

Гайдуков В.А.,  
доцент кафедри догляду за хворими та вищої медсестринської освіти  
ВДНЗУ «Буковинський державний медичний університет»

Маринчина І.М.,  
асистент кафедри акушерства, гінекології та перинатології  
ВДНЗУ «Буковинський державний медичний університет»

## ВИКОРИСТАННЯ НАСТОЯНКИ ТИРЛИЧУ ЖОВТОГО ДЛЯ РЕНТГЕНОЛОГІЧНОЇ ОЦІНКИ ТОНУСА ТА МОТОРНО-ЕВАКУАТОРНОЇ ФУНКЦІЇ ШЛУНКА ТА ДВНАДЦЯТИПАЛОЇ КИШКИ У ХВОРИХ НА РАК ШЛУНКА

У статті розглянуто вплив настоянки тирличу жовтого на моторику стравоходу, шлунка та дванадцятипалої кишки. Зроблено припущення, що рослинний модифікатор може бути використаний для рентгено-фармакодіагностики захворювань гастро-дуоденальної зони. Відмічали нормалізацію моторно-евакуаторної функції шлунка і дванадцятипалої кишки при дискінезіях, дуоденогастральному рефлюксі.

**Ключеві слова:** тирлич жовтий, рентген-діагностика, шлунок, дванадцятипала кишка.

В статье рассмотрено влияние настойки горечавки желтой на моторику пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки. Сделано предположение, что растительный модификатор может быть использован для рентгено-фармакодиагностики заболеваний гастро-дуоденальной зоны. Отмечали нормализацию моторно-эвакуаторной функции желудка и двенадцатиперстной кишки при дискинезии, дуоденогастральном рефлюксе.

**Ключевые слова:** горечавка желтая, рентген-диагностика, желудок, двенадцатиперстная кишка.

The influence of Gentian yellow tincture on esophagus, stomach, and duodenum motor function discusses in this paper. It was supposed that plant modifier can be used for radiodiagnosis and pharmacological diagnostics of gastroduodenal diseases. The normalization of motor-evacuation function of the stomach and duodenum during dyskinesia and duodeno-gastric reflux was noted.

**Key words:** gentian yellow, radiodiagnosis, stomach, duodenum.

**Вступ.** Тирлич жовтий (джинджура, горечавка жовта, *Gentiana lutea* L.) – багаторічна трав'яниста рослина родини тирличових. Використовують коріння рослини не менше чотирирічної давності [4, с. 54; 7]. Галенові препарати тирличу жовтого підвищують секрецію шлунка, жовчовиділення, збуджують апетит, мають протизапальні властивості. З лікувальною метою застосовують відвар (1 столова ложка подрібненого кореня тирличу на 200 мл окропу) по 1 столовій ложці 3–4 рази на день за 30–40 хвилин до їди, або настій коріння (1 : 5 на 50% етиловому спирті) [5, с. 21].

**Мета дослідження.** Вивчити можливості рентгенологічних методик дослідження із застосуванням фармакологічного модифікатора, як синтетичного походження (діпрофен) так і рослинного (настоянок тирличу жовтого) для оцінки стану тонусу та моторики стравоходу, шлунка та дванадцятипалої кишки, їх вплив на моторику та евакуацію з шлунка у хворих на рак шлунка до лікування та після нього.

**Матеріал та методи дослідження.** Обстежили 47 пацієнтів, які були направлені у Чернівецький обласний клінічний диспансер з встановленим діагнозом «рак шлунка» основна група, а також контрольна група з 15 пацієнтів у яких ні клінічно, ні рентгенологічно не було захворювань шлунка. Це переважно були хворі на пухлини органів малого тазу, яким у плані обстеження обов'язково проводять рентгенологічне дослідження шлунка. Серед хворих на рак шлунка були 28 чоловіків і 19 жінок, віком від 31 до 76 років. У контрольній групі: 10 чоловіків і 5 жінок віком від 42 до 63 років. Діагноз був верифікований гістологічно при ендоскопічному дослідженні з біопсією або при хірургічному втручанні.

Хворих обстежували до та після лікування, безпосередньо після закінчення променевої терапії або через 0,5–1 рік після оперативного втручання. Після завершення оглядового дослідження черева, переходили до дослідження стравоходу і шлунка з контрастуванням останніх [6, с. 1, 16–18].

При рентгенологічному дослідженні травного каналу в осіб, які перенесли операцію на шлунку, звертали увагу на сцінку функції і морфології куки шлунку, тонкої кишки з урахуванням рівня резекції, способу операції та терміну після неї. Особливу увагу звертали на стан привідної та відвідної петель тонкої кишки. Важливо досліджувати просування першої порції контрастної маси з куки через анастомоз і далі у відвідну петлю, при цьому треба подивитись як розкривається анастомоз, чи нема ділянок спастичного скорочення над, або під ним. Після цього заповнюють більшою кількістю контрастної маси куку шлунка і вивчали її положення, форму, розміри, обрис, тонус, перистальтику, змішуваність (активну і пасивну), напрям і характер евакуації контрастної маси. При необхідності хворому давали додатково 100–150 мл суспензії сульфату барію. У процесі рентгенологічного дослідження використовували фармакологічні модифікатори функціонального стану стравоходу, шлунка і тонкої кишки. З цієї метою застосовували такі лікарські засоби: діпрофен по 0,1–0,15 г (2–3 таблетки) під язик за 25–30 хвилин до дослідження шлунка [2, с. 44] і порівнювали його з дією спиртових настоянок тирличу жовтого, або арніки гірської – по 70–80 крапель до середини або на шматочок цукру під язик за 15–30 хвилин до дослідження. Дія вказаних препаратів на тонус та моторику шлунка і дванадцятипалої кишки наступала через 15–20 хв. після сублінгвальної

ного прийому і через 30-35 хв. після прийому фітопрепарату всередину. Дія настоянки тирличу жовтого проявлялась через 20-30 хвилин після вживання і проявлялась регулюючим впливом на тонус сфінктерів і перистальтику стравоходу, шлунка і дванадцятипалої кишки (підвищувалась амплітуда перистальтичних скорочень і тонус, прискорювалась гастродуоденальна перистальтика). Крім цього, настоянка тирличу жовтого підсилювала секрецію шлункових залоз. Особливо ефективною виявилась настоянка тирличу жовтого при дослідженні дванадцятипалої кишки. Застосування фітопрепарату викликало релаксацію при спастичних станах і навпаки, при гіпотонії, він підвищує тонус, підсилює перистальтику і покращує евакуацію. Такі дослідження оперованого шлунка дозволяли диференціювати спастичний стан з органічними звуженнями, встановлювати причини порушень функції привідної та відвідної петель тонкої кишки, анастомозу, діагностувати пептичні виразки та рецидиви раку кукси шлунку.

На етапі вивчення дії фармакологічних препаратів ми застосовували методику двох етапного рентгенологічного дослідження, коли спочатку виконували рентгенологічне дослідження стравоходу, шлунка і дванадцятипалої кишки за загальноприйнятою методикою, оцінювали функціональний стан цих органів, а потім хворому давали фармакологічний модифікатор і спостерігали його дію на тонус та моторику, порівнювали функціональні зміни в органі до та після дії препарату [3, с. 15]. Потім, коли нами була вивчена дія фармакологічних модифікаторів функціонального стану органів травлення, ми розробили методику одно етапного рентгенологічного дослідження, суть якої полягає у попередньому, за 15-30 хвилин у залежності від терміну настання дії відповідного препарату, вживанні фармакологічного модифікатора і наступним поліпозиційним стандартизованим рентгенологічним дослідженням. При первинному подвійному контрастуванні шлунка перед вживанням контрастної речовини шлунок роздували прийомом 1 чайної ложки уродану, або суміші 1,5 г лимонної кислоти і 1,5 г харчової соди, яку хворий запиває незеленим ковтком води, потім приймав 30 – 50 мл суспензії сульфату барію і хворого переводили у горизонтальне положення на живіт. У цьому положенні вивчали передню стінку шлунка. Після цього хворий випиває ще 100 – 120 мл суспензії барію і повертається через лівий бік на спину і вивчається задня стінка шлунка. Потім хворого повертають у праву косу проекцію в положення на спині і вивчають препілоричний відділ шлунка та дванадцятипалу кишку, в подальшому переводять у ліву косу проекцію на спині і досліджують задню стінку тіла шлунка в умовах її подвійного контрастування. Переведення хворого у вертикальне положення і у пряму передню проекцію дають інформацію про склепіння і субкардіальний відділ шлунка. Завершували дослідження у лівій бічній проекції для оцінки стану передньої та задньої стінок проксимального відділу шлунка [1, с. 396].

Результати дослідження і їх обговорення. Раку шлунка виявлено і підтверджено у 44 хворих (87%), які були направлені в онкологічний диспансер, а у решті 6 пацієнтів діагноз рака шлунку був знятий. За локалізацією частіше зустрічали рак тіла шлунка у 33 хворих (62,3% випадків), рак кардіального відділу у – 20,8%,

рак антрального відділу – у 16,9% випадків. У 12,3% випадків були так звані малі форми раку шлунка (до 3 см) у вигляді потовщеної складки, поліпоподібний і інфільтративно-виразковий рак. У 46,4% випадків спостерігали дифузний (інфільтративний) тип росту пухлини і у 53,6% – екзофітний тип.

Використовуючи під час рентгенологічного дослідження фармакологічні модифікатори, ми виявляли характерні ознаки ерозивно-виразкової форми раку, а саме: плоскі виразки, витягнуті упродовж контуру стінки шлунка, які не виходили за його межі з недостатньо чіткими обрисами: випрямлення малої кривизни шлунка при повному його заповненні контрастною сумішшю, яке залишалось і після застосування фармакологічного модифікатора. Часто, коли пухлина локалізувалась у ділянці кута шлунка, спостерігався симптом розгинання кута малої кривизни.

Важливими рентгенологічними симптомами інфільтративної форми раку, які ми виявляли при рентгенофармакологічному дослідженні, були: локальне потовщення складки слизової оболонки, феномен багатоконтурності, симптом «сходінки», які можуть обмежувати маленьку плоску виразку. У таких випадках ми проводили дозовану компресію для більш детального вивчення рельєфу слизової оболонки та виявлення ригідних ділянок. Складки слизової оболонки при ендофітному (плоскоінфільтративному) раку були ригідні. Вони іноді сплюснені або зовсім не простежувалися. У зоні інфільтрації контрастна речовина розподіляється нерівномірно, надляючи її рельєфу вигляд невиразно підкреслених площин, які злегка виступають над навколишніми тканинами. Межі атипового рельєфу з нормальною слизовою оболонкою сусідніх ділянок чітко не простежували. Завдяки застосуванню фармакологічних модифікаторів у таких випадках нам вдавалось виявляти обрив декількох складок, що полегшувало визначити розміри пухлини, так як внаслідок спостереження за перистальтичними хвилями, ми встановлювали затухання (обрив) цієї хвилі («німа», або аперистальтична зона).

Екзофітні форми раку шлунка характеризувались дефектами наповнення круглої, еліпсоподібної, прямокутної форми з нерівними обрисами. Характерною особливістю атипового рельєфу при екзофітному раку є заміщення у зоні ураження нормального малюнку складок слизової оболонки безладним поєднанням різних за величиною і формою дефектів наповнення, розділених неправильної форми плямами і смужками барію. При великих за розміром пухлинах виникли труднощі у диференціальній діагностиці з доброякісними, поліпоподібними пухлинами. У цих випадках ми отримували додаткові дані про функціональні та морфологічні зміни при застосуванні фармакологічних модифікаторів. При злоякісних пухлинах, на відміну від доброякісних під дією модифікатора ми не спостерігали суттєвих змін форми та розмірів пухлини, залишалась порушеною еластичність стінки шлунка. Ці дані допомагали нам своєчасно якісно провести диференціальну діагностику пухлини та визначити розповсюдженість пухлинного процесу на суміжні органи і тканини. Так, у 10 пацієнтів з установленим діагнозом раку шлунка нам вдалося до операції визначити розповсюдження пухлини на стравохід, підшлункову залозу, у ліву

частку печінки, що було підтверджено при рентгеновській комп'ютерній томографії.

При дослідженні оперованого шлунка після резекції виникали проблеми диференціації причин дефекту наповнення біля анастомозу на малій кривизні кукси шлунка, бо як відомо, іноді тут буває видно дефект наповнення, який обумовлений тканинами, які занурюють під час операції у середину шлунка при частковому зашиванні дистальної частини його кукси. Розміри дефекту можуть досягати до 5 см і зменшуватись при дозованій компресії, роздуванню кукси газом і наступним дослідженням. Такі дефекти наповнення завжди вимагають проведення диференціальної діагностики з рецидивом пухлини. У цих випадках майже завжди ми отримували цінну інформацію після застосування настоянки тирличу, яка підсилювала перистальтику у куксі, за перистальтичними хвилями ми встановлювали затухання (обрив) цієї хвилі («німу»), або аперистальтичну зону, що давало можливість діагностувати рецидиви пухлини.

Вивчення та порівняння дії різних фармакологічних модифікаторів показало, що вони по різному впливають на тонус і моторику шлунка, при чому ті препарати, які підсилювали тонус і моторику шлунка, викликали гіпотонію цибулини дванадцятипалої кишки, регулювали роботу кардіоезофагального та пілоричного сфінктерів.

Дія настоянки тирличу проявлялась регулюючим впливом на тонус сфінктерів і перистальтику стравоходу, шлунка і дванадцятипалої кишки (підвищувалась амплітуда перистальтичних скорочень, прискорювалась гастродуоденальна перистальтика). Настоянка тирличу підсилювала секрецію шлункових залоз і у процесі дослідження кількість рідина у шлунку зростала, що у деякій мірі заважало дослідженню мікрорель'єфу слизової оболонки шлунка в умовах подвійного контрастування. У зв'язку з цією обставиною ми рекомендуємо вивчати рельєф слизової шлунка ще до настання повної дії настоянки тирличу, а потім коли починає наростати кількість рідини у шлунку досліджувати його при повному, тугому заповненні. Особливо ефективною виявилась настоянка тирличу при дослідженні дванадцятипалої кишки. У всіх випадках застосування цього препарату (33 дослідження) мало місце заповнення контрастною речовиною дванадцятипалої кишки на

фоні добре вираженої релаксації. Під дією препарату зникали спазми та прояви подразнення, спостерігалось прискорення евакуації контрастної речовини із шлунка, ліквідувався гастроезофагальний та гастродуоденальний рефлюкси. Нами встановлено, що настоянка тирличу володіє регулюючим впливом на тонус сфінктерів і перистальтику стравоходу, шлунка і дванадцятипалої кишки, підвищує амплітуду перистальтичних хвиль, прискорює гастродуоденальну перистальтику. У хворих після резекції шлунка настоянка тирличу знімала спастичний стан кукси шлунка, ліквідувалась так звана «несправжня деформація» її.

#### Висновки:

1. Настоянка тирличу жовтого володіє регулюючим впливом на тонус сфінктерів і перистальтику стравоходу, шлунка і дванадцятипалої кишки, підвищує амплітуду перистальтичних скорочень і тонус, прискорює гастродуоденальну перистальтику.

2. Дія настоянки тирличу проявляється через 15-20 хв. після сублінгвального вживання і через 30-35 хв. після вживання усередину.

3. Настоянка тирличу жовтого може застосовуватись у якості модифікаторів для рентгено-фармакодіагностики захворювань шлунка, а також як препарати, що нормалізують координацію моторно-евакуаторної функції шлунка і дванадцятипалої кишки при дискінезіях, дуоденогастральному та гастроезофагальному рефлюксам.

4. Застосування фармакологічних модифікаторів під час рентгенологічного дослідження, дозволяє виявляти характерні ознаки ерозивно-виразкової форми раку, а саме: плоскі виразки, витягнуті у продовж контуру стінки шлунка, які не виходили за його межі з недостатньо чіткими обрисами; випрямлення малої кривини шлунка при повному його заповненні контрастною сумішшю, яке залишалось і після застосування фармакологічного модифікатора

5. При дослідженні оперованого шлунка після резекції, фармакологічний модифікатор дозволяє диференціювати дефекти наповнення біля анастомозу на малій кривизні кукси шлунка, які бувають обумовлені тканинами, які погрюжають під час операції у середину шлунка при частковому зашиванні дистальної частини його кукси від дефектів наповнення при рецидивах раку шлунка.

#### Література:

1. Оптимізація рентгенологічної діагностики раку шлунка / Бутвін Г.К., Печенюк В.М., Молдован В.І., Кавало Н.М // Тези доповідей ІХ Конгресу СФУЛТ 19-22 серпня 2002 р. м. Луганськ. – Луганськ-Київ-Чикаго. – 2002. – С. 396.
2. К проблеме распространенности и диагностики рака желудка в современных условиях / Васильев А.А., Бабанин С.В. // Променева діагностика, променева терапія. – Збірка наук, робіт Асоціації радіологів України (вип. 8). Укр. конгрес радіологів, м. Київ, 15-18 травня 2000 р. – С. 44.
3. Гастроезофагальная рефлюксная болезнь. Современная стратегия в диагностике и терапии / Васильев Ю.В. // *Международ. мед. журнал.* – 2003. – № 2 – С. 14-21.
4. Чекман І.С. Клінічна фітотерапія. Природа лікує / І.С. Чекман – К.: Рада, 2000. – 510 с.
5. Корекція порушень шлункового кислотоутворення та жовчовиділення у хворих на хронічний гастродуоденіт із супутнім некаменевим холециститом настійкою перстача прямостоячого / О.І. Волошин, О.В. Глубоченко, Н.Б. Чернявська // *Галицький лікарський вісник.* – 2000. – № 3 – С. 21-24.
6. Променеві ознаки захворювань шлунково-кишкового тракту / С. В. Админов. – 23 с. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://dhp.com.ua/blogs/40>
7. Довідник з фітотерапії // [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://fitoterapiya.org.ua/farmakoterapevtichna-harakteristika/bobivnik-trilistiy.html>