

Доц. Е. О. Непокойчицкий, А. В. Беленков

ВЛИЯНИЕ СОРМАНТОЛА НА МОТОРИКУ КИШЕЧНИКА

Клиника госпитальной хирургии (зав.— проф. И. А. Петухов) Витебского медицинского института

Атония и парез кишечника оказывают неблагоприятное влияние на состояние организма, вызывают тяжелые нарушения легочной и сердечно-сосудистой деятельности. Происхождение их многообразно, сложно и полностью не раскрыто. Длительное отсутствие перистальтики кишечника в послеоперационном периоде наряду с другими причинами способствует образованию внутрибрюшных спаек, что в свою очередь может привести к ранней послеоперационной кишечной непроходимости (К. С. Симонян; Е. О. Непокойчицкий).

Лечение пареза и атонии осуществляют с учетом всех патогенетических механизмов (паранефральная блокада, перидуральная анестезия, ганглиоблокирующие и холиномиметические средства, переливание крови, коррекция водно-солевого и белкового обмена).

В 1943 г. Seitz путем рентгенологических исследований обнаружил, что введение в двенадцатиперстную кишку сорбитола вызывает перемещение пузырьков воздуха. Gati и соавт. в опытах на животных установили, что аппликация изотонического 5,5% раствора сорбитола при 37°C увеличивает подвижность ворсинок двенадцатиперстной кишки до 200 в минуту, расширяет их капилляры, усиливает перистальтику тонкой кишки. Внутривенное введение этого препарата в дозе 2 мл на 1 кг веса вызывает колебание ворсинок с частотой до 600 в минуту, в то время как до стимуляции число колебаний было около 0. Характерно, что стимуляция их движения раствором глюкозы не вызывает существенных изменений.

Параллельно изучали влияние маннитола на движение ворсинок. Установлено, что изотонический раствор маннитола, введенный внутривенно, внутриартериально и местно, дает такой же эффект, но действие его несколько слабее.

Дальнейшие исследования свидетельствуют о разностороннем влиянии сорбитола — как гормональным путем с экскрецией вилликинина, так и непосредственно на преганглионарные узлы, заключенные в стенках кишки.

Восстановление перистальтики кишечника с отхождением газов и кала в определенной степени зависит от срока с момента введения сорбитола, его дозы и концентрации.

С. Д. Волкова изучала клинический эффект противопаретического действия сорбитола на кишечник по улучшению общего состояния организма. Анализу подвергались температура тела, объем живота, напряжение брюшной стенки, эвакуаторная функция кишечника. Установлено, что внутрибрюшинное введение сорбитола оказывает выраженное стимулирующее действие на перистальтику кишечника.

В качестве стимулятора перистальтики кишечника мы с 1974 г. пользуемся сормантолом, изготовленным Белорусским научно-исследовательским институтом переливания крови. Помимо общепринятых исследований, до и после введения сормантола в различные сроки проводили энтерографию с помощью аппарата ЭГС-4М, позволившую достоверно оценить стимулирующее действие сормантола.

При спаечной болезни брюшной полости, а также послеоперационных парезах и атониях капельно внутривенно вводили по 200—400 мл 20% раствора сормантола. Сормантол применен у 28 больных, из которых у 18 была спаечная болезнь, у 10 — послеоперационный перитонит раз-

личной этиологии. Особенно ценным оказался сормантол при спаечной болезни, где он полезен при дифференциальной диагностике. У 12 больных, леченных консервативно, отмечено восстановление функций кишечника с прекращением рвоты, уменьшением размеров живота, отхождением газов уже после 1—2-кратного введения сормантола. Необходимость в оперативном вмешательстве отпадала, и больных лечили консервативным путем.

На энтерограммах было видно увеличение частоты кишечных сокращений после введения сормантола и их амплитуды, что создает необходимые условия для продвижения кишечного химуса. Спустя 1—2 ч аускультативно прослушивалась перистальтика кишечника, а у отдельных больных она была слышна без фонендоскопа. Отхождение газов и кала у 8 больных наступило через 4—6 ч, у 6 — через 7—12 ч. Не получен ожидаемый результат у 5 больных, у которых, несмотря на субъективное улучшение состояния и усиление перистальтики кишечника (по частоте и высоте кишечных шумов), не наступило отхождения газов, не было стула. Повторное капельное введение сормантола (если позволяло состояние больного) проводили на следующий день в дозах до 400 мл. Это способствовало ликвидации явлений частичной кишечной непроходимости еще у 2 больных. И только у 3 больных даже последующие инфузии сормантола в комплексе с другими лечебными мероприятиями, проводимыми 4—6 дней, оказались неэффективными. Больные были оперированы.

Не удалось получить положительного результата и у больной с так называемым большим животом неврастеников (А. Н. Великорецкий), у которой предприняты 4 операции по разделению внутрибрюшных спаек (всякий раз находили несколько пленчатых сращений, существенно не влиявших на эвакуаторную функцию кишечника).

Если у больных была четкая картина острой кишечной непроходимости спаечного характера, их срочно оперировали. После разделения спаек в раннем послеоперационном периоде стремились восстановить моторику кишечника, для чего у одних больных использовали общепринятую методику (введение гипертонического раствора поваренной соли, прозерина, питуитрина, димекалина), другим вводили 20% раствор сормантола.

Анализ наблюдений убедительно свидетельствует о более ранней и полной нормализации общего состояния организма, восстановлении моторной функции кишечника при использовании 20% раствора сормантола. Надо полагать, что ранняя и активная перистальтика кишечника, кроме того, играет важную роль в предупреждении послеоперационных спаек.

Тяжесть больных с послеоперационным перитонитом зависит не только от микробной флоры, интоксикации, активности и действенности антибиотикотерапии, но и от выраженности послеоперационного пареза кишечника, создающего неблагоприятный фон, усугубляющий тяжесть основного заболевания.

Для борьбы с послеоперационным парезом мы использовали сормантол, который, кроме противопаретического, оказывает дезинтоксикационное и осмодиуретическое действие, что еще больше увеличивает его терапевтическую ценность при данном заболевании. Следует подчеркнуть, что в такой ситуации стимулирующий эффект сормантола был выражен меньше. Однократное введение приводило к усилению перистальтики кишечника, улучшению общего состояния, однако только у 3 больных наступило отхождение газов, был скудный стул в первые сутки после инфузии.

Для возбуждения перистальтики у 4 больных потребовалось двукратное, у 2 — трехкратное введение сормантола. У одного больного удвоен объем вводимого препарата, что не дало положительного резуль-

тата. Во время операции выявлен разлитой гнойный перитонит вследствие недостаточности швов анастомоза.

В ы в о д ы

1. Сормантол оказывает противопаретическое действие при различного вида парезах и атониях кишечника.

2. Наиболее выраженный эффект получен при парезах и атониях кишечника, вызванных спаечной болезнью, где он может быть использован как с дифференциально-диагностической, так и с лечебной и профилактической целью.

3. Отсутствие улучшения после введения сормантола при спаечной болезни, нарастание клинических проявлений кишечной непроходимости вынуждают прибегнуть к срочному оперативному вмешательству.

4. Для достижения противопаретического эффекта при послеоперационном перитоните нередко требуется повторное вливание сормантола или повышение его концентрации.

ЛИТЕРАТУРА. Волкова С. Д. Применение сорбитола для профилактики и лечения послеоперационного пареза кишечника. Автореф. дис. канд. Л., 1972. — Симонян К. С. Спаечная болезнь. М., 1966. — Непокойчицкий Е. О. — «Здравоохр. Белоруссии», 1967, № 11, с. 79—80. — Gati T., Plessice J., Svato S. — "Path. Biol.", 1961, v. 9, p. 337—340.