

Л.А. Рослик, О.В. Лысенко

УЗ «Витебский городской
клинический родильный дом
№1»

УО «Витебский
государственный
медицинский университет»

**Статья посвящена вопросам регуляции
моторики кишечника гинекологических
больных в послеоперационном периоде.**

Введение

В своей практике каждый акушер-гинеколог так или иначе сталкивается с плановыми или ургентными полостными гинекологическими операциями. В отдельных случаях после проведенной операции могут возникнуть осложнения, опасные для жизни больной. Предупредить возникновение этих осложнений гораздо легче, чем с ними бороться [2]. Одним из важных моментов в ведении послеоперационного периода является нормализация деятельности пищеварительного аппарата. После радикальных абдоминальных операций, как известно, парез кишечника продолжается 2-3 дня, и за это время в просвете кишечника собирается большое количество жидкости [4]. По мере восстановления функции кишечника эта жидкость постепенно рассасывается. Нормальный аппетит восстанавливается примерно на 5-й день после операции. Поэтому очень важно, чтобы не нарушился водный и электролитный баланс [4]. Следовательно, даже при нормальном течении послеоперационного периода необходимо проводить профилактику пареза кишечника, которая по общепризнанным канонам заключается в коррекции электролитного баланса и кислотно-основного состояния крови [2, 1]. Для ускорения нормализации функции кишечника необходимо освободить его от токсического содержимого, можно достичь с помощью очистительных или гипертонических клизм, внутривенного введения прозерина [6]. Важная роль отводится послеоперационной диете: после отхождения газов больной можно дать бульон, чай, кисель, немного кефира, а после нормализации функции кишечника, что при неосложненном течении послеоперационного периода происходит к концу 2-х, на 3-и – 4-е сутки, пациентку необходимо постепенно перевести на общую диету, богатую белками достаточной энергетической ценности [5].

Целью настоящего исследования является изучение возможности использования препарата Софтавак в послеоперационном периоде для регуляции моторики кишечника.

В состав препарата входят семь лекарственных трав. Софтавак применяется как мягкий регулятор моторики кишечника, а также в качестве регулятора

Возможность использования препарата «софтавак» в гинекологической практике

стула, имеет несколько механизмов воздействия на моторику кишечника. В состав препарата входят компоненты как активизирующие, так и тормозящие перистальтику [3, 7]:

- корень солодки, обладая антиспастическим действием, повышает резистентность слизистой оболочки и препятствует развитию сильной перистальтической волны, в связи с этим отсутствуют спастические боли в кишечнике после приема препарата, что подтверждается данными энтерографии (данный механизм действия позволяет восстановить собственную перистальтику кишечника);
- фенхель, обладающий ветрогонным действием, позволяет справиться с повышенным газообразованием;
- цветки шиповника, корень солодки, миробалана, чебуя оказывают противовоспалительное действие, улучшают показатели кишечной микрофлоры и помогают справиться с сопутствующим дисбактериозом.

Материалы и методы

Под нашим наблюдением находилось 10 женщин с неосложненным течением послеоперационного периода после различных абдоминальных гинекологических операций (экстирпация матки с придатками – 6 человек (60%), удаление маточной трубы – 3 человека (30%), резекция яичников – 1 человек (10%)), которым в сочетании с традиционной терапией в послеоперационном периоде был добавлен препарат Софтавак с целью регуляции моторики кишечника. Контрольную группу составили 10 женщин с нормально протекающим послеоперационным периодом, прооперированных по поводу различных гинекологических заболеваний (экстирпация матки с придатками 7 человек (70%), удаление придатков по поводу гнойных тубоовариальных образований 3 (30%)).

Все женщины обследованы клинически и лабораторно. Сопутствующая экстрагенитальная патология в основной группе диагностирована у 9 (90%) человек (хронический гастрит, артериальная гипертензия, синдром дисфункции вегетативной нервной системы, хронический пиелонефрит). Из перенесенных гинекологических заболеваний: миома матки диагностирована у 6 (60%) пациенток, различные варианты патологии шейки матки – у 7 (70%) человек, хронический двухсторонний аднексит

– у 2 (20%) женщин.

Всем пациентам основной группы наряду с традиционным ведением послеоперационного периода на 3 сутки был назначен препарат Софтавак в дозировке 1 чайная ложка (5 г), разведенная в ½ стакана теплой воды на ночь 1 раз в сутки. На фоне приема препарата женщины этой группы отмечали более свободное отхождение газов уже со следующих суток от начала приема препарата, регулярный оформленный стул 1 раз в сутки. Причем, субъективно пациентки чувствовали состояние психологического комфорта, совершая акт дефекации, из-за отсутствия страха при натуживании. Терапия была продолжена до момента выписки из стационара (до 9-11 суток).

Все пациентки обеих групп протестированы на 3-

и и 6-е сутки послеоперационного периода при помощи психологического опросника Айзенка, в котором нас интересовал уровень тревожности. При тестировании по методике Айзенка выявлено, что 90% женщин основной группы на 3-е сутки послеоперационного периода имели средний уровень тревожности (в контрольной 8 (80%), тогда как только 1 пациентка (10%) – низкий (в контрольной группе низкий уровень тревожности имели 2 (20%) женщин).

На 6-е сутки (рис. 1) послеоперационного периода данный показатель изменился следующим образом: средний уровень тревожности диагностирован у 6 (60%) пациенток исследуемой группы, а низкий – у 4-х (40%). А в контрольной группе тревожность на 6 сутки осталась на том же уровне (80 и 20%, соответственно).

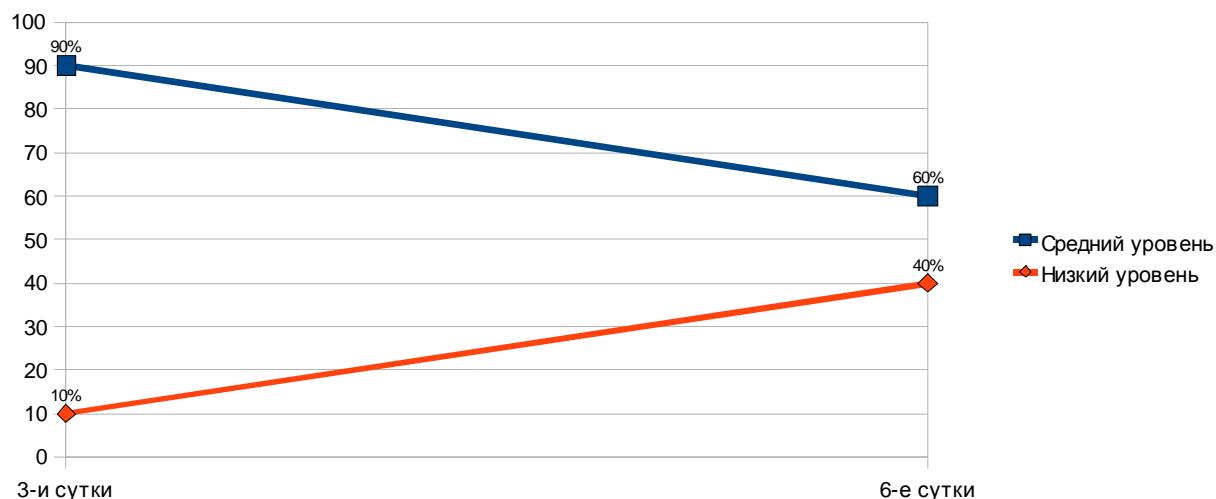


Рис. 1

Уровень тревожности женщин основной группы по методике Айзенка

Все больные хорошо переносили терапию Софтаваком. Ни в одном случае не отмечено таких побочных эффектов, как диарея, метеоризм, болевой синдром. В повторных анализах крови изменений электролитов в сыворотке крови не выявлено.

Таким образом, препарат Софтавак может быть использован в послеоперационном периоде с целью регуляции моторики кишечника, но необходимы долгосрочные исследования в данном направлении.

Литература

1. Гинекология: национальное руководство / под ред. В.И. Кулакова, И.Б. Манухина, Г.М. Савельевой.– М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007.– 328-330.
2. Кулаков, В.И. Оперативная гинекология / В.И. Кулаков, Н.Д. Селезнева, В.И. Краснотольский. – М.: Медицина, 1990. – С. 20-23.
3. Мамаев, И.В. Хронический запор / И.В. Мамаев // Лечащий врач.– 2001.– №7.– С.53-59.
4. Новак, Ф. Оперативная гинекология / Ф. Новак. – М.: Медицина, 1989.- С. 33-40.
5. Полякова, В.А. Современная гинекология / В.А. Полякова. – Тюмень, 2004.– С. 496-502.
6. Рембез, И.Н. Оперативная гинекология / И.Н. Рембез. – К.: Здоровье, 1985.– С. 98-101.
7. Ручкина, И.Н. Опыт лечения больных синдромом раздраженного кишечника с преобладанием запоров лекарственным препаратом «Софтовак» / И.Н. Ручкина, А.Э. Лычкова, А.И. Парфенов // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология.– 2007.– №5