

НОВЕ У ЛІКУВАННІ ВИРАЗКОВИХ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНИХ КРОВОТЕЧ**Фомін П.Д., Переш Є.Є., Шеремет П.Ф., Пацкань Б.М.****Національний медичний університет, м.Київ,
Ужгородський державний університет**

Одним з найбільш актуальних питань невідкладної абдомінальної хірургії є лікування ускладнених форм виразкової хвороби, зокрема, гострих гастродуоденальних кровотеч. Особливості їх діагностики та лікувальна тактика досить широко окреслені. Однак, загальна та післяопераційна летальність при цьому залишається в межах 3.9-4.4% та 8-22.7% відповідно [1,2].

Найбільш важким є визначення чіткої лікувальної тактики у хворих похилого та старечого віку. Гострі гастродуоденальні кровотечі у них часто мають профузний рецидивуючий характер. Наявність важкої супутньої патології та вікових змін значно погіршує прогноз у пацієнтів цієї вікової групи і часто робить оперативне втручання дуже ризикованим або й зовсім неможливим. У зв'язку з цим, консервативна терапія набуває важливого значення. А пошук та розвиток нових терапевтичних альтернативних методів зупинки виразкових кровотеч є виправданим.

Останнім часом у багатьох країнах з цією метою широко застосовується соматостатин. Найбільш часто використовують препарат швейцарської фірми "Сероно" під назвою "стіламін". За своєю структурою він ідентичний природному гормону соматостатину. Механізм дії даного препарату при гастродуоденальних виразкових кровотечах до цього часу остаточно не вивчено. Однак, відомо, що стіламін є сильнішим інгібітором шлункової секреції в цілому та, зокрема, соляної кислоти, гастрину, пепсину, інших гастроінтестинальних гормонів, ніж блокатори H₂ рецепторів гістаміну [3]. Він підвищує рН шлункового соку до 7-7.5, що сприяє посиленню агрегації тромбоцитів, формуванню тромба і, таким чином, припиненню чи зменшенню кровотечі. Крім того, доведено цитопротекторний ефект препарату, пов'язаний зі збільшенням продукції слизу, зокрема, нейтральних мукопротеїдів [4]. У досліджах на тваринах стіламін запобігав розвитку стресових виразок [6]. Інгібуючи глюкагон, препарат сприяє швидшому відновленню об'єму циркулюючої крові, бо відомо, що при масивній крововтраті концентрація глюкагону в плазмі збільшується [7]. Одним із важливих аспектів дії стіламіну є і його вплив на мевентеріальний кровообіг. Доведено, що препарат у дозі 250 мкг/год викликає зниження внутрішньочеревного кровообігу на 28-35% [5].

Необхідно також відзначити, що стіламін інгібує моторику шлунково-кишкового тракту.

Під нашим спостереженням знаходилося 10 хворих із гострокровоточивими гастродуоденальними виразками віком від 60 до 71 року. У 5 пацієнтів виявлено шлунковий анамнез тривалістю від 3 до 10 років. Виразковий анамнез від 5 до 13 років був у 5 хворих, причому у 3 з них раніше вже були кровотечі (у 1-тричі). Один з пацієнтів в анамнезі переніс оперативне втручання з приводу виразкової хвороби (зашивання перфоративної виразки дванадцятипалої кишки).

Усіх хворих доставлено в клініку з типовими проявами шлунково-кишкової кровотечі у важкому стані. Наявність виразкової хвороби у них діагностовано на основі даних клінічного та ендоскопічного досліджень.

При екстренній фіброгастроскопії у 5 хворих виявлено виразку дванадцятипалої кишки, у інших 5 виразку шлунку, у 1-пептичну виразку анастомозу. Розміри виразкового дефекту коливалися в межах від 0.8 до 1.5 см. У двох випадках мало місце продовження кровотечі-підтікання крові з-під рихлого згортку (виразковий субстрат пізніше підтвердився під час операції у одного та при повторній ендоскопії у другого хворого). Ознаки нестабільного гемостазу у вигляді фіксованого згортку, що прикриває виразку, виявлено у 6 пацієнтів, тромбовані судини у виразковому кратері - у 2.

У всіх хворих поряд з основним захворюванням була й супутня патологія. Причому, у 4 пацієнтів було два супутні захворювання, а у 1 - три. Структура розподілу супутньої патології має такий вигляд: ішемічна хвороба серця, постінфарктний та атеросклеротичний коронарокардіосклероз з порушеннями серцевого ритму - у 9, гіпертонічна хвороба - у 4, хронічний бронхіт, емфізема легень, пневмосклероз - у 2, хронічний пієлонефрит - у 1, хронічний холецистит - у 1 хворого.

Після встановлення діагнозу всім хворим було розпочато терапію стіламіном за схемою (по 250 мкг/год внутрішньовенно крапельно протягом 24 годин). Одному пацієнту попередньо було запропоновано оперативне лікування, від якого він категорично відмовився. Під час введення стіламіну в усіх хворих здійснювали моніторинг шлункового соку. Протягом 3.6 ± 0.4 годин ($p < 0.05$) аспірований вміст був з домішками "кавової гущини", у подальшому-виділявся чистий шлунковий сік. Дані моніторингу свідчать про те, що під впливом стіламіну в усіх хворих поступово суттєво зменшувалася кількість соку, що виділявся. Паралельно зменшувався і вміст соляної кислоти шлункового соку. Динаміка об'єму соку та вміст у ньому соляної кислоти представлені в табл. 1.

Лікування стіламіном виявилось ефективним у 9 хворих - кровотеча зупинилася протягом 5.0 ± 0.4 годин ($p < 0.05$) від початку введення препарату, рецидиву не було. Зупинку кровотечі було підтверджено даними клінічних, лабораторних та ендоскопічних досліджень. В одного хворого з продовженням кровотечі введення стіламіну було неефективним, його прооперували.

Дані проведеного дослідження дозволяють зробити висновок, що стіламін можна використовувати як один із засобів зупинки виразкових гастродуоденальних кровотеч. В осіб похилого та старечого віку з важкою супутньою патологією, коли ризик оперативного втручання надзвичайно високий, його використання є перспективним. На нашу думку, препарат доцільно застосовувати при нестабільному гемостазі без ознак продовження кровотечі протягом 24 годин із подальшим переходом на блокатори H2 рецепторів гістаміну. При профузних виразкових кровотечах стіламін малоефективний.

Таблиця 1

Динаміка показників шлункового соку при застосуванні стіламіну

Інтервали забору соку	Параметри шлункового соку	
	Об'єм соку ($M \pm m$) у мілілітрах	Вміст вільної HCL ($M \pm m$) у ммоль/л
до введення препарату	53.4 ± 7.3	домішки "кавової гущі"
через 6 годин	39.9 ± 8.87	2.33 ± 1.03
через 12 годин	38.0 ± 10.1	1.39 ± 0.24
через 18 годин	28.6 ± 4.12	0.38 ± 0.17
через 24 години	24.8 ± 5.15	0.61 ± 0.52

ЛІТЕРАТУРА

1. Братусь В.Д. Возможности улучшения результатов лечения больных с острыми язвенными кровотечениями // Хирургия.-1892.-№-8-10.-С.65-67.
2. Смаков Г.М. Гастродуоденальные кровотечения язвенного генеза й перспективы использования соматостатина (стиламина) // Вестник хирургии.-1995.-Т.154, N-3.-С.120-123.
3. Vaarros D. et al. Direct inhibition of gastric acid by growth hormone release-inhibiting hormone in dogs // Lancet.-1975.-№-1.-P.886-7.
4. Johansson C., Aly A. Stimulation of gastric mucus by somatostatin in man // Eur. J. Clin. Invest.-1982.-№-12.-.37-39.
5. Keller U. et al. Effect of therapeutic doses of somatostatin (SST) on splanchnic blood flow in man // Eur. J. Clin. Invest.-1978.-№-8.-P.335-8.
6. Ballbre J. et al. Effects of somatostatin on gastric mucosal histamine and serotonin content in restrained rats // Eur. Surg. Res.-1979.-Vol.II.-P.8-14.
7. Byrnes G. et al. Restitution of blood volume after hemorrhage: inhibition by Somatostatin // Endocrinology.-1982.-Vol. 110.-P. 1945-1947.

SUMMARY

NEW IN THE CONTROL OF ACUTE GASTROINTESTINAL BLEEDING OF ULCER ORIGIN

Fomin P.D., Peresh E.E., Sheremet P.F., Patskan B.M.

The work is devoted to the problem of acute ulcer gastrointestinal bleeding. In 10 cases the new medicine-stilamin was used. We consider it effective end especially prospective in elderly patients with nonstable haemostasis.