

В. В. МУРАШКО, М. Х. АБУЛОВ

ПРОДРОМАЛЬНЫЙ ПЕРИОД ИНФАРКТА КИШЕЧНИКА ПРИ АТЕРОСКЛЕРОЗЕ

Инфаркт кишечника—грозное осложнение атеросклероза брюшной аорты и ее висцеральных ветвей. Несмотря на прогресс хирургии, результаты лечения инфаркта кишечника остаются неудовлетворительными и смертность при нем высока [3—5]. Поэтому основное внимание клиницистов должно быть направлено на максимально раннее распознавание и предупреждение надвигающейся катастрофы.

В то время как лабораторной диагностике предтромботического состояния в последние годы уделяется большое внимание [1, 4], к клиническим проявлениям продромального периода инфаркта кишечника при атеросклерозе отношение более сдержанное, что, по нашему мнению, объясняется следующими причинами.

Поскольку больные, страдающие брюшной жабой, на фоне атеросклероза курируются в основном терапевтами, а инфаркт кишечника—прерогатива хирургов, то вопросы пограничной патологии оказались вне поля зрения представителей обеих медицинских специальностей.

Симптоматика и диагностика хронических форм атеросклероза брыжеечных артерий и начальных проявлений инфаркта кишечника недостаточно известны практическим врачам, а появляющиеся боли в животе или диспепсические явления часто традиционно рассматриваются лишь с позиций гастроэнтерологии. Как показало проведенное нами изучение данного вопроса, на догоспитализационном этапе процент неправильной диагностики при инфаркте кишечника у больных атеросклерозом остается высоким (67%).

В настоящей работе представлены результаты анализа 104 историй болезни и протоколов вскрытий лиц, умерших от инфаркта кишечника на почве атеросклероза в возрасте—от 42 до 88 лет, 47 мужчин, 57 женщин. Основная масса больных была старше 60 лет. 95 больных страдали ишемической болезнью сердца с характерными для стенокардии загрудинными болями, у 44 в анамнезе был инфаркт миокарда, а у 45—застойная недостаточность кровообращения. Атеросклероз сосудов головного мозга и сосудов нижних конечностей наблюдался соответственно у 63 и 40 больных.

По данным патологоанатомического исследования во всех случаях выявлен атеросклероз аорты и у большинства—атеросклеротическое по-

ражение висцеральных артерий брюшной аорты. У 70% умерших обнаружен распространенный атеросклероз с поражением магистральных артерий двух-трех участков системы кровообращения. Частота локализации окклюзии непарных артерий брюшной аорты была следующей: в верхней брыжеечной артерии—81 случай, в нижней брыжеечной—7, в чревной артерии—6 случаев. Различные сочетания окклюзии чревной и брыжеечных артерий отмечены в 10 случаях. У 85 лиц причиной инфаркта кишечника явился тромбоз висцеральных артерий и у 19—тромбоэмболия.

Результаты проведенного анализа позволили выделить у 35 больных (41%), клиническую картину предынфарктного состояния при тромбозе атеросклеротически измененных чревной и брыжеечных артерий. В остальных случаях инфаркт кишечника развился внезапно, без предвестников. Наличие или отсутствие предынфарктного периода не зависело от локализации последующей окклюзии висцеральных артерий.

Основными проявлениями предынфарктного состояния были приступы брюшной жабы (интермитирующей мезентериальной ишемии) и диспепсические явления.

У 22 больных приступы брюшной жабы впервые появились в период от 3 до 30 дней до развития инфаркта кишечника. Боли в животе при этом имели различную локализацию, которая часто соответствовала расположению будущей окклюзии висцеральных артерий брюшной аорты. Так, боли в подложечной области, в подреберьях или по всей верхней половине живота предшествовали тромбозу чревной или верхней брыжеечной артерии. При наличии же одновременной локализации боли слева в мезогастрии или внизу живота в последующем развивалась окклюзия и нижней брыжеечной артерии. Иррадиация боли не характерна.

Приступы брюшной жабы появляются через 30—40 мин. после еды на высоте пищеварительного процесса из-за развивающейся недостаточности кровоснабжения пищеварительных органов при их функциональной активности. Кроме того, в предынфарктный период болевые приступы возникают и в покое, что обусловлено спазмами брыжеечных артерий [2].

Интенсивность боли может быть различной. Наряду с сильной болью, которая заставляет метаться в поисках положения, приносящего облегчение, наблюдаются приступы с нерезко выраженной болевой реакцией.

Приступы длятся 1—2 часа и проходят самостоятельно или купируются нитроглицерином и спазмолитическими средствами. Предынфарктный период характеризуется прогрессирующим учащением впервые возникших приступов интермитирующей мезентериальной ишемии по мере приближения брюшной катастрофы.

У 13 больных, которые уже страдали брюшной жабой, предынфарктное состояние проявлялось изменением характера приступов, их

интенсификацией. Следует отметить, что—по данным анамнеза и протоколов вскрытий—боли в животе не были связаны с органическими заболеваниями пищеварительной системы. За 7—15 дней до развития инфаркта кишечника боли участились, стали интенсивней, продолжительней, появилась иррадиация в поясницу. Рвота или прием соды облегчения не приносили. У 6 больных боль, ранее локализованная в верхнем отделе живота, приобрела разлитой характер и захватила всю переднюю брюшную стенку. У 3 больных для купирования приступов приходилось применять наркотические аналгетики.

Таким образом, можно выделить два варианта течения предынфарктного состояния: появление частых приступов брюшной жабы, ранее не существовавших, и интенсификацию уже имевшихся ранее приступов.

Помимо болевого синдрома предынфарктное состояние проявляется и другими признаками, которые по частоте возникновения можно расположить следующим образом: запор, метеоризм, тошнота, рвота, неустойчивый стул, понос, кровянистый стул. Нарушение кровотока в сосудах брыжейки и ухудшение кровоснабжения пищеварительных органов сопровождается угнетением их секреторной и моторной функций [7, 8]. Характерные для хронической мезентериальной недостаточности запоры, метеоризм и неустойчивый стул в предынфарктный период нарастали, к ним присоединялись симптомы желудочной диспепсии. Расстройствам брыжеечной гемодинамики нередко сопутствовали нарушения деятельности сердца, что проявлялось одышкой, болью в области сердца, сердцебиением, повышением артериального давления. Подобные осложнения предынфарктного периода наблюдались в основном у больных с тяжелыми формами ишемической болезни сердца—постинфарктным кардиосклерозом и недостаточностью кровообращения.

Сравнительно реже возникают желудочно-кишечные кровотечения, которые выражаются в дегтеобразном или кровянистом стуле. Кровотечение в этих случаях объясняется эрозиями и язвами в желудке и кишечнике вследствие нарушения микроциркуляции в стенках этих органов.

Представленная клиническая картина предвестников инфаркта кишечника показывает, сколь важное значение для правильной диагностики предынфарктного состояния имеет детально собранный анамнез.

При физикальном исследовании обращает на себя внимание скудность объективных проявлений со стороны живота на фоне выраженных субъективных ощущений больного. Живот участвует в дыхании и остается мягким при пальпации. Лишь у половины больных выявлено различной степени вздутие, захватывающее весь живот или только его верхнюю часть. Характерной является пальпаторная болезненность при отсутствии симптомов раздражения брюшины. В болевой период при аускультации часто обнаруживается усиление перистальтики кишечника.

Наибольшую ценность для диагностики имеет выслушивание систо-

лического шума в эпигастрии, не распространяющегося по аорте и свидетельствующего о сужении чревной или верхней брыжеечной артерии. Однако следует иметь в виду, что этот симптом не является обязательным и отсутствие его не исключает сужения висцеральных артерий брюшной аорты.

Из сказанного видно, что среди различных причин возникновения боли в животе и диспепсических расстройств у лиц пожилого возраста с клиническими признаками атеросклероза следует учитывать и сосудистую патологию.

Раннее распознавание предынфарктного состояния в комплексе с активной медикаментозной терапией будет способствовать уменьшению вероятности развития инфаркта кишечника при атеросклерозе.

В ы в о д ы

1. Инфаркту кишечника при атеросклерозе может предшествовать продромальный период, основными проявлениями которого являются приступы брюшной жабы и диспепсические явления.

2. Наблюдаются два варианта развития предынфарктного периода: появление частых приступов брюшной жабы и интенсификация уже имевшихся ранее приступов.

3. В предынфарктный период боли в животе часто соответствуют расположению будущей окклюзии висцеральных артерий брюшной аорты.

4. Длительность предынфарктного периода позволяет провести терапию, направленную на предупреждение развития тромбоза брыжеечных артерий.

II МОЛГМИ им. Н. И. Пирогова

Поступила 31/III 1980 г.

Վ. Վ. ՄՈՐԱՇԿՈ, Մ. Խ. ԱԲՈՒԼՈՎ

ԱՂԻՆԵՐԻ ԻՆՖԱՐԿՏԻ ՆԱԽԱՆՇԱՆԱՅԻՆ ՇՐՋԱՆԸ
ԱԹԵՐՈՍԿԼԵՐՈԶԻ ԺԱՄԱՆԱԿ

Ա մ փ ո փ ո լ մ

Հեղինակները անում են հետևություն, որ որովայնային հեղձուկի նոսրացի և դիսպեպտիկ երևույթների վաղորոք կանխազուշակումը ու ակտիվ բուժումը կարող են նպաստել աղիների ինֆարկտի զարգացման հավանականության իջեցմանը աթերոսկլերոզի ժամանակ:

V. V. Mourashko, M. Kh. Aboulov

Prodromal Period of Intestinal Infarction in Atherosclerosis

S u m m a r y

The authors come to the conclusion that the early revealence of the preinfarction state (angina abdominis attacks and dyspeptic symptoms) and its active therapy will bring to decrease of the possibility of intestinal infarction development in atherosclerosis.

ЛИТЕРАТУРА

1. Балуда В. П. Терапевтический архив, 1979, 9, 19—24.
2. Вихриев С. С. В кн.: «Заболевания желудка и кишечника с позиций терапевта и хирурга». Благовещенск, 1979, 342—345.
3. Гольдгаммер К. К. Острый живот при тромбозах и эмболиях брыжеечных сосудов. М., 1966.
4. Грицюк А. И., Щигельский В. И. Терапевтический архив, 1979, 1, 26—31.
5. Савельев В. С. Кардиология, 1978, 8, 5—10.
6. Barclay A., F. Bentley Gastroenterology, 1974, 12, 177.
7. O. Celander Acta physiol. scand, 1959, 47, 299—305.
8. J. V. Lapicciarella Кардиология, 1971, 9, 42—47.