брюшной аорты. Объективным специфическим признаком АИС являлся систолический шум, выслушиваемый на 1,5-4 см ниже мечевидного отростка по средней линии живота (над брюшной аортой), на уровне пупка и ниже, чаще, слева от него.

Все больные в течение длительного времени (от 5 до 15 лет) страдали сопутствующими сердечно-сосудистыми заболеваниями: гипертоническая болезнь — 6 пациентов (28,6%), ишемическая болезнь сердца — 4 (19,0%), сахарный диабет тип 2 — 3 (14,3%) или нарушение толерантности к глюкозе — 5 (23,8%), церебральным атеросклерозом — 2 (9,5%), перенесли острое нарушение кровообращения — 1 (4,8%), TORCH-инфекция — у 12 человек (57,1%), вирус Эпштейн-Бара — у 3 (14,3%). У всех, 21 пациента, выявлено повышение кислотообразующей функции желудка и хеликобактериоз. Повышение уровня холестерина, дислипидемия выявлены у 1/3 больных. При УЗИ выявлены атеросклеротические изменения брюшного отдела аорты (неровность, а также эхопозитивные включения в ее просвете), ЧС — у 25% пациентов; изменения желчного пузыря — у всех пациентов (изменение толщины, структуры стенки желчного пузыря и состава желчи). Со стороны ПЖ чаще всего определяли равномерное повышение эхогенности при нормальных ее размерах и четких контурах.

В гастроэнтерологическом отделении больным с ХИБОП назначались препараты, улучшающие гемодинамику (ингибиторы АПФ и др.), реологические свойства крови (пентоксифиллин и др.), гепатопротекторы, холестерин-нормализующие препараты (урсосан, урсохол и др.), назначались препараты системной энзимотерапии (флогэнзим, вобэнзим).

При выявлении Нр проводилась эрадикационная терапия согласно рекомендациям Маастрихтского соглашения. Схемы лечения подбирались индивидуально для каждого больного с учетом сопутствующих заболеваний. Проводилась симптоматическая терапия. Положительный эффект от проводимой терапии достигнут у 86,7% пролеченных нами больных. У 19,0% (4 пациента) случаев консервативное лечение эффекта не дало. Эти больные направлены в ангиохирургичееское отделение Запорожской областной клинической больницы, и им проведены реконструктивные операции. Больные находятся под наблюдением ангиохирурга и гастроэнтеролога, отмечается положительная динамика.

Для подтверждения выше описанного мы приводим один из случаев на примере больного Д., 1973 года рождения.

Больной Д. с 1989 года неоднократно лечился по поводу хронического гастродуоденита, доброкачественной гипербилирубинемии по типу синдрома Жильбера (гипербилирубинемия до 35,5 мкмоль/л). В 2004 году впервые выявлена язва луковицы двенадцатиперстной кишки, ассоциированная с Нр, дуоденогастральный рефлюкс, эзофагит. Проведена антихеликобактерная терапия. Пациент выписан с улучшением.

Больного беспокоили боли в животе после еды, особенно при более обильном приеме пищи, вздутие живота, урчание. Симптомы возникали не зависимо от качества пищи. Ограничение приема пищи привели к потере массы тела, головокружениям, слабости. Терапевтом направлен к психиатру, назначены транквилизаторы. Самочувствие больного мало изменилось.

В декабре 2006 года консультирован на кафедре терапии и гастроэнтерологии ЗМАПО. Направлен на допплеровское исследование брюшного отдела аорты и ЧС, так как выслушивался грубый систолический шум в эпигастрии, отмечалась пульсация аорты.

При допплерографии брюшного отдела аорты и ее висцеральных ветвей от 28.12.06 года выявлено, что ЧС в начальном отделе не визуализируется, далее по ЧС кровоток коллатеральный.

При ангиографии от 16.01.07 года выявлена окклюзия ЧС.

На основании данных дополнительных методов обследования и объективного осмотра больного выставлен диагноз: АИС, окклюзия ЧС.

23.01.07 года выполнено хирургическое лечение — декомпрессия ЧС. Проведено лечение кеталонгом, цифраном, вазокетом, актовегином, мовалисом. Рекомендовано продолжить прием вазокета 1 раз в день — 2 месяца, рабимака 1 таблетка утром до еды до 2-х недель; ограничить физические нагрузки и наблюдение сосудистого хирурга 2 раза в год.

В течение года после оперативного лечения больной прибавил в весе 10 кг, исчезли болевой и диспепсический синдромы, слабость, утомляемость, головная боль. Систолический шум не выслушивается, пульсации аорты нет. Больной отказался от транквилизаторов. Проводится динамическое наблюдение сосудистого хирурга, гастроэнтеролога. Динамика положительная.

Выводы. Таким образом, наличие систолического шума в эпигастральной области и над другими магистральными артериями брюшной полости, безуспешность различных лечебных мероприятий могут указывать на возможность абдоминальных болей сосудистого генеза.

При постановке диагноза хронического панкреатита, хронического холецистита, хронического колита необходимо проводить комплексное обследование больных, включая, аускультацию брюшной аорты до нагрузки и после нее, с обязательным включением допплерографии брюшного отдела аорты и ее висцеральных ветвей для исключения ХИБОП.

Стеноз одной или нескольких висцеральных артерий более чем на 50% является прямым показанием для направления больного на консультацию к ангиохирургу для решения вопроса о реконструктивной операции.

Литература

1. Губергриц Н. Б. Абдоминальный ишемический синдром / Н. Б. Губергриц, Н. Г. Агапова // Доктор. — 2004. — №3. — С. 7-11.
2. Лазебник Л. Б. Хроническая ишемическая болезнь органов пищеварения / Л. Б. Лазебник, Л. А. Звенигородская. — М. : «Анарсис», 2003. — 136 с.
3. Решетілов Ю. І. Проблема хронічних судинних захворювань органів травлення в сучасній гастроентерології / Ю. І. Решетілов // Актуальні питання медичної науки та практики: Зб. наук.праць ЗМАПО. — Запоріжжя, 2006. — С. 263-267.
4. Харченко Н. В. Гастроентерологія / Н. В. Харченко, О. Я. Бабак. — К., — 2007. — С. 563-578.

УДК 617.55-005.4-008.6-08

АБДОМИНАЛЬНЫЙ ИШЕМИЧЕСКИЙ СИНДРОМ
(случай из практики)

Решетилов Ю. И., Проценко Н. Н., Васильченко Е. Ю.
Запорожская медицинская академия последипломного образования, Украина

Ключевые слова: хронический панкреатит, холецистит, колит, ишемия органов брюшной полости, абдоминальный ишемический синдром.

Мы провели анализ результатов обследования 194 пациентов разных возрастных групп с заболеваниями желудочно-кишечного тракта. Среди них мужчин было 74, женщин — 120 (хроническим панкреатитом страдали 47 пациентов, заболеваниями желчевыводящей системы — 21, хроническим колитом — 20). У 21 пациента над аортой брюшного отдела наблюдался шум систолы разной степени чувствительности, изменяющийся при физической нагрузке. Вместе со стандартным обследованием этим пациентам проводилась допплерография брюшного отдела аорты и ее висцеральных ветвей, pH желудка и тест на Helicobacter pylori. Из них женщин было 11, мужнин — 10. Возраст колебался от 16 до 69 лет.

В 19,0% (4 пациента) случаев консервативное лечение эффекта не дало. Эти больные были направлены в ангиохирургическое отделение Запорожской областной клинической больницы, и им были проведены реконструктивные операции. Больные находятся под наблюдением ангиохирурга и гастроэнтеролога, отмечается положительная динамика.

УДК 617.55-005.4-008.6-08

АБДОМІНАЛЬНИЙ ІШЕМІЧНИЙ СИНДРОМ
(випадок з практики)

Решетілов Ю. І., Проценко Н. М., Васильченко О. Ю.
Запорізька медична академія післядипломної освіти, Україна

Ключові слова: хронічний панкреатит, холецистит, коліт, ішемія органів черевної порожнини, абдомінальний ішемічний синдром.

Ми провели аналіз результатів обстеження 194 пацієнтів різних вікових груп із захворюваннями шлунково-кишкового тракту. Серед них чоловіків було 74, жінок — 120 чоловік (хронічним панкреатитом страждали 47 пацієнтів, захворюваннями жовчовивідної системи — 21, хронічним колітом — 20). У 21 пацієнта над аортою черевного відділу вислуховувався шум систоли різного ступеня виразимої і що змінюється при фізичному навантаженні. Разом із стандартним обстеженням цим пацієнтам проводилася допплерографія черевного відділу аорти і її вісцеральних гілок, pH шлунку і тест на Helicobacter pylori. З них жінок було 11, чоловіків — 10. Вік коливався від 16 до 69 років.

У 19,0% (4 пацієнт) випадків консервативне лікування ефекту не дало. Ці хворі направлені в ангіохірургічне відділення Запорізької обласної клінічної лікарні. І їм проведені реконструктивні операції. Хворі знаходяться під спостереженням ангіохірурга і гастроентеролога, відмічається позитивна динаміка.

ABDOMINAL ISCHEMIC SYNDROME
(case from practice)

Reshetilov Y. I., Protsenko N. N., Vasilchenko E. Y.
Zaporozhian medical academy of aftergraduate education)

Key words: chronic pancreatitis, cholecystitis, colitis, ischemia of abdominal cavity organs, abdominal ischemic syndrome.

We conducted the analysis of results of investigation 194 patients of different age groups with the diseases of gastrointestinal tract. Among them men were 74, women — 120 persons (47 patients suffered from chronic pancreatic, from diseases of bile-excreting system — 21, from chronic colitis — 20). In 21 patients above the aorta of abdominal department was hearkened to the systole noise of different degree of expressed and changing at the physical loading. Along with the standard inspection to these patients was conducted dopplerography abdominal department of aorta and her visceral branches, pH stomach and test on Helicobacter pilory. From them women were 11, men — 10. Age hesitated from 16 about 68 years.

Charts of medical treatment sneaked up individually for every patient taking into account the concomitant diseases the Positive effect from the conducted therapy is attained at 86,7% to medicate by us patients. In 19% (4 patients) cases the conservative medical treatment of effect did not give. Patients are directed in the angiosurgery separation of the Zaporozhian regional clinical hospital, where the reconstructive operation is conducted. Patients are under the supervision, a positive dynamics is marked.