

УДК 616.366-003.7-089.168.1

*В.Б. Рева, І.В. Шкварковський, В.К. Гродецький*

## **ЖОВЧНИЙ ДУОДЕНОГАСТРАЛЬНИЙ РЕФЛЮКС У ХВОРИХ НА ЖОВЧНОКАМ'ЯНУ ХВОРОБУ У ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОМУ ПЕРІОДІ**

*Буковинський державний медичний університет*

Проведено аналіз лікування 54 хворих на жовчнокам'яну хворобу, з яких у 43 було виявлено жовчний рефлюкс.

У даній групі хворих проведено комплексне обстеження хворих, що включало в собі ендоскопічне, рентгенологічне обстеження, рН-метрію, досліджено шлунковий вміст на наявність дуоденального вмісту.

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

Жовчний дуоденогастральний рефлюкс – це ретроградне потрапляння жовчі з дванадцятипалої кишки у шлунок. 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 таких як холецистектомія та операції на поза печінкових жовчних шляхах.

У патогенезі розвитку даних порушень провідні роль відіграють порушення анатомічних співвідношень пов'язаних з оперативним втручанням, а також недостатність сфінктерного апарату, порушення моторної координації між дванадцятипалою кишкою, пілорусом і антральним відділом шлунка, порушенням або ліквідація антирефлюксних механізмів [1].

На відновлення функції потрібен значний період часу, тоді як постійне потрапляння жовчних кислот у шлунок 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 рефлюксу направлено на нейтралізацію дії дуоденального вмісту на слизову оболонку шлунка, а також на покращення стравохідної і шлункової евакуації. Для досягнення цієї мети використовують мотіліум – препарат що при-

скорює шлункову та стравохідну евакуацію, інгібітори протонної помпи – для зменшення шлункової секреції, обволікаючі препарати (маалокс, фосфалюгель та інші), урсофальк для зменшення подразнюючої дії жовчних кислот. Подібний лікувальний комплекс широко застосовують терапевти для лікування хворих на гастроезофагеальну рефлексну хворобу з переважанням жовчного рефлюксу [1].

**Мета роботи** – вивчити частоту розвитку дуоденогастрального рефлюксу у хворих на жовчнокам'яну хворобу у післяопераційному періоді з метою розробки у подальшому методів профілактики та лікування.

### **Матеріал та методи**

Нами проаналізовано результати оперативного лікування 54 хворих на жовчнокам'яну хворобу, що знаходились в клініці за період з 05.2008 по 08.2009 року. З даної кількості хворих у 43 (79,6%) в післяопераційному залишались скарги на гіркоту в роті, часті зригування та відрижки, загродинний біль. Серед обстежених хворих переважну більшість склали жінки 43 (79,6%). 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 зі сторони слизової шлунка, наявності закиду дуоденального вмісту у шлунок (при необхідності обстеження доповнювали біопсією), рН-метрія шлунка проводилась апаратом ИЖК-2 за стандартною методикою, рентгенологічне обстеження для визначення порушень моторної здатності шлунка, уповільнення шлункової евакуації, наявності явищ дуоденостазу, вивчено шлунковий

вміст на вміст сумарних жовчних кислот, білірубину, холестерину, холевої кислоти [2].

### **Результати та обговорення**

Серед 43 хворих у яких спостерігались прояви жовчного рефлюксу постійно гіркий присмак у роті спостерігався у кожного третього хворого, в інших випадках хворі скаржились на періодично виникаючу гіркоту. Відчуття важкості в епігастрії та тупий розпираючий біль спостерігались у  $\frac{2}{3}$  обстежених хворих. Нудоту, що тривалий час продовжувала турбувати хворих відмічали у 34,9% випадків.

При ендоскопічному дослідженні явища рефлюкс-гастриту були виявлені у 41 (95,3%) хворих. Поверхневі ерозії слизової шлунка було нами виявлено всього у 6 (13,95%), що може бути пояснено не настільки тривалою дією дуоденального вмісту.

При проведенні рН-метрії впродовж однієї години нами було встановлено підвищення показників рН шлунка вище 5,0 у переважній більшості хворих, а середній показник дорівнював  $3,96 \pm 0,09$  (табл. 1).

Шлунковий вміст отримували натще за допомогою тонкого шлункового зонда. У заданому положенні зонд фіксували, після чого зовнішній кінець з'єднували з вакуумованим контейнером, його конструкція дозволяє підтримувати необхідний рівень розрідження для тривалої аспірації, яка в нашому методі проводилась упродовж 1-ї години, або пасивна аспірація. В отриманому вмісті визначали вміст холестерину та сумарних жовчних кислот спектрофотометричним методом у модифікації В.П. Мірошниченко і співавт. (1978) шляхом їх взаємодії з охолодженим 0,1% розчином хлорного заліза у суміші рівних об'ємів

концентрованої сірчаної та крижаної оцтової кислот [39]. Продукти вказаної хімічної взаємодії мають максимум поглинання при різній довжині хвилі: при температурі 18-20°C холестерин утворює забарвлені продукти з максимальним поглинанням, при довжині хвилі 480 нм, жовчні кислоти утворюють забарвлені продукти при 60°C з максимумом поглинання при довжині хвилі 385 нм. Визначали рівень білірубину за Ієндрашиком, холевої кислоти (ХК) за методом J.G. Reinhold, D.W. Wilson (1932).

При проведенні рентгенологічного обстеження уповільнення шлункової та дуоденальної евакуації діагностували у кожного третього хворого, при цьому відмічалась затримка контрастної речовини у шлунку більше трьох годин. Наявність дуоденогастрального закиду виявлено у всіх обстежених пацієнтів.

### **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 біліметрією.

3. У переважній більшості хворих відмічалось уповільнення шлункової евакуації, наявність дуоденогастрального рефлюксу та підвищення кількості сумарних жовчних кислот, білірубину, холестерину та холевої кислоти у шлунковому вмісті.

### **Перспективи подальшого дослідження**

В подальшому слід провести аналіз більшої

Показники рН шлунка у хворих із дуоденогастральним рефлюксом

Таблиця 1.

Показники	$X \pm mx$	Min	Max	Mo	Me	As	Es	COD	W
рН шлунка	$3,96 \pm 0,09$	2,1	5,8	3,9	3,9	0,13	2,72	0,17	0,99

Показники шлункового вмісту у хворих із дуоденогастральним рефлюксом

Таблиця 2.

Показники	Холестерин, ммоль/л	Білірубін, ммоль/л	Холева кислота, ммоль/л	Сумарні жовчні кислоти, ммоль/л
$X \pm m, Me$	$0,19 \pm 0,01,$ 0,19	$1,93 \pm 0,09,$ 0,85	$0,9 \pm 0,06,$ 0,84	$5,42 \pm 0,39,$ 5,44

кількості спостережень для можливості більш достовірної оцінки отриманих результатів, а також вивчити вміст загальних жовчних кислот, білірубіну, холевої кислоти та білірубіну у шлунковому вмісті у віддалені терміни дослідження.

**ЖЕЛЧНЫЙ ДУОДЕНОГАСТРАЛЬНЫЙ РЕФЛЮКС У БОЛЬНЫХ ЖЕЛЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ**

*В.Б. Рева, И.В. Шкварковский, В.К. Гродецкий*

Проведен анализ лечения 54 больных желчнокаменной болезнью, у 43 из них был выявлен желчный рефлюкс. В данной группе больных проведен комплекс обследований больных, который включал в себя эндоскопическое, рентгенологическое исследование, рН-метрию, изучено желудочное содержимое на наличие дуоденального содержимого.

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

**THE PHENOMENAS BILIOUS REFLUX BESIDE SICK GALLSTONES DISEASE AT POSTOPERATIVE PERIOD.**

*V.R. Reva, I.V. Shkvarkovskiy, V.K. Grodeckiy*

The Broughted analysis of the treatment 54 sick gallstones disease, amongst which beside 43 is discovered bilious reflux. Sick was organized complex examination which included endoscopes', X-Ray, pH-metry stomach, gastric bilimetry.

**Key words:** bile reflux, gallstones disease.

**ЛІТЕРАТУРА**

1. Бабак О.Я., Фадеенко Г.Д. 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.

---

Стаття надійшла 04.03.2011