

УДК 616.366-003.7-089.168.1

**В.Б. Рева, О.Б. Колотило, І.М. Срібний***Кафедра хірургії та урології (зав. – проф. А.Г. Іфтодії) ВДНЗ України “Буковинський державний медичний університет”, м. Чернівці*

## ПРОФІЛАКТИКА ТА ЛІКУВАННЯ ЖОВЧНОГО РЕФЛЮКСУ У ХВОРИХ НА ЖОВЧНОКАМ'ЯНУ ХВОРОБУ В ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОМУ ПЕРІОДІ

**Резюме.** Проведено аналіз лікування 71 хворих на жовчнокам'яну хворобу, з яких у 59 було виявлено жовчний дуоденогастральний рефлюкс. У даній групі хворих проведено комплексне обстеження хворих, що включало в собі ендоскопічне, рентгенологічне обстеження, рН-метрію та пробу з метиленовим синім. Після проведення запропонованої схеми лікування відмічається зменшення клінічних проявів захворювання впродовж першого тижня лікування та зникнення морфологічних змін з боку слизової оболонки шлунка і стравоходу впродовж 3-4 тижнів.

**Ключові слова:** жовчний рефлюкс, жовчнокам'яна хвороба.

Жовчний рефлюкс – це ретроградне потрапляння жовчі з дванадцятипалої кишки у шлунок і стравохід. Найбільш часто цей синдром виявляється у хворих на виразкову хворобу, хронічний холецистит, хронічні гастродуоденіти. Для хірургів надзвичайно важливим є розвиток жовчного рефлюксу у хворих після таких оперативних втручань як холецистектомія, резекція шлунка, різноманітних видів ваготомій, гастроентеростомій.

У патогенезі розвитку даних порушень провідну роль відіграють порушення анатомічних співвідношень обумовлених оперативним втручанням, а також недостатність замикального апарату (воротарний і нижній стравохідний замикачі), порушення моторної координації між дванадцятипалою кишкою, воротарною частиною і воротарною печерою шлунка, порушення або ліквідація антирефлюксних механізмів [1].

На відновлення функції потрібен значний період часу, тоді як постійне потрапляння жовчних кислот у стравохід і навіть ротову порожнину призводить не тільки до неприємної гіркоти у роті, а також може викликати розвиток жовчного гастриту та езофагіту.

Розрізняють три різновиди жовчного рефлюксу: дуоденогастральний, дуоденогастроезофагеальний і дуоденогастроезофагооральний [3]. При цьому на слизову оболонку шлунка, стравоходу та ротової порожнини впливають не тільки жовчні кислоти, а й панкреатичні ензими і дуоденальний і шлунковий сік.

Сучасні методи лікування жовчного рефлю-

ксу направлено на нейтралізацію дії дуоденального вмісту на слизову оболонку шлунка і стравоходу, а також на покращання стравохідної і шлункової евакуації. Для досягнення цієї мети використовують мотіліум – препарат що прискорює шлункову та стравохідну евакуацію, інгібітори протонної помпи – для зменшення шлункової секреції, обволікаючі препарати (маалокс, фосфалюгель та ін.), урсофальк для зменшення подразнювальної дії жовчних кислот. Подібний лікувальний комплекс широко застосовують терапевти для лікування хворих на гастроєзофагеальну рефлексну хворобу з переважанням жовчного рефлюксу [1].

**Мета роботи:** з'ясувати ефективність застосування запропонованої схеми лікування хворих на жовчнокам'яну хворобу у післяопераційному періоді з метою профілактики та лікування жовчного рефлюксу.

**Матеріал і методи.** Нами проаналізовано результати оперативного лікування 71 хворого на жовчнокам'яну хворобу, що знаходилися в клініці за період з 05.2008 по 08.2008 року. З даної кількості хворих у 59 (83,1%) в післяопераційному залишалися скарги на гіркоту в роті, часті зригування та відрижки, загрудинний біль. Серед обстежених хворих переважну більшість становили жінки 56 (78,9%). Вік хворих був у межах від 29 до 71 років.

Усім хворим проводили наступний діагностичний комплекс: ендоскопічне обстеження стравоходу та шлунка для визначення глибини

морфологічних змін з боку слизової оболонки стравоходу та шлунка, наявності закиду дуоденального вмісту у шлунок (при необхідності обстеження доповнювали біопсією), рН-метрія стравоходу та шлунка проводилась апаратом ИЖК-2 за стандартною методикою, рентгенологічне обстеження для визначення порушень скоротливої здатності стравоходу та шлунка, уповільнення шлункової евакуації, наявності явищ дуоденостазу, проба з метиленовим синім [2].

#### Результати дослідження та їх обговорення.

Серед 59 хворих у яких спостерігалися прояви жовчного рефлюксу постійно гіркий присмак у роті спостерігався у кожного третього хворого, в інших випадках хворі скаржилися на періодично виникаючу гіркоту. Загруднинний біль виникав у 54% хворих, і тільки у 5 випадках (7,04%) його виникнення можна було пов'язати з серцевою патологією. Зригування їжі та часті відрижки спостерігалися тільки у 27,5% хворих.

При ендоскопічному дослідженні явища рефлюкс-гастриту виявлені у 55 (77,5%) хворих, катаральні зміни зі сторони слизової оболонки стравоходу були виявлені тільки в 15 (21,1%) випадках. З наявними виразками слизової шлунка і стравоходу не було нами виявлено в жодному випадку, що може бути пояснено не тривалою дією дуоденального вмісту.

При проведенні рН-метрії впродовж однієї години нами було встановлено підвищення показників рН шлунка вище 5.0 у всіх хворих, у 80% випадків кількість епізодів рефлюксу була у межах від 3 до 5. Враховуючи той факт, що нормальні показники рН у стравоході в нормі знаходяться в межах від 6.0 до 7.0, для встановлення факту закиду шлункового вмісту в стравохід застосовували пробу з метиленовим синім – позитивний результат отримали у 57 (80,28%) випадків.

При проведенні рентгенологічного обстеження уповільнення шлункової та дуоденальної евакуації відмічали у кожного третього хворого, наявність дуоденогастрального закиду виявлено у всіх пацієнтів. Порушення замикальної функції кардії такі як: не змикання кардії, ретроградний закид в стравохід шлункового вмісту, антиперистальтичні рухи стравоходу виявлені у 93% хворих.

Цим хворим нами призначалася наступна схема лікування: для зменшення агресивності жовчних кислот – урсофальк (препарат призначали одноразово ввечері у дозі 500 мг), для захисту слизової стравоходу та шлунка нами застосовувалася ентеросгель тричі на добу за 2 години перед прийомом їжі, який окрім обволікаючої дії має високу сорбційну активність, що дозволяє зв'язати

значну кількість жовчних кислот, при підвищеній секреторній активності шлунка призначаємо блокатори протонної помпи (омепразол, рабепразол, паріет), також для захисту слизової оболонки шлунка застосовували маалокс або фосфалюгель, при наявності ендоскопічно-підтверджених морфологічних змін з боку слизової оболонки шлунка чи стравоходу призначаємо сукральфат по 1,0 г тричі на добу, а для нормалізації стравохідної та шлункової перистальтики призначали мотіліум тричі на день впродовж тривалого часу.

Після призначення вищезазначеної схеми лікування вже на наступний день хворі відмітили покращання самопочуття, відсутність гіркоти в роті, впродовж наступних декількох днів зменшення болювих відчуттів за грудниною, які повністю зникли через тиждень. Такі прояви, як відригування та зригування виявились більш стійкими та зменшились тільки через 2 тижні лікування і повністю зникли у 67 (94,36%) хворих через місяць.

При ендоскопічному контролі виявлено, що ендоскопічні прояви рефлекс-гастриту та рефлюкс-езофагіту повністю зникли у всіх хворих через 2 тижні після початку лікування. РН-моніторинг в даному випадку нами не застосовувався для контролю ефективності лікування через малу інформативність, так як прийом вищезгаданих препаратів призводить до зсуву показників рН у лужну сторону, як у шлунок, так і в стравохід, у всіх хворих на весь період лікування.

Проведення проб з метиленовим синім довело, що у переважній більшості хворих (93%) зникли закиди шлункового вмісту в стравохід. Рентгенологічне дослідження засвідчило, що вже через 10 днів зменшуються прояви гастро- та дуоденостазу, зникають прояви гастроєзофагеального рефлюксу.

Усім хворим було рекомендовано продовжувати терапію впродовж трьох місяців, з наступним контролем.

**Висновки.** 1. Прояви жовчного рефлюксу виявляються у 83,1% хворих оперованих з приводу жовчнокам'яної хвороби. 2. Найбільш інформативними методами дослідження жовчного рефлюксу залишаються ендоскопічне та рентгенологічні дослідження, які слід доповнювати пробю з метиленовим синім. 3. Нормалізація самопочуття хворих та зникнення проявів жовчного рефлюксу відмічається у переважній більшості хворих через 2-3 тижні.

**Перспективи подальшого дослідження.** Проведення аналізу більшої кількості спостережень для можливості більш вірогідної оцінки отриманих результатів, а також вивчити віддалені результати дослідження.

Список використаної літератури

1. 1. Бабак О.Я. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь / О.Я. Бабак, Г.Д. Фадеенко – К. : Интерфарма, 2000. – 175 с. 2. Гончарик И.И. Клиническая гастроэнтерология / И.И. Гончарик. – Минск: Интерпрессервис, 2002. – 334 с. 3. Фролькис А.В. Функциональные заболевания желудочно-кишечного тракта / А.В. Фролькис. – Л.: Медицина, 1991. – 221 с.

**ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ЖЕЛЧНОГО РЕФЛЮКСА У БОЛЬНЫХ ЖЕЛЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ**

**Резюме.** Проведен анализ лечения 71 больного желчекаменной болезнью, у 59 из них выявлены признаки желчного рефлюкса. Все больные были комплексно обследованы: проведено эндоскопическое, рентгенологическое обследования, рН-метрия и проба с метиленовым синим. После проведенного лечения по предложенной схеме, отмечается уменьшения жалоб в течении первой недели и исчезновение клинических и морфологических проявлений рефлюкса в течении 3-4 недель.

**Ключевые слова:** желчный рефлюкс, желчекаменная болезнь.

**PREVENTION AND TREATMENT OF BILE REFLUX MANIFESTATIONS IN PATIENTS WITH CHOLELITHIASIS IN THE POSTOPERATIVE PERIOD**

**Abstract.** The treatment of 71 patients with cholelithiasis has been analyzed, 59 of them were found to have duodenogastric bile reflux. This group of patients underwent a comprehensive survey, which included a endoscopic, radiological examination, pH-metria and test with methylen blue. After the proposed regimen marked reduction of clinical symptoms of the disease during the first week of treatment and disappearance of morphological changes in the mucous membrane of the stomach and esophagus within 3-4 weeks were detected.

**Key words:** bile reflux, cholecystolithiasis.

Bukovininn State Medical University (Chernivtsi)

Надійшла 14.04.2015 р.  
Рецензент – проф. Білокий В.В. (Чернівці)