

Література

1. Путьшев М.Л., Чеканов М.Н. Этиневролиз большеберцового нерва: показания, техника // Тез. докл. регион. конф. "Акт. вопр. совр. медицины". – Новосибирск. – 1998. – С. 238. 2. Goh B.K.P., Chen C.Y.Y., Hoo M.N.Y. Bilateral spontaneous rupture of the muscular branch of the superficial femoral artery with pseudoaneurysm formation // *Ann. Vascular Surg.* – 2004. – V. 18, № 6. – P. 736-739. 3. Кокин Г.С., Короткевич М.М. Комплексное хирургическое лечение повреждений пояснично-крестцового сплетения // Бюл. Укр. асоц. нейрохірургів. – 1998. – Вып. 6. – С. 31-32. 4. Posner S.R., Wilensky J., Dimick J., Henke P.K. A true aneurysm of the profunda femoris arteri: A case report and review of the English language literature // *Ann. Vascular Surg.* – 2004. – V. 18, № 6. – P.740-746.

ХІРУРГІЯ НАСЛІДКІВ ПОЄДНАНИХ ПОШКОДЖЕНЬ ВЕЛИКИХ АРТЕРІЙ ТА НЕРВІВ НИЖНІХ КІНЦІВОК

О.О.Гончарук, Ю.С.Лисайчук, Л.М.Павличенко

Резюме. Наведені основні принципи хірургічної тактики та обсяг діагностичних досліджень у хворих з поєднаними пошкодженнями периферичних артерій та нервів.

Ключові слова: поєднана травма артерій та нервів, нижні кінцівки, артеріовенні аневризми, невротиз, невральний шов, автонеуропластика.

SURGERY OF COMBINED INJURIES OF THE GREATER ARTERIES AND NERVES OF THE LOWER EXTREMITIES

О.О.Honcharuk, Yu.S.Lysaichuk, L.M.Pavlychenko

Abstract. The authors have adduced the basic principles of a surgical approach and the extent of diagnostic explorations in 12 patients with combined injuries of the peripheral arteries and nerves.

Key words: combined injury of arteries and nerves, lower extremities, arterio-venous aneurysms, neurolysis, a iреrky seam, autoneuroplastn.

Consultative–Medical Neurocenter (Kyiv),
Municipal Clinical Hospital №1 (Kyiv)

Надійшла в редакцію 11.05.2005 р.

© Михайлузов Р.Н.

УДК 616.34-008.14-036.12

ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ТОЛСТОЙ КИШКИ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМ ЗАПОРОМ

Р.Н.Михайлузов

Кафедра эндоскопии, хирургии и топографической анатомии (зав. – проф. В.В.Леонов) Харьковской медицинской академии последипломного образования

Хронический запор (ХЗ) – полиэтиологический синдром длительной задержки дефекации. Частота ХЗ в Европе колеблется в пределах 20-30%, а с учетом не обращающихся за медицинской помощью лиц – до 50 % взрослого населения [1]. Этому способствует гиподинамия, употребление высококалорийных, рафинированных продуктов питания, увеличение продолжительности жизни, частые стрессы и неблагоприятные экологические условия. Мы под-

держиваем концепцию ряда авторов о необходимости последовательно-пошагового лечения больных с ХЗ [2, 3]. В большинстве случаев нормализация стула происходит при соответствующей поведенческой доминанте: богатое растительной клетчаткой питание, увеличение приема жидкости до 1,5-2 л в сутки, выработка привычки утренней дефекации, физическая активность. В случае неэффективности вышеперечисленных методов применяют слабитель-

ные препараты. Резекция ободочной кишки при ХЗ является вынужденной мерой и должна применяться строго по показаниям.

Нерешённые вопросы. Несмотря на множество предлагаемых новых препаратов [4] и методов лечения ХЗ всё ещё остаётся контингент неудовлетворённых больных. По нашему мнению, это связано с неправильным выбором метода лечения больных вследствие недостаточного обследования и отсутствия дифференцированного подхода к лечению каждого больного.

Цель исследования. Исследовать клиничко-функциональное соответствие между функцией ободочной кишки, степенью клинической выраженности ХЗ и эффективностью консервативного лечения.

Материал и методы. Под нашим наблюдением находилось 128 больных с ХЗ (41 мужчина и 87 женщин) в возрасте от 18 до 67 лет. Длительность заболевания составляла от 2 месяцев до 15 лет. Обследование больных включало: сбор анамнеза, проведение клинических и проктологических исследований, рентгеноскопия желудочно-кишечного тракта с изучением времени транзита контрастного вещества, ректороманоскопия, ирригоскопия с ирригографией, копрограмма, фиброгастроудоденоскопия, исследование желудочной секреции и моторики желудка. По результатам проведенного обследования все больные были разделены на две группы. Первая группа с гипотоническим (атоническим) запором включала 59 (46%) больных из общего числа наблюдавшихся. Вторую группу со спастическим запором составили 69 (54%) больных.

Результаты исследования и их обсуждение. У больных первой группы наблюдались боли в животе на 3-4 сутки после задержки дефекации. Брюшная стенка дряблая, часто удаётся пропальпировать каловые массы в сигмовидной кишке. Прямая кишка расширена, у 50% больных содержится каловые массы. Страдают чаще люди пожилого возраста. На ирригографии – единичные гаустры. При изучении времени транзита бария у 92% больных – задержка контрастного вещества по всей ободочной кишке. Кал обильный, оформленный, часто начальная порция очень плотная, большого диаметра,

конечная – полуоформленная. Дефекация осуществляется с большим трудом, очень болезненная. Вследствие надрывов слизистой оболочки анального канала на поверхности каловых масс могут быть прожилки свежей крови.

Больных второй группы беспокоили частые интенсивные боли в животе. Пальпаторно часто определяется болезненная спазмированная сигмовидная кишка в виде шнура. В этой категории больных было больше лиц молодого и среднего возраста. Прямая кишка обычно свободна от каловых масс. На ирригографии – выраженная спастическая гаустрация. У 85% больных отмечается задержка бария по всей ободочной кишке. Испражнения часто имеют форму овечьего кала (фрагментированный стул).

Всем больным назначали обильный питьевой режим, комплекс физических упражнений, хлеб с отрубями, лактулозу, а также, с учётом вида колостазы, при атонических запорах – цизаприд (координакс), при спастических запорах – миотропные спазмолитики (мебеверин). Полное или частичное улучшение в течение первого месяца отмечали 105 (82%) больных. Из 23 (18%) без улучшения 14 больных, ссылаясь на сильную занятость, сознались в "нерегулярном выполнении" назначений, девять пациентов отмечали боли в животе, метеоризм после приёма пищи, богатой растительной клетчаткой, запоры в течение 4-12 суток, отсутствие позыва на дефекацию. Эти больные являются группой отбора для возможного хирургического вмешательства с целью коррекции ХЗ.

Выводы. 1. Лечение больных хроническим запором необходимо проводить с учётом функционального состояния толстой кишки. 2. В виду того, что среди больных с хроническим запором большинство составляют пациенты пожилого возраста, лечение необходимо проводить дифференцированно, с учётом сопутствующей патологии. 3. Несмотря на имеющийся прогресс в лечении больных хроническим запором, остаётся группа больных с неудовлетворительными результатами, для лечения которых необходимо применение хирургических методов.

Литература

1. Prather C.M., Ortiz C.P. Evaluation and treatment constipation and fecal impaction in adults // Mayo Clinic. – 1998. – V. 73, № 9. – P. 881-886.
2. Захараш М.П., Кравченко Т.Г. Диагностика и лечение хронических запоров // Суч. гастроентерол. – 2002. – № 3 (9). – С. 30-34.
3. Минушкин О.Н. Запоры и принципы их лечения // Тер. арх. – 2003. – № 1. – С. 19-23.
4. Златкина А.Р. Проблемы выбора слабительных средств в лечении хронических запоров // Фарматека. – 2002. – № 9. – С. 53-56.

**ФУНКЦІОНАЛЬНИЙ СТАН ТОВСТОЇ КИШКИ
У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ЗАПОР**

Р.Н.Михайлусов

Резюме. Обстежено 128 хворих на хронічний запор. Проведено дослідження функціонального стану товстої кишки, проаналізовані результати диференційованого лікування.

Ключові слова: хронічний запор, функціональний стан товстої кишки.

**THE FUNCTIONAL CONDITION OF THE LARGE
INTESTINE IN PATIENTS WITH CHRONIC
CONSTIPATION**

R.N.Mikhailusov

Abstract. The autor has examined 128 patients with chronic constipation. A study of the functional condition of the large intestine has been carried out, the results of differentiated treatment have been analyzed.

Key words: chronic constipation, large intestinal functional condition.

Medical Academy of Post-Graduate Education (Kharkov)

Надійшла в редакцію 11.06.2004 р.



***Професор Бурих
Михайло Прокопович
(Харків)***

*затверджений членом Міжнародного
біографічного центру в номінації
“Провідний професіонал у галузі охорони
здоров'я світу 2005 року”.*

Вітаємо!