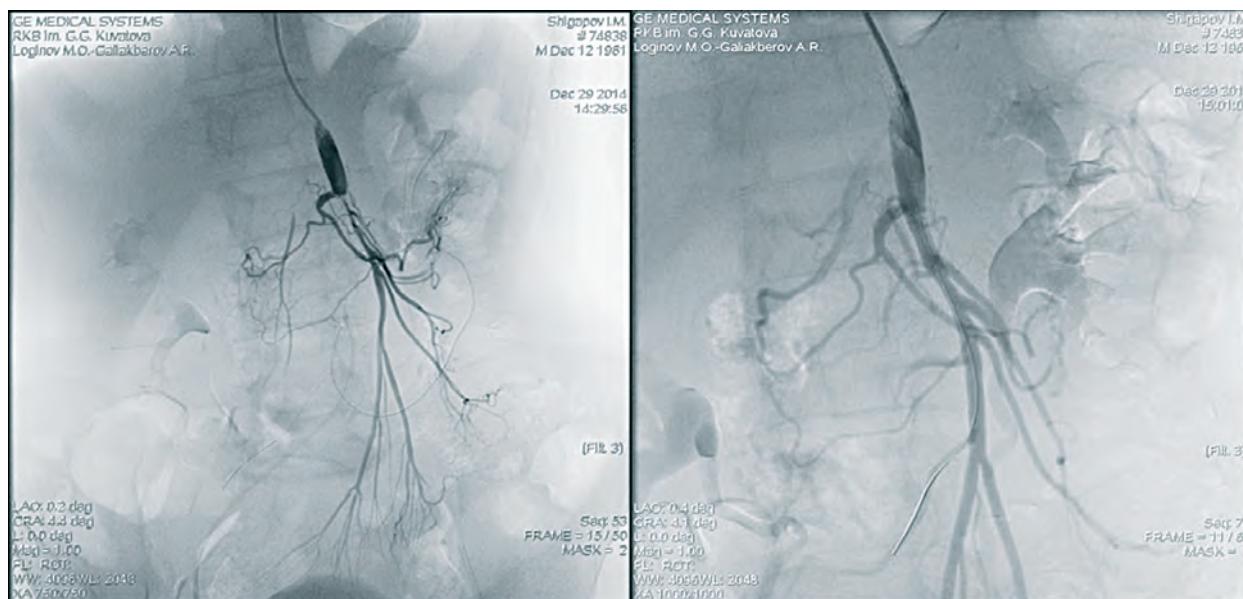


Рисунок 6 - Верхняя брыжеечная артерия после транслюминальной баллонной ангиопластики (слева). Верхняя брыжеечная артерия после установки стентов (справа).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

На первые сутки после проведенного оперативного лечения общее состояние пациента значительно улучшилось, болевой синдром практически отсутствовал и не требовал введения анальгетиков. Через 6 месяцев после проведенной операции ИМТ у пациента составил 19,33. Боли, связанные с приемом пищи, полностью исчезли.

Данный клинический случай доказывает, что методами выбора хирургического лечения остаются чрескожная транслюминальная ангиопластика и стентирование висцеральных артерий. Основными методами диагностики на современном этапе являются: ультразвуковое дуплексное сканирование, спиральная компьютерная томография, магниторезонансная томография в режиме непрямо́й ангиографии и прямая ангиография.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ/REFERENCES

1. Поташов ЛВ, Князев МД, Игнашев АМ. Ишемическая болезнь органов пищеварения. Л.: Медицина; 1985: 216 с.

2. Давыдов ЮА. Инфаркт кишечника и хроническая мезентериальная ишемия. М.: Медицина; 1997: 208 с.

3. Croft RJ, Menon GP, Marston A. Does intestinal angina exist? A critical study of obstructed visceral arteries. Br J Surg. 1981; 68(5): 316-24. PMID:7225753.

4. Бураковский ВИ, Бокерия ЛА. Сердечно-сосудистая хирургия. М.: Медицина; 1989: 752 с.

5. Hunter GG, Guernsey JM. Mesenteric ischemia. Med Clin North Am. 1988; 2: 1091-15. PMID: 3045452.

6. Furrer J, Grhntzig A, Kugelmeier J, Goebel N. Treatment of abdominal angina with percutaneous dilatation of an arteria mesenterica superior stenosis. Cardiovasc Intervent Radiol. 1980; 3: 43-4. PMID:7371046.

7. Volteas N, Labropoulos N, Leon M, Kalodiki E, Chan P, Nicolaidis AN. Detection of superior mesenteric and coeliac artery stenosis with colour flow duplex imaging. Eur J Vasc Surg. 1993; 7: 616-20.

8. Рабкин И.Х. Руководство по ангиографии. М.: Медицина; 1977: 279 с.