



Гастроэнтерологические маски сердечно-сосудистых заболеваний

Профессор кафедры терапии неотложных состояний филиала Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова, д.м.н., член-корреспондент РАН, генерал-майор медицинской службы в отставке Владимир Борисович СИМОНЕНКО затронул важную тему гастроэнтерологических масок сердечно-сосудистых заболеваний, подчеркнув, что в реальной клинической практике часто имеют место случаи патологий, протекающих с нетипичной симптоматикой.

В ряде случаев причины возникновения боли в животе носят нехирургический характер и не требуют оперативного вмешательства. К нехирургическим причинам относят ишемию, инфаркт миокарда, сердечную недостаточность, перикардит, пневмонию, плеврит, тромбоэмболию легочной артерии, спонтанный пневмоторакс, почечную колику, ревматическую лихорадку, а также инфекционные заболевания, в частности COVID-19.

Основными опасными симптомами, требующими неотложной хирургической помощи, являются головокружение, слабость, апатия, обморок, артериальная гипотензия, тахикардия, лихорадка, повторная рвота, нарастающее увеличение объема живота, отсутствие отхождения газов, усиление боли в животе, напряжение мышц брюшной стенки, симптом Щеткина – Блюмберга.

Гастроэнтерологическая симптоматика может маскироваться под различные сердечно-сосудистые заболевания. В свою очередь эзофагит, гастроэзофагеальный рефлюкс (ГЭРБ), язвенная болезнь, иные поражения пищевода способны протекать с кардиальными симптомами. ГЭРБ – наиболее распространенное гастроэнтерологическое заболевание, обусловленное повреждением пищевода и смежных органов. Клиническая картина ГЭРБ характеризуется наличием дисфагии, ощущений кома в горле, болей в грудной клетке и эпигастральной области с иррадиацией в ухо или нижнюю челюсть, изжоги. В ряде случаев схожесть симптоматики затрудняет дифференциальную диагностику между ГЭРБ и острым инфарктом миокарда и требует дополнительных исследований.

Встречаются и атипичные варианты язвенной болезни. Кардиалгический вариант язвенной болезни сопровождается болью в грудной клетке, нарушением ритма сердца и внутрисердечного проведения. Отсутствие своевременного лечения язвенной болезни может привести к тяжелым осложнениям: кровотечениям, перфорации, пенетрации и др. При этом клиническая картина желудочно-кишечного кровотечения может проявляться не только болью в эпигастральной области, рвотой с кровью, черным дегтеобразным стулом, но и непрямыми общими симптомами – слабостью, головокружением, одышкой, учащенным сердцебиением, болью за грудиной.

Пациенты с подозрением на желудочно-кишечное кровотечение подлежат немедленной госпитализации в хирургическое отделение. После обследования определяется тактика дальнейшего лечения. Прежде всего восстанавливают объем циркулирующей крови путем внутривенного введения крови, плазмы, тромбоцитарной массы. Кроме того, назначают соматостатин (октреотид), ранитидин, фамотидин, омепразол внутривенно. Одним из жизнеугрожающих осложнений язвенной болезни считается перфоративная язва. Для нее характерны такие симптомы, как «кинжальная» боль в эпигастральной области или в области лопатки, тошнота, рвота, тахикардия, лейкоцитоз. Клинические проявления такого состояния можно принять за острый инфаркт миокарда, ишемическую болезнь сердца.

Острый панкреатит – острое деструктивное поражение поджелудочной железы, обусловленное активацией ферментов внутри самой железы

с вовлечением перипанкреатических тканей или отдаленных органов. Среди типичных признаков острого панкреатита – интенсивная боль в эпигастрии с иррадиацией в спину, тошнота, рвота, лихорадка, тахикардия, одышка, гипотония. Не исключено развитие асцита, плеврального выпота, кишечной непроходимости, механической желтухи. Острый панкреатит требует экстренного лечения, поскольку при тяжелом течении в 20% случаев возможен летальный исход. Иногда опоясывающая, иррадирующая в спину, за грудину боль при остром панкреатите трактуется как признак инфаркта миокарда. Для уточнения диагноза необходимо применять методы инструментальной диагностики. В первую очередь нужно исключить в качестве причинного фактора острого состояния заболевания сердечно-сосудистой системы, провести дифференциальный диагноз между острым панкреатитом и инфарктом миокарда. Прежде всего проводят электрокардиограмму, а также ультразвуковое исследование, компьютерную и магнитно-резонансную томографию, обзорную рентгенографию, рентгенографию грудной клетки.

Профессор В.Б. Симоненко подчеркнул, что в реальной клинической практике встречаются сложные случаи заболеваний, протекающих с нетипичной симптоматикой. Поздняя диагностика и отсроченное лечение ухудшают прогноз пациентов. Для правильной постановки диагноза и своевременного назначения адекватной терапии необходимо тщательно анализировать симптомы заболевания, данные анамнеза, осмотра и результаты дополнительного обследования. ☺