

Спосіб відноситься до медицини, а саме до хірургії, і призначений для консервативного лікування пептичних гастродуоденальних виразок, ускладнених кровотечами.

Результати фундаментальних досліджень останніх 20 років та клінічні розробки принципово нових методів терапії змінили погляди на консервативне лікування виразкової хвороби шлунку і дванадцятипалої кишки. Це - відкриття ролі *Helicobacter pylori* у виразкоутворенні і, відповідно, призначення принципово нових схем антибактеріальної терапії, впровадження інгібіторів протонної помпи та сучасних H<sub>2</sub>-блокаторів гістаміну. Це дало можливість відмовитись від оперативного лікування незагрозливих для життя ускладнень пептичної виразки. Застосування лікування пептичної гастродуоденальної виразки, ускладненої кровотечею, пов'язане з високою частотою виникнення рецидивів виразки, в тому числі ускладненої кровотечами та перфораціями, після консервативного лікування. Це можна пояснити тим, що відсутня чітка схема призначення противиразкової антихелікобактерної терапії у хворих пептичною виразкою, ускладненою кровотечею, яка має починатися вже с стаціонарі та продовжуватися в амбулаторно-поліклінічних умовах.

Так, відомий спосіб консервативного лікування пептичних гастродуоденальних виразок, ускладнених кровотечами, із застосуванням ампіциліну внутрішньом'язево та Альмагелю [1]. Але недоліком вказаного способу є те, що парентеральний шлях не є найзручнішим, до ампіциліну нерідко виникає на даному етапі резистентність *Helicobacter pylori*, а також алергічні реакції пацієнта. Цим обумовлений і досить великий відсоток рецидиву виразки та появи диспептичних скарг у хворих - до 18,5%.

Відомий також спосіб консервативного лікування пептичної гастродуоденальної виразки, що полягає в призначенні двох і більше антибактеріальних препаратів з пантопразолом в залежності від ступеню обсіменіння слизової гастродуоденальної області *Helicobacter pylori*, що визначається за допомогою дихального уреазного тесту. Ефективність даного способу достатньо висока - до 93,1% при 14-денній квадротерапії [2]. Але в хірургічній клініці в умовах наявності у хворого шлунково-кишкової кровотечі технічно не можливо визначати за допомогою дихального уреазного тесту ступінь обсіменіння слизової гастродуоденальної області *Helicobacter pylori*. Тому даний спосіб не знайшов свого місця в хірургічній практиці.

Найближчим аналогом (прототипом) способу, що заявляється, є спосіб консервативного лікування пептичної гастродуоденальної виразки, ускладненої кровотечею [3], з метою попередження виникненню ранніх рецидивних кровотеч, згідно якого хворим призначається стандартна антихелікобактерна терапія (Де-нол по 120мг 4 рази на добу - 10 днів, оксацилін по 500мг 4 рази на добу 7 діб, метронідазол по 500мг 4 рази на добу 7 діб) не залежно від важкості кровотечі, даних анамнезу та характеристик виразки, а також квамател (при відносному ризику виникнення рецидиву кровотечі - по 20мг двічі на добу 10 діб, а при високому ризику виникнення рецидиву кровотечі - перші 2 доби внутрішньовенне по 20мг 4 рази на добу, потім - по 20мг двічі на добу 10 діб). Оскільки цей спосіб комбінує один варіант антибактеріальної терапії з антисекреторною терапією відповідно до важкості кровотечі, даних анамнезу та характеристик виразки в двох варіантах, то він знижує частоту рецидивних кровотеч в 3,5-5,2 рази. Проте і цей спосіб хірургічного консервативного лікування пептичної гастродуоденальної виразки, ускладненої кровотечею не є стовідсоткове надійним і прийнятним через ту обставину, що запропоновано лише одну схему антибактеріальної терапії, і в умовах можливої попередньо неефективної ерадикації *Helicobacter pylori* цього недостатньо. Крім цього, препарат Де-нол є ефективним, але досить дорогим препаратом для пацієнтів, і не всі зможуть собі дозволити його придбати. Цим і зумовлюється можливість неефективності курсу даного лікування або його недотримання.

Винахід, що заявляється, вирішує задачу консервативного лікування пептичних гастродуоденальних виразок, ускладнених кровотечами, із застосуванням препарату Віс-нол, шляхом призначення курсу антибактеріального та антисекреторного лікування в залежності від ризику рецидиву виразкової кровотечі.

Технічний результат, що досягається, полягає у зниженні відсотку рецидивів кровотечі та можливості уникнути оперативного втручання у більшій кількості випадків.

Поставлена задача вирішується тим, що у відомому способі консервативного лікування пептичних гастродуоденальних виразок, ускладнених кровотечами, що включає застосування лікарських препаратів, згідно винаходу, в якості лікарського препарату застосовують Віс-нол в дозі 120мг 4 рази на добу протягом 14 днів з одночасним призначенням пантопразолу в дозі 40мг двічі на добу протягом 14 днів та амоксициліну в дозі 1000мг двічі на добу протягом 14 днів.

Відмінною особливістю способу, що заявляється, є те, що в якості лікарського препарату застосовують Віс-нол в дозі 120мг 4 рази на добу протягом 14 днів з одночасним призначенням пантопразолу в дозі 40мг двічі на добу протягом 14 днів та амоксициліну в дозі 1000мг двічі на добу протягом 14 днів. За рахунок антихелікобактерної дії одночасного призначення Віс-нолу, пантопразолу та амоксициліну у вказаних дозуваннях протягом 14 днів, досягається більша ефективність проти виразкового консервативного лікування пептичних гастродуоденальних виразок, ускладнених кровотечами. За доступними літературними даними такий спосіб консервативного лікування пептичних гастродуоденальних виразок, ускладнених кровотечами, не відомий.

Спосіб здійснюється наступним чином.

Після встановлення діагнозу пептичної гастродуоденальної виразки, ускладненої кровотечею, хворому призначають Віс-нол в дозі 120мг 4 рази на добу протягом 14 днів з одночасним призначенням пантопразолу в дозі 40мг двічі на добу протягом 14 днів та амоксициліну в дозі 1000мг двічі на добу протягом 14 днів. Контрольне ендоскопічне дослідження проводять на другу-третю добу.

Приклади конкретного виконання.

Приклад 1

Хворий П., 28 років, історія хвороби №9394, поступив в клініку з приводу пептичної дуоденальної виразки, ускладненої шлунково-кишковою кровотечею середнього ступеню важкості, 26.06.2003р. При ендоскопії: на задній стінці пілоричного каналу - виразка діаметром 0,7см, з тромбованою судиною. Хворому призначено Віс-нол в дозі 120мг 4 рази на добу протягом 14 днів з одночасним призначенням пантопразолу в дозі 40мг двічі на добу протягом 14 днів та амоксициліну в дозі 1000мг двічі на добу протягом 14 днів. За весь час знаходження в клініці рецидиву кровотечі не було. Хворий виписаний в задовільному стані на 8-у добу. Через 4 місяці почуває себе задовільно, скарг не пред'являє.

#### Приклад 2.

Хворий М., 30 років, історія хвороби №9631, поступив в клініку з приводу виразкової гастродуоденальної кровотечі 2.07.2003р. При ендоскопії: деформація цибулини 12-палої кишки, на передньо-латеральній стінці виразка діаметром 1,1см, глибиною 0,3см, з тромбованою судиною. Хворому призначено Віс-нол в дозі 120мг 4 рази на добу протягом 14 днів з одночасним призначенням пантопразолу в дозі 40мг двічі на добу протягом 14 днів та амоксициліну в дозі 1000мг двічі на добу протягом 14 днів. Контрольне ендоскопічне дослідження на 3-тю добу - виразка вкрита фібрином; на 8-му добу - виразка в стадії епітелізації. За весь час перебування в клініці рецидиву кровотечі не було. Хворого виписано в задовільному стані на 9-у добу. Через 4 місяці відчуває себе задовільно, скарг не пред'являє.

За способом, що заявляється, в період з червня 2002 по серпень 2003 рр. в Центрі по наданню невідкладної допомоги хворим з шлунково-кишковими кровотечами на базі клінічної лікарні №12 м. Києва було проведено консервативне лікування пептичних гастродуоденальних виразок, ускладнених кровотечами у 120 хворих. Жодного рецидиву кровотечі не спостерігалось. Ретроспективний аналіз 150 випадків ендоскопічного гемостазу, здійсненого за способом-прототипом на протязі з 2000 по 2002 років [3], виявив рецидиви кровотеч в 15% випадків. Таким чином, запропонований спосіб є більш ефективним у здійсненні консервативного лікування пептичних гастродуоденальних виразок, ускладнених кровотечами, і дозволяє значно знизити ризик розвитку рецидивів кровотечі.

#### Використана література:

- 1.Тесленко І.В. Особливості хірургічного лікування виразкової хвороби дванадцятипалої кишки при хелікобактеріозі: Автореф. дис... канд. мед. наук: 14.00.27/ І.В. Тесленко; МОЗ України. Харк. ін-т удосконал. лікарів. -Х., 1994. -18с.: табл. -Бібліогр.: с.16-18
2. Тіщенко В.В. Удосконалення антигелікобактерної терапії у хворих на виразкову хворобу: Автореф. дис... канд. мед. наук: 14.01.02/ В.В. Тіщенко; МОЗ України. Нац. мед. ун-т ім. О.О. Богомольця. -К., 2003. -18 с.: іл. -Бібліогр.: с.15.
3. Бука Г.Ю. Ранні рецидивні кровотечі у хворих на виразкову хворобу шлунка і дванадцятипалої кишки: Автореф. дис... канд. мед. наук: 14.01.03/ Г.Ю. Бука; Харк. держ. мед. ун-т. -Х., 2001. -20с. -Бібліогр.: с.15-16
4. Братусь В.Д., Фомин П.Д., Шепетько Е.Н. Лечение больных с острым ЖКК в специализированном центре // Вест. хир. №4.- 1985.- с.126-129.