

## Advantages of inhalation anesthetic Sevoran application

V. POLISHCHUK, O. PIVEN', D. GRYSHCHENKO

**Summary.** *Results of Sevoran application are presented. Preparation is provided by the rapid awakening upon termination of surgical interference and has not had toxicity on liver and kidney functions and actions.*

**Key words:** *Sevoran, semi-closed contour of low stream of inhalation anesthetic, hepatotoxicity, nephrotoxicity, rapid awakening, proceeding in congratulatory functions.*

УДК 616.33

## Особливості перебігу гастроєзофагальнорефлюксної хвороби, ускладненої дуоденогастральним рефлексом

С.М. ПРОКОПЧУК, О.І. МИХАЛЬЧУК, А.М. БАЛКО

**Резюме.** *Встановлено що, суттєвий дуоденогастральний рефлюкс значно погіршує перебіг гастроєзофагальнорефлюксної хвороби (ГЕРХ), збільшує її тривалість та сприяє розвитку ерозій в стравоході.*

**Ключові слова:** *жовчний рефлюкс, дуоденогастральний рефлюкс, гастроєзофагальнорефлюксна хвороба.*

Жовчний рефлюкс – синдром, що доволі часто супроводжує найбільш розповсюджені захворювання верхніх відділів травного каналу: хронічні гастрити, виразкову хворобу шлунка та цибулини дванадцятипалої кишки, гастроєзофагальну рефлюксну хворобу. Також жовчний рефлюкс є основною причиною виникнення хронічного гастриту, рефлюкс-гастриту; іншою причиною їх розвитку є медикаменти, а саме нестероїдні протизапальні препарати.

Жовчний рефлюкс являє собою потрапляння жовчі із дванадцятипалої кишки до шлунка та вище розташовані органи – стравохід та, навіть, ротову порожнину. По висоті потраплення жовчі розрізняють дуоденогастральний (ДГР), дуоденогастроєзофагальний та дуоденогастроєзофагооральний рефлюкси. Дуоденогастральний рефлюкс (ДГР), найчастіше, зумовлений недостатністю замикальної функції воротаря, хронічним дуоденостазом та пов'язаною з ним гіпертензією в дванадцятипалій кишці. Такі зміни, найчастіше, пов'язані із оперативним втручанням: резекцією шлунка, ентеростомією, холецистектомією. В основі розвитку дуоденогастрального рефлюксу також є функціональні порушення скоротливої здатності нижнього сфінктера стравоходу.

Для діагностики дуоденогастрального рефлюксу головним методом є фіброгастродуоденоскопія. Характерними ендоскопічними ознаками жовчного рефлюкса вважаються: вогнищева гіперемія, набряк слизової оболонки шлунка, шлунковий вміст забарвлений в жовтий колір, зянення воротаря.

Крім цього використовують ендоскопію та багатогодинний моніторинг рН стравоходу. При цьому оцінюють частоту та висоту рефлюкса, наявність на протязі доби епізодів жовчного, кислого або змішаного рефлюксів (при жовчному рефлюксі значення інтрагастрального рН >7). У деяких хворих при ендоскопії визначають не лише запальні та деструктивні зміни слизової оболонки, але і зміни характерні для стравоходу Барета.

Як додатковий метод функціональної діагностики використовують рентгеноскопію шлунка, при котрій ознакою рефлюкса є регургітація барія із дванадцятипалої кишки в шлунок та стравохід. Диференціальную діагностику при підозрі на жовчний рефлюкс слід проводити з кислим гастроєзофагеальним рефлюксом, езофагеальною карциномою, пептичними виразками верхніх відділів травного каналу. Дуоденогастральний рефлюкс часто супроводжує виразки шлунка та дванадцятипалої кишки, але при загоєванні виразки та стиханні запалення явища рефлюкса, як правило, проходять.

Тривала наявність жовчного рефлюкса без адекватної терапії сприяє розвитку гіперпластичних поліпів, аденокарциноми шлунка та стравоходу.

### **Матеріали і методи**

Нами обстежено 25 пацієнтів з ГЕРХ та супутнім дуоденогастральним рефлюксом, що лікувалися в стаціонарі клініки гастроентерології Головного військово-медичного клінічного центру. Всім обстеженим проводилася первинне і контрольні ендоскопічні дослідження, загальний та біохімічний аналіз крові, загальний аналіз сечі, УЗД, добове моніторування рН стравоходу. Середній вік пацієнтів становив  $35 \pm 4,3$  роки.

### **Результати та їх обговорення**

Аналіз рН моніторингу показав, що загальна тривалість рН у стравоході  $\leq 4$ , наявність та кількість у хворих рефлюксів у діапазоні рН від 7,0 до 4,0 (слабо кислі рефлюкси), рефлюксів з рН >7,0 (лужні рефлюкси). Також звертали увагу на наявність у них недостатності нижнього стравохідного сфінктера.

У процесі обстеження пацієнтів проводилось спостереження ДГР у хворих на гастроєзофагеальну рефлюксну хворобу при різних ступенях важкості та виявилось, що ДГР частіше буває у хворих з рефлюкс – езофагітом.

У пацієнтів хворих на ГЕРХ із супутнім ДГР частіше спостерігались різні захворювання жовчного міхура – хронічний некалькульозний холецистит, жовчокам'яна хвороба, постхолецистектомічний синдром. Чотирьом пацієнтам з цієї вибірки було проведено резекцію шлунка. У процесі дослідження показників добового моніторування рН стравоходу, у більшості обстежених виявлено відхилення від норми. У основної маси хворих (у 17 пацієнтів) з поєднанням ГЕРХ та ДГР виявлено збільшену кількість слабкокислих рефлюксів, а у восьми хворих переважали лужні рефлюкси.

Нами встановлено, що для пацієнтів із поєднаною патологією характерні рефлюкси тривалістю понад 5 хвилин. При зборі скарг у пацієнтів із супутнім ДГР частіше спостерігались гіркий присмак у роті, шкрябання у горлі, посилена слинотеча, сухий кашель. Для цієї групи пацієнтів характерні супутні захворювання жовчного міхура, хвороби оперованого шлунка. Під час проведення добового моніторингу рН у хворих з ДГР частіше спостерігаються лужні та слабо кислі рефлюкси. При дообстеженні (ФГДС) в цих пацієнтів переважає ерозійна форма ГЕРХ, що слід враховувати під час лікування таких пацієнтів. Разом з тим для усунення саме жовчного рефлексу застосування антисекреторних препаратів, прокінетиків та антацидів недостатньо. Стандартом лікування жовчного рефлюксу вважаються препарати урсодезоксихолевої кислоти. Доцільність їх застосування полягає в тому, що урсодезоксихолевої кислоти властиво змінювати пул жовчних кислот з токсичних на не токсичні. Іншими словами, під дією цих препаратів жовчні кислоти, що містяться в рефлюксаті, переходять у водорозчинну форму, яка в меншій мірі подразнює слизову оболонку шлунку та стравоходу.

### **Висновок**

1. У хворих на гастроезофагальну рефлюксну хворобу супутній дуоденогастральний рефлюкс обтяжує її перебіг та клінічні прояви, що погіршує якість життя пацієнтів.
2. Для лікування захворювань, що супроводжуються жовчним рефлюксом, базисну терапію доцільно доповнювати прийомом урсодезоксихолевої кислоти, оскільки даний препарат можна розглядати, як засіб патогенетичної терапії.

### **Література**

1. Бабак, О.Я. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь / О.Я. Бабак, Фадеенко Г.Д. – К.: Интерфарма, 2000. – С. 175.
2. Диагностика и лечение гастроэзофагеальной рефлюксной болезни / В.Т. Ивашкин, А.А. Шептулин, А.С. Трухманов и др. – М.: Медицина, 2003. – С. 30.
3. Florkkermeier V. Cholestatic Liver Disease / V. Florkkermeier // Dr Falk Pharma: GmbH., 2001. – P. 118.
4. Fuchs K.H. Variability in composition physiologic duodenogastric reflux / K.H. Fuchs // J. Gastrointest. Surg. – 1999. – Vol. 3. – P. 11–14.

### **Особенности течения гастроэзофагеальнорефлюксной болезни, осложнённой дуоденогастральным рефлюксом**

**С.Н. ПРОКОПЧУК, Е.И. МИХАЛЬЧУК, А.Н. БАЛКО**

**Резюме.** Установлено, что сопутствующий дуоденогастральный рефлюкс значительно ухудшает течение гастроэзофагеальнорефлюксной болезни, увеличивает её продолжительность и способствует образованию эрозий в пищеводе.

**Ключевые слова:** желчный рефлюкс, дуоденогастральный рефлюкс, гастроэзофагеальнорефлюксная болезнь.

### Features flow GERD complicated by DGR

S.PROKOPCHUK, E.MHALCHUK, A.BALKO

**Summary.** *It is that duodenogastic reflux considerably aggravates GERD, increase her duration and assists to development of erosions in a gullet.*

**Key words:** *bile reflux, GERD, duodenogastic reflux.*

УДК: 616.8-009.617

### Оптимізація інфузійної терапії у хворих з гіпертонічною хворобою при видаленні новоутворень черевної порожнини

В.М. СВИСТУН, О.В. ТХОРЕВСЬКИЙ, В. МАЛІЄНКО

**Резюме.** *В статті розглядається проблема адекватної інфузійної терапії терапії у хворих з гіпертонічною хворобою при видаленні новоутворень черевної порожнини. Підтверджена ефективність застосування препаратів гідроксипропілкетохрому у онкологічних хворих, як засіб стабілізації гемодинаміки під час видалення новоутворень черевної порожнини.*

**Ключові слова:** *інфузійна терапія, рефортан, гіпертонічна хвороба, новоутворення черевної порожнини.*

Злоякісні новоутворення разом з хворобами серцево-судинної системи визначають рівень здоров'я населення України, оскільки є причиною 13% всіх летальних випадків і 25% випадків інвалідизації населення. Питома вага пухлин, як причини смерті в працездатному віці складає 14% у чоловіків і 29% у жінок. При злоякісних новоутвореннях хірургічний метод лікування найбільш ефективний, або є найважливішим компонентом комбінованого лікування. Серед онкологічних хворих чималу частку складають пацієнти з серйозними супутніми захворюваннями, які значно знижують функціональні резерви та визначають ризик операції.

Хворі із злоякісними пухлинами істотно відрізняються від пацієнтів загальнохірургічних клінік за своїм соматичним і психічним станом, особливостями імунної реактивності, наслідкам хіміо- і променевої терапії, а онкологічні операції – високою травматичністю і об'ємністю, згідно вимог абластики.

Необхідно враховувати 3 характерні риси гомеостазу онкологічних хворих: гіповолемію, гіпопротеїнемію і анемію [1, 2]. Ступінь цих розладів залежить від локалізації, поширеності, особливостей перебігу пухлинного процесу. Так хронічна анемія, навіть при відносно високому рівні гемоглобіну (100 г/л),