



УКРАЇНА

(19) UA (11) 33899 (13) A

(51) B A61K38/00

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ

ОПИС

ДО ДЕКЛАРАЦІЙНОГО ПАТЕНТУ
НА ВИНАХІДвидається під
відповідальність
власника
патенту

(54) СПОСІБ ЛІКУВАННЯ ВИРАЗКОВИХ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНИХ КРОВОТЕЧ В ОСІБ ПОХИЛОГО ТА СТАРЕЧОГО ВІКУ

(21) 99042371

(22) 27.04.1999

(24) 15.02.2001

(33) UA

(46) 15.02.2001, Бюл. № 1, 2001 р.

(72) Фомін Петро Дмитрович, Переш Євген Євгенович, Переш Людмила Анатоліївна, Ананко Олександр Анатолійович, Лазорик Михайло Іванович, Пацкань Богдан Михайлович, Федоров Сергій Борисович

(73) Ужгородський державний університет

(57) Спосіб лікування виразкових гастродуоденальних кровотеч в осіб похилого та старечого віку, який включає клінічне і параклінічне обстеження, проведення лікувальних міроприємств, **відрізняється** тим, що хворому додатково протягом трьох діб внутрішньовенне крапельне вводять "стіламін" у дозі 250 мкг/год з подальшим переходом на омепразол або H2 блокатори.

Винахід відноситься до медицини, зокрема - до хірургії, і може бути використаний для попередження рецидиву виразкової гастродуоденальної кровотечі у пацієнтів похилого та старечого віку з високим ризиком оперативного втручання.

Відомі способи попередження рецидиву кровотечі з виразок шлунку та 12 палої кишки, що включають використання медикаментозних та інструментальних засобів.

Найбільш часто використовують ендоскопічний гемостаз: електрокоагуляцію, клеєві матеріали, гемостатичні препарати типу „капрофер" тощо [1, 2, 4].

Але використання таких способів у осіб похилого та старечого віку, особливо з патологією серцево-судинної системи в частини пацієнтів приводить до небажаних наслідків - порушень з боку серцево-судинної системи (інфаркт міокарда, важкі порушення ритму тощо), які можуть мати летальні наслідки, а в близько третини хворих застосування ендоскопічних способів гемостазу супроводжується повтором геморагії, що найчастіше (75-80%) трапляється протягом 2-3-ї діб з моменту госпіталізації [1, 3, 6].

Відомі способи лікування виразкових гастродуоденальних кровотеч за допомогою медикаментозних засобів: гемостатичні препарати (епілон амінокапронова кислота, діцінон, вікасол, кальцій хлористий тощо); сучасні H2 блокатори рецепторів гістаміну, блокатори протонної помпи, синтетичні аналоги соматостатину [1, 4, 7].

Але відомі медикаментозні способи також не забезпечують достатньої ефективності гемостазу.

Найближчим до запропонованого способу є спосіб використання препарату "стіламін", який

являє собою синтетичний аналог соматостатину. Але останній застосовувався у осіб похилого та старечого віку тільки протягом однієї доби і не використовувалася з метою профілактики рецидиву кровотечі [7].

Завданням винаходу є застосування "стіламіну" для лікування виразкових гастродуоденальних кровотеч в осіб похилого та старечого віку з метою профілактики рецидиву геморагії.

Поставлене завдання досягається таким чином, що, згідно з винаходом, спосіб лікування виразкових гастродуоденальних кровотеч в осіб похилого та старечого віку, який включає клінічне і параклінічне обстеження, проведення лікувальних заходів, відрізняється тим, що хворому додатково протягом трьох діб внутрішньовенне крапельне вводять "стіламін" у дозі 250 мкг/год з подальшим переходом на омепразол або H2 блокатори. Таким чином, запропонований винахід має ряд суттєвих переваг над способом-прототипом. По-перше, "стіламін" є більш сильним інгібітором шлункової секреції в цілому і, зокрема, пепсину, гастрину, соляної кислоти, ніж сучасні H2 блокатори рецепторів гістаміну. "Стіламін" підвищує рН шлункового соку до 7-7,5, що сприяє посиленню агрегації тромбоцитів, формуванню тромбу. Препарат має виражений цитопротекторний ефект, що пов'язаний із збільшенням продукції нейтральних мукопротеїдів слизу. "Стіламін" викликає зниження внутрішньочеревного кровоплину на 28-35% та знижує моторику шлунково-кишкового тракту [5, 7]. По-друге, застосування саме протягом трьох діб "стіламіну" зменшує ризик рецидиву кровотечі, дає можливість пізніше застосувати противиразкові препара-

(19) UA (11) 33899 (13) A

ти, що посилюють кровопостачання слизової шлунку з метою прискорення репарації.

Спосіб здійснюється наступним чином: хворому після обстеження і уточнення діагнозу в/в крапельно поряд з гемостатиками (діцінон, вікасол, епсілон амінокапронова кислота) вводять "стіламін" у дозі 250 мкг/год протягом 3-х діб, після чого переходять на застосування омепразолу чи H2 блокаторів. Спосіб ілюструється наступними виписками із історій хвороб.

Виписка 1. Хворий С., 61 року (історія хвороби № 4236, 1996 р.), доставлений в клініку з приводу шлунково-кишкової кровотечі, яка проявилася блювотою по типу "кавової гущі", меленою, слабкістю. Відмічено тривалий (20 років) виразковий анамнез. При поступленні мала місце блідість шкірних покривів, пульс - 94 уд./хв, АТ - 100/70 мм. рт. ст. ІХС, атеросклеротичний та постінфарктний (1995) коронаркардіосклероз, ГХ 2 стадії, миготлива аритмія, НК 2а. Відмічено наступні показники аналізу крові: гемоглобін - 102 г/л, лейкоцити - $15,7 \cdot 10^9$ /л, еритроцити - $3,65 \cdot 10^{12}$ /л. При екстремій ФЕГДС в шлунку виявлено залишки "кавової гущі", цибулина ДПК рубцево змінена в дистальній частині, задній стінці її виразка 1 см глибиною 0,4 см з трамбованою судиною на дні, слизова навколо різко запалена. У хворого були наявні ознаки, що вказували на високу ймовірність розвитку рецидиву кровотечі. Однак, враховуючи вище згадану супутню патологію, ризик операції був теж дуже високим і вирішено застосувати консервативну тактику. Пацієнт отримував сучасні гемостатики (діцінон, вікасол, амінокапронова кислота, кальцій хлористий) та раніберл (ранітідіна гідрохлорид) у дозі 150 мг двічі на добу. На фоні проводимого лікування через 37 годин після поступлення виник рецидив кровотечі. Виконано термінову операцію у об'ємі паліативного висічення виразки. Післяопераційний період ускладнився гострим порушенням мозкового кровообігу, хворий був переведений у неврологічне відділення, де протягом 2-х місяців отримував відповідне лікування. Виписаний у задовільному стані із залишковими явищами перенесеного гострого порушення мозкового кровообігу у вигляді лівобічного геміпарезу.

Виписка 2. Хвора К., 62 років (історія хвороби № 1148, 1997 р.), доставлена в клініку з приводу шлунково-кишкової кровотечі, яка проявилася блювотою по типу "кавової гущі", меленою, слабкістю, запамороченням. Відмічено тривалий (більше 15 років) виразковий анамнез. При поступленні мала місце блідість шкірних покривів, пульс - 92 уд./хв, АТ - 110/70 мм. рт. ст. Із супутніх захворювань мали місце ІХС, атеросклеротичний коронаркардіосклероз, ГХ 3-ї стадії, НК 2а, церебральний атеросклероз, залишкові явища перенесеного гострого порушення мозкового кровообігу. ДЕ 2 ступеня. Відмічено наступні показники аналізу крові: гемоглобін - 103 г/л, лейкоцити - $8,6 \cdot 10^9$ /л, еритроцити — $3,8 \cdot 10^{12}$ /л. При екстремій ФЕГДС в шлунку виявлено залишки "кавової гущі", цибулина ДПК рубцево змінена в дистальній частині, перед звуженням на задній стінці її виразка 1,3 см глибиною 0,4 см з трамбованими судинами на дні, слизова навколо різко запалена. У даної хворої були наявні ознаки, що вказували на високу ймовірність розвитку рецидиву кровотечі. Однак, враховуючи

вищезгадану супутню патологію, ризик операції був теж дуже високим і вирішено застосувати консервативну тактику. Протягом 24 годин хвора, поряд із загальновідомими гемостатиками, отримувала "стіламін" у дозі 250 мкг/год в/в крапельно. Однак через 6 годин після припинення введення "стіламіну" у неї виник рецидив кровотечі. Застосовано ендоскопічний гемостаз, кровотеча призупинена. Повторно розпочато в/в введення "стіламіну" протягом 72 години у дозі 250 мкг/год. Повтору геморагії не було. У подальшому пацієнтка протягом 21 доби приймала омепразол. Хвора була виписана на 12 добу у задовільному стані. При контрольній ФЕГДС через 22 дні у пацієнтки встановлено, що виразка повністю загоїлася з утворенням білого рубця.

Виписка 3. Хвора Я., 61 року (історія хвороби № 14190, 1998 р.), доставлена в клініку з приводу шлунково-кишкової кровотечі, яка проявилася блювотою по типу "кавової гущі", меленою, слабкістю, запамороченням. Виразковий анамнез відсутній, однак, відмічено тривалий (більше 10 років) шлунковий анамнез. При поступленні мала місце блідість шкірних покривів, пульс - 90 уд./хв, АТ - 120/70 мм. рт. ст. Із супутніх захворювань мав місце хронічний пієлонефрит єдиної нирки (нефректомія в анамнезі 1,5 року тому), ХПН 2 ступеня, вторинна нефрогенна гіпертензія, ІХС, атеросклеротичний коронаркардіосклероз, НК 2а. Відмічено наступні показники аналізу крові: гемоглобін - 101 г/л, лейкоцити - $5,4 \cdot 10^9$ /л, еритроцити - $3,7 \cdot 10^{12}$ /л. При екстремій ФЕГДС в шлунку виявлено залишки "кавової гущі", цибулина ДПК рубцево змінена в дистальній частині, перед звуженням на верхній стінці її виразка 1,5 см глибиною 0,4 см з трамбованими судинами на дні, слизова навколо різко запалена. У даної хворої були наявні ознаки, що вказували на високу ймовірність розвитку рецидиву кровотечі. Однак, враховуючи вище згадану супутню патологію, ризик операції був теж дуже високим і вирішено застосувати консервативну тактику. Протягом 72 годин хвора, поряд із загальновідомими гемостатиками, отримувала "стіламін" у дозі 250 мкг/год в/в крапельно. У подальшому вона протягом 18 діб приймала омепразол. Кровотеча не повторилася. Хвора була виписана на 8 добу у задовільному стані. При контрольній ФЕГДС через 21 день у пацієнтки встановлено, що виразка повністю загоїлася з утворенням білого рубця.

Наведені виписки свідчать про доцільність використання "стіламіну" для профілактики рецидиву кровотеч у осіб похилого та старечого віку протягом 3-х діб.

Даний спосіб застосовано у 13 хворих з нестабільним гемостазом та високим ризиком оперативного втручання, у жодного з них не було повтору геморагії.

Це дає підставу рекомендувати застосування "стіламіну" протягом 3-х діб з метою профілактики рецидиву кровотечі у осіб похилого та старечого віку з гостро кровоточивими гастроуденальними виразками.

Винахід може бути використаний у всіх лікувальних та лікувально-профілактичних установах, гастроентерологічних центрах тощо.

Список скорочень

АТ - артеріальний тиск

ІХС - ішемічна хвороба серця

ГХ - гіпертонічна хвороба

НК - недостатність кровообігу

ФЕГДС - фіброезофагогастроуденоскопія

ДПК - дванадцятипала кишка

ХНН - хронічна ниркова недостатність

ДЕ - дисциркуляторна енцефалопатія

г/л - грам на літр

уд./хв - ударів на хвилину

мм. рт. ст. - міліметрів ртутного стовпа

см - сантиметр

/л - на літр

Джерела інформації

1. Братусь В.Д. Дифференциальная диагностика и лечение острых желудочно-кишечных кровотечений. - К.: Здоровье, 1991. - С. 46.

2. Затевахин И.И., Щеголев А.А., Титков Б.Е. Современные подходы к лечению гастродуоденальных кровотечений // Анналы хирургии. - 1997. - № 1. - С. 40-46.

3. Пацкань Б.М. Хирургическое лечение остро-кровооточащих гастродуоденальных язв, протека-

ющих при тяжелой сопутствующей патологии: Дис. ... канд. мед. наук: 14.00.27. - К., 1986. - 187 С.

4. Саенко В.Ф., Кондратенко П.Г., Семенюк Ю.С. и др. Диагностика и лечение острого кровотечения в просвет пищеварительного канала. - Ровно, 1997. - 384 С.

5. Смаков Г.М. Гастродуоденальные кровотечения язвенного генеза и перспективы использования соматостатина (стиламина) // Вестник хирургии. - 1995. - Т. 154. - № 3. - С. 120-123.

6. Стручков В.И. Актуальные вопросы диагностики и лечения желудочно-кишечных кровотечений // 7-й съезд хирургов Белоруссии: Тез. докл. - Минск, 1973. - С. 42-43.

7. Фомін П.Д., Переш Є.Є., Шеремет П.Ф., Пацкань Б.М. Нове у лікуванні виразкових гастродуоденальних кровотеч // Науковий вісник Ужгородського університету, серія „Медицина”. - 1997. - № 4. - С. 40-41 - прототип.

8. Barry M. S., Gul Y., Davies M. G. Changing trends in acute peptic ulcer surgery in a district surgical unit // Irish I. Med. Science, 1996, v. 165, a2, p. 109-112.

ДП "Український інститут промислової власності" (Укрпатент)
Україна, 01133, Київ-133, бульв. Лесі Українки, 26
(044) 295-81-42, 295-61-97

Підписано до друку _____ 2001 р. Формат 60x84 1/8.
Обсяг _____ обл.-вид. арк. Тираж 50 прим. Зам. _____

УкрІНТЕІ, 03680, Київ-39 МСП, вул. Горького, 180.
(044) 268-25-22
