

УДК 616.366-003.7-089.168.1

Лікування проявів жовчного рефлюксу у хворих на жовчнокам'яну хворобу у післяопераційному періоді

В.Б. РЕВА, О.В. БІЛИК, Т.В. РЕВА, О.Б. КОЛОТИЛО, В.К. ГРОДЕЦЬКИЙ

Буковинський державний медичний університет

TREATMENT OF BILIOUS REFLUX SIGNS AT PATIENTS WITH GALLSTONE DISEASE DURING POSTOPERATIVE PERIOD

V.B. REVA, O.V. BILYK, T.V. REVA, O.B. KOLOTYLO, V.K. GRODETSKY

Bucovynian State Medical University

Проведено аналіз лікування 42 хворих на жовчнокам'яну хворобу, з яких у 29 було виявлено жовчний рефлюкс. У даній групі хворих виконано комплексне обстеження, що включало 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 зі сторони слизової шлунка і стравоходу впродовж 3-4 тижнів.

The treatment of 42 patients with gallstone disease, among which in 29 was discovered bilious reflux, has been analysed. In this group of patients was carried out complex examination including endoscopic, X-ray examination, pH-metry and test with methylen blue. After usage of offered scheme of treatment was marked the reduce of clinical signs of disease during the first week of treatment and disappearance of morphological changes during 3-4 weeks.

Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень та публікацій. Жовчний рефлюкс – це ретроградне потрапляння жовчі з дванадцятипалої кишки у шлунок і стравохід. Найбільш часто цей синдром зустрічається 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, пов'язаних з оперативним втручанням, а також недостатність сфінктерного апарату (пілоричний і нижній стравохідний сфінктери), порушення моторної координації між дванадцятипалою кишкою, пілорусом і антральним відділом 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, дуоденогастроєзофагеальний і дуоденогастроєзофагооральний [3]. При цьому на слизову оболонку шлунка, стравоходу та ротової порожнини впливають не тільки жовчні кислоти, а й панкреатичні ензими, дуоденальний і шлунковий сік.

Сучасні методи лікування жовчного рефлюксу спрямовані на нейтралізацію дії дуоденального вмісту на слизову оболонку шлунка і стравоходу, а також на поліпшення стравохідної і шлункової евакуації. Для досягнення цієї мети використовують мотиліум – препарат, що прискорює шлункову та стравохідну евакуацію, інгібітори протонної помпи – для зменшення шлункової секреції, оболікальні препарати (маалокс, фосфалгогель та інші), урсофальк для зменшення подразнювальної дії жовчних кислот. Подібний лікувальний комплекс широко застосовують терапевти для лікування хворих на гастроєзофагеальну рефлюксну хворобу з переважанням жовчного рефлюксу [1].

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

Матеріали і методи. Нами проаналізовано результати оперативного лікування 42 хворих на жовчнокам'яну хворобу, що перебували в клініці за період з 05. 2008 до 08. 2008 року. З даної кількості хворих у 29 (69,05 %) в післяопераційному періоді залишались скарги на гіркоту в роті, часті зригування та відрижки, загруднинний біль. Серед обстежених хворих більшість склали жінки – 23 (79,31 %). Вік хворих був у межах від 29 до 71 року.

Усім хворим проводили такий діагностичний комплекс: ендоскопічне обстеження стравоходу та шлунка

для визначення глибини морфологічних змін зі сторони слизової стравоходу та шлунка, наявності закиду дуоденального вмісту в шлунок (при необхідності обстеження доповнювали біопсією), рН-метрію стравоходу та шлунка проводили апаратом ДЖК-2 за стандартною методикою, рентгенологічне обстеження для визначення порушень скоротливої здатності стравоходу та шлунка, уповільнення шлункової евакуації, наявності явищ дуоденостазу, пробу з метиленовим синім [2].

Результати досліджень та їх обговорення. Серед 29 хворих, у яких мали місце прояви жовчного рефлюксу, постійно гіркий присмак у роті спостерігався у кожного третього хворого, в інших випадках пацієнти скаржились на періодично виникаючу гіркоту. Загруднинний біль виникав у 54 % хворих, і тільки у двох випадках (6,9 %) його появу можна було пов'язати з серцевою патологією. Зригування їжі та часті відрижки спостерігались тільки у 27,5 % хворих.

При ендоскопічному дослідженні явища рефлюксогастриту були виявлені у 25 (86,2 %) хворих, катаральні зміни зі сторони слизової оболонки стравоходу були відзначені тільки в 5 (17,24 %) випадках. Звизначення слизової шлунка і стравоходу не було нами виявлено в жодному випадку, що може бути пояснено нетривалою 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 у нормі знаходяться у межах від 6,0 до 7,0, для встановлення факту закиду шлункового вмісту в стравохід застосовували пробу з метиленовим синім – позитивний результат отримали у 21 (72,4 %) випадків.

При проведенні рентгенологічного обстеження уповільнення шлункової та дуоденальної евакуації відмічали у кожного третього хворого, наявність дуоденогастрального закиду виявлено у всіх пацієнтів. Такі порушення замикаючої функції кардії, як незмикання кардії, ретроградний закид в стравохід шлункового вмісту, антиперистальтичні рухи стравоходу, були виявлені у 93 % хворих.

Цим хворим нами призначалась така схема лікування: для зменшення агресивності жовчних кислот – урсофальк (препарат призначали одноразово ввечері у дозі 500 мг), для захисту слизової стравоходу та шлунка нами застосовувався ентеросгель тричі на добу за 2 год перед прийманням їжі, який, окрім обволікальної дії, має високу сорбційну активність, що дозволяє зв'язати значну кількість жовчних кислот; при підвищеній секреторній активності шлунка при-

значаємо блокатори протонної помпи (омепразол, рабепразол, паріет), також для захисту слизової оболонки шлунка застосовували маалокс або фосфалогель, при наявності ендоскопічно підтверджених морфологічних змін зі сторони слизової шлунка чи стравоходу призначаємо сукральфат по 1 г тричі на добу, а для нормалізації стравохідної та шлункової перистальтики – мотиліум тричі на день впродовж тривалого часу.

Після призначення вищезазначеної схеми лікування вже на наступний день хворі відмітили поліпшення самопочуття, відсутність гіркоти в роті, впродовж подальших декількох днів – зменшення болювих відчуттів за грудниною, які повністю зникли через тиждень. Такі прояви, як відрижка та зригування, виявились більш стійкими та зменшились тільки через 2 тижні лікування і повністю зникли у 27 (93 %) хворих через місяць.

При ендоскопічному контролі виявлено, що ендоскопічні прояви рефлюксогастриту та рефлюксозофагіту 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, оскільки приймання 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 із метиленовим синім довело, що у 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 подальшим контролем.

Висновки. 1. Прояви жовчного рефлюксу зустрічаються у 69,05 % хворих, оперованих з приводу жовчнокам'яної хвороби.

2. Найбільш інформативними методами дослідження жовчного рефлюксу залишаються ендоскопічне та рентгенологічні дослідження, які слід доповнювати пробою з метиленовим синім.

3. Нормалізація самопочуття хворих та зникнення проявів жовчного рефлюксу відмічаються у більшості хворих через 2-3 тижні.

Перспективи подальших досліджень. У подальшому слід провести аналіз більшої кількості спостережень для можливості достовірнішої оцінки отриманих результатів, а також вивчити віддалені результати дослідження.

ЛІТЕРАТУРА

1. Бабак О.Я., Фадеев Г.Д. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь. – К.: Интерфарма, 2000. – 175 с.
2. Гончарик И.И. Клиническая гастроэнтерология. – Минск:

Интерпрессервис, 2002. – 334 с.

3. Фролькис А.В. Функциональные заболевания желудочно-кишечного тракта. – Л.: Медицина, 1991. – 221 с.