

Винахід відноситься до медицини, зокрема до гастроентерології, і може бути застосований для оптимізації лікування хворих на пептичну виразку шлунка та дванадцятипалої кишки ускладненої шлунково-кишковою кровотечею.

Відомий спосіб лікування хворих на пептичну виразку шлунка та дванадцятипалої кишки ускладнену шлунково-кишковою кровотечею передбачає зупинку кровотечі, попередження розвитку та лікування гіповолемічного шоку, вплив на патогенетичні механізми основного захворювання (Бабак О.Я., Фадеєнко Г.Д. Фармакотерапія пептичних язв желудка и двенадцатиперстной кишки. Харків. - "Основа", 1997. -с.180-186). Одним із основних методів консервативної терапії пептичної виразки шлунка та дванадцятипалої кишки є вплив на слизову оболонку ураженого органа з застосуванням ендоскопу: застосування клею та азотнокислого срібла, лазерної фотокоагуляція та діатермокоагуляція, обколювання судин, використання токів високої частоти. Попередження шоку та лікування гіповолемічного шоку досягається шляхом відновлення об'єму циркулюючої крові. Антихелікобактерна терапія є обов'язковою складовою патогенетичних лікувальних комплексів, що застосовуються у хворих на пептичну виразку шлунка та дванадцятипалої кишки, асоційованою з *Helicobacter pylori*, згідно Маастрихтського консенсусу-2 (2000). Максимальною антихелікобактерною активністю для ерадикації *Helicobacter pylori* володіють лікувальні комплекси, що включають лансопразол або пантопразол у сполученні з кларитроміцином та амоксициліном.

Однак, призначення хворому на пептичну виразку шлунка та дванадцятипалої кишки ускладненої шлунково-кишковою кровотечею патогенетичної терапії можливе тільки після зупинки кровотечі та нормалізації об'єму циркулюючої крові, показників гемодинаміки, як правило, протягом 3-4 днів від початку захворювання, коли хворому призначається цілковитий голод. У цей період усі препарати вводяться парентерально.

Крім того, серед багатьох причин, що призводять до виникнення повторної кровотечі, виділяють дію хлористоводневої кислоти та протеолітичних ферментів підшлункової залози, які підтримують розвиток деструктивно-некротичних процесів та викликають підвищену фібринолітичну активність у зоні ураження.

У той же час, для терапії кровотеч з верхніх відділів травної системи патогенетичне обґрунтованим можна вважати включення заходів, що подавляють агресивні фактори пошкодження слизової оболонки шлунково-кишкового тракту. З цією метою виправдане призначення антацидних препаратів, блокаторів H_2 -гістамінових рецепторів та K^+H^+AT Фази.

Сучасним та високоефективним засобом для лікування хворих на пептичну виразку шлунка та дванадцятипалої кишки ускладнену шлунково-кишковою кровотечею, що задовольняє всі вимоги та може призначатися з першого дня розвитку ускладнення завдяки його розчинній формі є блокатор H_2 -гістамінових рецепторів квамател.

В основу винаходу "Спосіб лікування хворих на пептичну виразку шлунка та дванадцятипалої кишки ускладнену шлунково-кишковою кровотечею" поставлена задача шляхом модифікації схем лікування хворих на пептичну виразку шлунка та дванадцятипалої кишки ускладнену шлунково-кишковою кровотечею досягти зменшення тривалості кровотечі, запобігти виникненню рецидиву кровотечі, прискорити загоєння виразкового дефекту, поліпшити якість життя пацієнтів, поліпшити фармакоекономічні показники лікування захворювання.

Поставлена задача вирішується способом, що передбачає введення лікарських засобів, в якому згідно з винаходом хворим призначають "ступеневе" введення квамателу по 40мг двічі на добу у перші три дні після виникнення шлунково-кишкової кровотечі внутрішньовенне крапельне, розчиненого у 500мл 0,9% фізіологічного розчину, з послідовним переходом на пероральне застосування в тій же дозі у складі комплексної терапії.

Спосіб здійснюється наступним чином. У перші 3-4 доби розвитку шлунково-кишкової кровотечі до нормалізації об'єму циркулюючої крові та показників гемодинаміки хворому внутрішньовенне крапельне вводиться 40мг квамателу розведеного у 500мл 0,9% фізіологічного розчину двічі на добу. Потім квамател призначається всередину у аналогічній дозі протягом 10-14 днів. За умови зникнення або значного зменшення болю в гастродуоденальній ділянці чи печії доза квамателу зменшується вдвічі - по 20мг 2 рази на день до формування "червоного" рубця.

Застосування "ступеневої" терапії квамателом у комплексному лікуванні хворих на пептичну виразку шлунка та дванадцятипалої кишки зменшує ризик виникнення повторної шлунково-кишкової терапії на 76%, тривалість загоєння виразкового дефекту та термін перебування у стаціонарі на 2, 4 ліжко-дня.

Приклад: хворий Б., 24 років поступив у хірургічне відділення зі скаргами на блювання "кавовою гущею", "дьюгтеподібний" кал, запаморочення, серцебиття, різку загальну слабкість. При об'єктивному обстеженні виявлені тахікардія 124 на хв., артеріальний тиск 95/60мм рт.ст.. Під час фіброгастроуденоскопії діагностовано виразковий дефект на задній стінці дванадцятипалої кишки діаметром 20мм, прикритий тромбом. Гемоглобін 64г/л, фібриноген 3,7г/л. Амбулаторно не лікувався. Об'єм стаціонарного лікування був наступним. З метою відновлення об'єму циркулюючої крові хворий отримувал еритроцитарну масу по 200мл та свіжозаморожену плазму по 300мл протягом 2 днів, 5% розчин глюкози по 800мл протягом 3 днів. Також хворий отримувал диціон, амінокапронову кислоту у середньо терапевтичних дозах протягом 3 днів з гемостатичною метою. З першого дня перебування хворого у стаціонарі була призначена "ступенева терапія": 1-3 дні квамател вводився внутрішньовенне крапельне у дозі 40мг двічі на добу на 500мл 5% фізіологічного розчину, 5-8 день хворий отримувал квамател у тій же дозі перорально у сполученні з кларитроміцином по 250мг двічі на день та амоксициліном по 1000мг двічі на день.

Контрольна фіброгастроуденоскопія показала зменшення виразкового дефекту до 12мм, відсутність ознак кровотечі. Термін перебування хворого у стаціонарі склав 8 ліжко-днів, що на 2,4 дні менше, ніж у хворих, що не отримували квамател.

Таким чином, розроблений спосіб лікування хворих на пептичну виразку шлунка та дванадцятипалої кишки ускладнену шлунково-кишковою кровотечею дозволяє зменшити ризик виникнення повторної шлунково-кишкової терапії на 76%, тривалість загоєння виразкового дефекту на 4,6 дні та термін перебування у стаціонарі на 2,4 ліжко-дня, покращити показники якості життя пацієнтів та фармакоекономічні показники.