

ПОРІВНЯЛЬНИЙ АНАЛІЗ РЕЗУЛЬТАТІВ ЕНДОСКОПІЧНОГО ТА ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ СФОРМОВАНИХ ПСЕВДОКИСТ ПІДШЛУНКОВОЇ ЗАЛОЗИ

Кущірук О.І., Колодійцев В.І., Шаварова М.Ю., Павловський М.П.

Львівський національний медичний університет ім. Д. Галицького, кафедра хірургії №1, Україна

Summary

A total of 119 patients with pancreatic pseudocysts (median size 3-19 cm; 106 (89%) pseudocysts communicating with main pancreatic duct) were treated during 8 years. Endoscopic drainage was performed in 77 patients; open surgery was used in 42 cases. The quality of life and long-term follow-up data was analyzed by the written questionnaire SF-36 (Health Status Survey).

Minor complications occurred in 5 (6.5%) patients after endoscopic treatment: cyst leakage, stent dislocation, secondary infection and hemorrhage. All of them were treated by additional endoscopic procedures. In one (1.3%) case was mortality not related to endoscopic procedure. Cyst recurrence was observed in 3 (3.9%) patients. Surgical approach had complications in 15 (35.7%) patients with mortality in one (4.8%) case. Among 6 (14.3%) patients with recurrent cysts after surgery in long-term period, 4 cases were treated by additional internal endoscopic drainage.

Patients treated by minimal invasive endoscopic approach had statistically better values of physical and mental health, physical and role-physical functioning, vitality and body pain ($p < 0,05$) in comparison with surgery group in median follow-up period of 12 months. This comparative analysis showed that patients treated by means of flexible endoscopy had fewer immediate and none mortal complications, were better adapted to the disease in long term follow-up period with less psycho-somatic disorders, higher diligence in comparison with patients treated with conventional surgery.

Key words: pancreatic pseudocysts, endoscopic treatment, surgery, quality of life.

Вступ

Хірургічні методи вважаються "золотим стандартом" у лікуванні хворих на сформовані псевдокисти підшлункової залози (ППЗ) [6,9]. Найчастіше операційні втручання, в залежності від локалізації ППЗ, полягають у накладанні цистоентероанастомозів або у резекції підшлункової залози разом з кістою і супроводжуються летальністю до 6%, а сумарна кількість ускладнень сягає 24-40% [3,8,10,12]. Ендоскопічне внутрішнє дренирування (ЕВД) псевдокист є мініінвазивною альтернативою хірургічним та черезкирничним пункційно-дренуєчим методам лікування пацієнтів із неускладненими та ускладненими ППЗ. При багатьох перевагах методів ЕВД, їм притаманні ускладнення, які виникають у 5-16% хворих [1,2,5,7,11].

Переваги та певні недоліки хірургічних та ендоскопічних методів лікування ППЗ, відсутність рандомізованих досліджень [4] залишають без відповіді багато запитань щодо вибору оптимального методу лікування у кожного окремого пацієнта зі сформованими ППЗ. Відсутні дослідження з вивчення якості життя пацієнтів із ППЗ після різних методів лікування.

Метою нашого дослідження було вивчити ефективність і порівняти ранні та віддалені результати ендоскопічного дренирування з конвенційними операційними втручаннями для зменшення кількості ускладнень та рецидивів захворювання у хворих на ППЗ і покращення якості життя у віддаленому післяопераційному періоді.

Матеріал і методи

Період спостереження становив 8 років. Лікування з приводу сформованих симптоматичних ППЗ провели 119 пацієнтам віком 19-81 років. ППЗ у 91 (76,5%) пацієнта розвинулися на фоні прогресування хронічного панкреатиту, у 28 (23,5%) — виникли після гострого панкреатиту етанольної, білярної, посттравматичної або ідіопатичної етіології.

Середній розмір псевдокист становив $132 \pm 117,5$ мм. У 108 (90,8%) пацієнтів вони були солітарними й у 106 (89%) осіб мали з'єднання з вірусною протокою, що встановлено в результаті комплексного передопераційного обстеження такими методами діагностики, як ультрасонографія, гастродуоденоскопія, комп'ютерна томографія, магнітно-резонансна томографія, магнітно-резонансна холангіопанкреатикографія, ендоскопічна ретроградна холангіопанкреатикографія, ендоскопічна ультрасонографія. ППЗ ускладнювалися болізовим синдромом, нагноєнням їх вмісту, механічною жовтяницею внаслідок компресії ППЗ на загальну жовчну протоку, ентеральною непрохідністю, перфорацією в черевну або плевральну порожнину з перитонітом або плевритом. ППЗ рецидивували після черезкирничних пункцій або лапаротомії, що було показом до виконання ЕВД в основній або відкритих хірургічних втручаннях — у контрольній групі хворих.

Для оцінки віддалених (через 1-3 роки) результатів інтервенційного лікування та якості життя застосовано анкетування пацієнтів опитувачем SF-36 (Health Status Survey).

Результати

В основну групу віднесли 77 хворих, яким ЕВД виконали конвенційним череззапирничним (9 — 11,7% хворих), трансмуральним (41 — 53,3%) методами або з допомогою ендоскопічної (ЕСГ) асистенції, яку застосовано у 27 (35%) хворих. Ендоскопічно конвенційно або ЕСГ цистогастростомії виконали у 30 (39%) та у 24 (31,1%) хворих, а цистодуоденостомії — у 11 (14,3%) й у 3 (3,9%) пацієнтів відповідно.

Для стійкого тривалого підтримання цистоентероанастомозу з адекватним дренируванням порожнини ППЗ встановлювали два і більше стентів, які скріплювали між собою ендотетлю. Цисто-трансназальне дренирування виконували при діагносі ППЗ первинно або під час повторних ендодренирувань, у залежності від клінічної ситуації.

Після ЕВД виникло 12 (15,6%) ускладнень. При виконанні ЕВД звичайною методикою виникли такі ускладнення: профузна кровотеча з місця пункції в одного хворого (його ургентно оперували); нагноєння ППЗ діагностовано у 5 хворих (ліквідовано додатковим цисто-трансназальним дренируванням із санацією ППЗ та консервативною терапією); заочеревинна флегмона розвинулася в одного хворого (виконали лапаротомію, розкриття і дренирування); перфорація стінки шлунка з перитонітом виникла в одного хворого (лапаротомія, вишивання отвору та дренирування); ще в одного хворого виникла інтраманіпуляційна дислокація стента в порожнину псевдокисти (вдалося видалити і поставити новий стент).

ДОСВІД ЕНДОСКОПІЧНОЇ ІМПЛАНТАЦІЇ БАЛОНУ (BIB) У ШЛУНОК ДЛЯ ЛІКУВАННЯ ОЖИРІННЯ

Лаврик А.С., Бурій О.М., Манойло М.В., Терешкевич І.С., Досчук О.О.

Національний інститут хірургії та трансплантології ім. О.О. Шалімова АМН України, Київ

Ожиріння на сьогоднішній день у всьому світі є великою соціальною та медичною проблемою. В центральній та східній Європі надлишкову вагу мають від 15% до 40% населення ($BMI > 25 \text{ kg/m}^2$). В Україні у 6-7% дорослого населення спостерігається крайня ступінь цієї патології.

Вибір методу лікування у хворих на морбідне ожиріння продовжує залишатися актуальною проблемою сучасної медицини та хірургії зокрема. Імплантація внутрішньош-

лункових балонів (bioenterics intragastric balloon — BIB) для зниження маси тіла була запропонована більше 20 років тому, моделі балонів та методики процедури удосконалюються і по цей день. Сьогодні імплантація BIB є мініінвазивним методом зниження маси тіла, який отримав широке розповсюдження в провідних баріатричних клініках світу.

У групі, в якій використано ЕСГ доступ, у 3 хворих були такі ускладнення: облітерація цистоентероанастомозу з рецидивуванням ППЗ наступила в одного пацієнта після дислокації стента; в іншого пацієнта на другий день після ЕВД виявили пневмоперитонеум та пневмомедіастинум (при повторній ендоскопії встановлено, що причиною ускладнення було відшарування стінки ППЗ від стінки шлунка під час цистогастростомії) — цього пацієнта лікували консервативними заходами; а ще в одного хворого також виникла інтраманіпуляційна дислокація стента в порожнину псевдокисти (стент видалено). Летальних ускладнень не було.

У контрольній групі (42 особи) лікування ППЗ полягало в конвенційних лапаротомних операційних втручаннях. Виконали 5 (12,2%) зовнішні дренирувань, 27 (65,9%) цистогастростомії, 3 (7,3%) цистоєностомії, 4 (9,8%) цистопанкреатикоєностомії та 3 (7,5%) резекції хвоста ПЗ разом із кістою. В ранньому післяопераційному періоді зафіксовано 15 (35,7%) ускладнень, 2 (4,8%) із яких завершилися летально. Гнійно-септичні ускладнення виникли у 7 (16,7%) хворих, шлунково-кишкові кровотечі у 2 (4,8%), неліквовані псевдокисти в 2 (4,8%) з наростанням білярної гіпертензії в 1 (2,4%), застійна пневмонія ще у 1 (2,4%) хворого. Зовнішня цисто-панкреатична норія сформувалася в 1 (2,4%) пацієнта. У 5 хворих виконали корекцію ускладнень методами ЕВД у ранньому післяопераційному періоді, а ще у 3 виконали релапаротомії. Інтраопераційних ускладнень не зафіксовано.

Середній час перебування в стаціонарі хворих після ЕВД та хірургічних втручань становив $7,3 \pm 2,9$ та $17,5 \pm 3,6$ днів відповідно ($p < 0,05$).

Віддалені результати вивчено у 55 (71,4%) пацієнтів основної та у 31 (73,8%) — контрольній груп. Рецидив ППЗ наступив у 3 (5,5%) після ЕВД й у 6 (19,4%) хворих після хірургічного лікування, у яких також відзначено статистично істотне зниження значень всіх показників фізичного та психологічного компонентів здоров'я у порівнянні з хворими контрольної групи: $40,1 \pm 7,85$ та $37,4 \pm 9,17$ бала і $52,1 \pm 5,14$ та $55,4 \pm 4,07$ бала відповідно (у всіх випадках $p < 0,01$).

Із показників фізичного здоров'я найбільша різниця відзначена у показнику рольового функціонування: у контрольній групі він становив $31,0 \pm 31,09$ бала (в основній — $80,5 \pm 19,75$ бала; $p < 0,01$). Значно нижчим також був показник загального здоров'я: у пацієнтів після хірургічних втручань він виявився зменшеним до $38,9 \pm 20,83$ бала, а після ЕВД — $79,3 \pm 15,86$ бала ($p < 0,01$). Показник фізичного функціонування в основній групі був знижений до $68,6 \pm 17,37$ бала, а показник болю до $54,3 \pm 29,42$ бала, у той же час в основній групі ці показники становили відповідно $91,8 \pm 8,91$ бала та $90,3 \pm 15,19$ бала (в обох випадках $p < 0,01$).

Із показників, які характеризують психічне здоров'я, найбільшу різницю у групах відзначили для показників рольового функціонування та життєвої активності, які у контрольній групі були знижені до $32,2 \pm 37,25$ та $42,9 \pm 14,24$ бала (в основній групі відповідно $91,3 \pm 17,57$ бала та $76,9 \pm 8,68$ бала; $p < 0,01$). Також у хворих після конвенційних операцій були нижчими такі показники, як соціальне функціонування ($53,9 \pm 21,16$ бала в контрольній та $87,0 \pm 13,59$ бала в основній) та загальне психічне здоров'я, яке становило $55,9 \pm 14,79$ бала в контрольній та $87,0 \pm 7,94$ бала в основній групах ($p < 0,01$ для всіх показників).

Висновки

Пацієнти, у яких сформовані ППЗ лікувано методами ендоскопічного внутрішнього дренирування, краще адаптувалися до захворювання у післяопераційному періоді, мають меншу кількість психосоматичних порушень, вищу працездатність, що свідчить про кращу якість їхнього життя у порівнянні з хворими, які перенесли відкриті хірургічні втручання. Можливість і доцільність виконання ЕВД хворим з ускладненими і рецидивними ППЗ підтверджується меншою частотою післяопераційних ускладнень та рецидивів і скороченням часу перебування хворих у стаціонарі. Отже, ЕВД необхідно ширше використовувати у клінічній практиці, а лапаротомні втручання застосовувати лише при неефективності ендоскопічних методів або за наявності таких ускладнень псевдокист, як перитоніт, кровотеча в псевдокисту або черевну порожнину, які неможливо або небезпечно лікувати мініінвазивними методами.

Література

1. Русин В.І., Болдіжар О.О., Русин А.В., Болдіжар П.О., Румянцев К.Є. (2006) Гострий панкреатит. Псевдокиста підшлункової залози. (Ужгород). "ВЕТА-Закрпінтя". 204 с.
2. Парфенов А.А., Карпачев С.П., Францев М.В. и др. (2010) Эндоскопические вмешательства при псевдокистах поджелудочной железы. Анналы хирургической гепатологии. 1: 27-31
3. Barthel M. (2002) Endoscopic treatment of chronic pancreatitis. Gastroenterol. Clin. Biol. 26: 130-139
4. Bergman S., Melvin S.W. (2007) Operative and nonoperative management of pancreatic pseudocysts. Surg. Clin. N. Am. 87: 1447-1460
5. Dohmoto M., Rupp K.D. (1992) Endoscopic drainage of pancreatic pseudocysts. Surg. Endosc. 6: 118-124
6. Heider R., Meyer A.A., Galanko J.A. et al. (1999) Percutaneous drainage of pancreatic pseudocysts is associated with a higher failure rate than surgical treatment in unselected patients. Ann. Surg. 229 (6): 781-787
7. Kahaleh M., Shami V.M., Conaway M.R. et al. (2006) Endoscopic ultrasound drainage of pancreatic pseudocysts: a prospective comparison with conventional endoscopic drainage. Endoscopy. 38: 355-359
8. Morton J.M., Brown A., Galanko J.A. et al. (2005) A national comparison of surgical versus percutaneous drainage of pancreatic pseudocysts: 1997-2001. J. Gastrointest. Surg. 9 (1): 15-21
9. Park A.E., Heniford B.T. (2002) Therapeutic laparoscopy of the pancreas. Ann. Surg. 236: 149-158
10. Spivak H., Galloway J.R., Amerson J.R. et al. (1998) Management of pancreatic pseudocysts. J. Am. Coll. Surg. 186 (5): 507-511
11. Technology Committee (2005) ASGE guideline: the role of endoscopy in the diagnosis and the management of cystic lesions and inflammatory fluid collections of the pancreas. Gastrointest. Endosc. 62: 3: 363-370
12. Usatoff V., Brancatisano R., Williamson R.C. (2000) Operative treatment of pseudocysts in patients with chronic pancreatitis. Br. J. Surg. 87: 1494-1499

23 чоловіка та 53 жінки. Середній вік склав 39 (32-47) років, середня маса тіла — 173 (93-221) кг, середній індекс маси тіла (ІМТ) — 53 (35-70) кг/м². Показаними для імплантації балонів у 11 випадках були: передопераційна підготовка у хворих з суперожирінням (ІМТ — 60-70 кг/м²) та як самостійний метод лікування у 65 пацієнтів.

Всім пацієнтам під місцевою анестезією (зрошення зіву 10% розчином лідокаїну), імплантували *BIB* на термін 6-7 місяців. Балони заповнювали 0,9% розчином NaCl у кількості 550±70 мл, підфарбованим метиленовим синім. Розташування *BIB* в шлунку контролювали ендоскопічно.

BIB видалявся з шлунку через 6-8 місяців за допомогою ендоскопа з використанням стандартного набору інструментів. У 6 пацієнтів, через непереносимість, балони були видалені на протязі перших 10 днів. У одного хворого через 3 місяці після імплантації

була виявлена виразка тіла шлунку, у подальшому виликвана консервативними засобами. Середня втрата маси тіла після імплантації *BIB* склала 24 (14-39) кг, ІМТ в середньому знизився на 5,6 (0,8-10,9) кг/м².

З позитивних аспектів використання методу імплантації *BIB* слід відмітити його безпечність, відсутність важких метаболічних розладів у хворих та мініінвазивність процедури. Негативними сторонами, на нашу думку, є відносно незначне зниження маси тіла та вірогідність непереносимості у деяких пацієнтів. Метод може використовуватися в клініці як самостійна бариатрична процедура у хворих з ІМТ < 37 кг/м² або як етап передопераційної підготовки у хворих з морбідним суперожирінням.

Слід відмітити необхідність розуміння пацієнтом сутності процедури та чіткого дотримання рекомендацій, без чого метод не приносить бажаного результату.

ОПТИМІЗАЦІЯ ДОЗУВАННЯ ІНГІБІТОРІВ ПРОТОННОЇ ПОМПИ ПРИ КРОВОТОЧИВИХ ВИРАЗКАХ

Лемко І.І., Нікішасв В.І., Запорожан С.Й.

Закарпатська обласна клінічна лікарня ім. А. Новака, Київська міська клінічна лікарня швидкої медичної допомоги, Україна

Summary

The influence of different dosages of intravenous proton pump inhibitors upon the frequency of bleeding's relapse and intragastric pH in patients with hemorrhagic duodenal ulcers after endoscopic hemostasis has been studied. It was found that after mini-invasive interventions the usage of intravenous proton pump inhibitors in standard and small dosages (40 mg once a day) essentially reduces the number of duodenal bleeding's relapses in comparison with the control group.

Key words: proton pump inhibitors, minimally invasive interventions, gastro-intestinal bleeding.

Вступ

За даними ВООЗ до 20% дорослого населення планети хворіють на виразки шлунку та дванадцятипалої кишки (ДПК) [1]. Гастроудуоденальні виразки впевнено займають провідне місце серед захворювань органів травлення в багатьох країнах світу і, не дивлячись на появу нових медикаментів та методів лікування, ситуація принципово не змінюється [2,4].

Крім того, проблема ускладнюється у зв'язку з розвитком резистентності до ряду препаратів, що використовуються в консервативному лікуванні пептичних виразок шлунку та ДПК, розвитком ряду ускладнень в перебігу захворювання, серед яких одними з найбільш важких є кровотечі, що можуть мати місце, за даними різних авторів, у 15-30% випадків виразкової хвороби [1,2,4].

Слід відмітити відсутність чіткого диференційованого підходу до лікування цих хворих та високу деталістність, яка коливається біля 10%, не дивлячись на всі новітні розробки [13]. Серед померлих більшість складають пацієнти, у яких не вдалося зупинити кровотечу при первинному ендоскопічному огляді, або ж наступив ранній рецидив кровотечі у стаціонарі [2,4]. Післяопераційна летальність у випадку втручання на висоті кровотечі коливається в межах 12-28%, а у осіб старшого віку із вираженою супутньою патологією вона може досягати 48-60% [5].

Водночас, слід зазначити, що одним із ефективних медикаментозних засобів лікування кислотозалежних захворювань, є використання препаратів групи інгібіторів протонної помпи (ІПП). Практично всі дослідники вважають, що подання ендоскопічного гемостазу із введенням ІПП є найбільш результативним і перевищує ефективність їх використання у вигляді монотерапії [6,7,10,11]. При цьому застосовуються стандартні дози введення (ІПП внутрішньовенно двічі на день на протязі 3 днів з подальшим переходом на прийом *per os* по 20 мг 2 рази в день). Останнім часом з'явилися публікації деяких дослідників, які вважають найбільш ефективною наступну схему введення ІПП: 80 мг болюсно і далі по 8 мг в годину інфузійно протягом 3 днів з подальшим переходом на прийом *per os* по 20 мг 2 рази в день [8,9,12]. Але в своїх дослідженнях вони порівнювали великі дози ІПП з групою плацебо, які не отримували ІПП.

Таким чином, кількість публікацій щодо використання при виразкових кровотечах ДПК низьких доз внутрішньовенних форм ІПП обмежена, причому порівняння ефективності різних схем їх введення не проводилось, що підтверджує актуальність та доцільність нашого дослідження.

Мета і завдання дослідження — підвищити ефективність лікування хворих з кровоточивими виразками ДПК шляхом удосконалення схем використання інгібіторів протонної помпи після ендоскопічного гемостазу для профілактики ранніх рецидивів кровотечі із кровоточивих виразок ДПК.

Матеріали та методи

Обстежено і проліковано 239 хворих віком від 17 до 80 років, які поступали із шлунково-кишковою кровотечею (ШКК) в Київську міську клінічну лікарню швидкої допомоги. Обстеженню підлягали тільки хворі з кровоточивими виразками ДПК, а саме з активною кровотечею (Fа, Fb) та стигматами недавньої кровотечі: наявністю "тромбованої судини" діаметром менше 2 мм (F1а) та наявністю фіксованого згустку (червоного, чорного, білого) діаметром більше 2 мм (F1b).

Лікування хворих з кровоточивими виразками ДПК включало як місцеві заходи, направлені на зупинку кровотечі — проведення мініінвазивних ендоскопічних втручання (МЄВ), так і консервативну медикаментозну терапію. МЄВ (електрокоагуляція чи ендоскопічна ін'єкційна терапія поєднана з електрокоагуляцією) проводилися в разі при виявленні джерела активної кровотечі або її стигмат при первинній діагностичній езофагогастроудуоденоскопії (ЕГДС). Також всім хворим проводився ендоскопічний моніторинг [3] та добова внутрішньовенна рН-метрія.

Після МЄВ хворі були розподілені в 7 груп, в яких проводилось внутрішньовенне крапельне введення ІПП: омепразолу, пантопрозолу та езомепразолу. Використовувались три схеми введення ІПП:

- 40 мг внутрішньовенно крапельно 1 раз на добу протягом 3 днів з подальшим переведенням на прийом *per os* (омепразолу, пантопрозолу, езомепразолу);
- 40 мг крапельно 2 рази на добу протягом 3 днів з подальшим переведенням на прийом *per os* (омепразолу, пантопрозолу, езомепразолу);
- 80 мг езомепразолу внутрішньовенно болюсно, далі по 8 мг в годину інфузійно протягом 3 днів з подальшим переходом на прийом *per os* по 20 мг 2 рази в день.

Для оцінки ефективності запропонованого лікування проведено порівняння частоти виникнення рецидивних кровотеч (РК) у обстежених хворих з групою пацієнтів (1536 осіб) з виразковими кровотечами які лікувались без застосування ІПП [3]. Комплекс лікування цих хворих включав засоби, направлені на компенсацію крововтрати та МЄВ без призначення ІПП.

Результати та їх обговорення

В контрольній групі РК був зареєстрований у 12,5% випадків. В цілому при призначенні омепразолу рецидивні кровотечі виникли у 4,8% випадків, причому при однократному введенні препарату в 6,7% випадків, а при двократному введенні медикаменту в 3,1% випадків.

При призначенні пантопрозолу рецидивні кровотечі виникли у 5,5%, причому при однократному введенні препарату у 2,3 рази частіше, ніж при двократному введенні медикаменту протягом доби (7,7% випадків проти 3,4% випадків).

При призначенні езомепразолу рецидивні кровотечі в цілому спостерігалися у 5% випадків, причому при внутрішньовенному крапельному введенні 40 мг препарату двічі на добу вони реєструвались у 2,3 рази рідше, ніж при однократному введенні препарату (7,3% випадків проти 3,2% випадків).

При застосуванні 80 мг езомепразолу внутрішньовенно болюсно, а потім по 8 мг в годину інфузійно, рецидивні кровотечі спостерігалися у 3,1% випадків.

До введення ІПП у всіх групах було зафіксовано внутрішньовенне рН в діапазоні 5,5-6,0, що в середньому склало 5,65±0,026. Призначення ІПП (омепразолу, пантопрозолу, езомепразолу) внутрішньовенно крапельно у дозі 40 мг один раз на добу зумовлює швидке підвищення рівню рН шлунку і коливалось в межах від 6,5 до 7,5, що в середньому склало 7,05±0,06. Досягнуті високі значення рН шлунку тримаються приблизно на такому рівні протягом 12-15 годин, після чого починався поступовий спад рН (6,46-6,76), однак всі показники залишаються достовірно вищими за вихідний рівень до лікування.

При двократному введенні ІПП повторний підйом рН шлунку на 15 годину є суттєвим (6,88-7,15) і тримається на такому рівні до кінця доби, що забезпечує більш ефективне нівелювання дії кислотного-пептичного фактору до кінця доби. При застосуванні 80 мг езомепразолу внутрішньовенно болюсно, а потім по 8 мг в годину інфузійно внутрішньовенне рН коливалось в межах від 6,7 до 7,2 протягом доби. Через 24 години після введення ІПП були зафіксовані показники внутрішньовенного рН в діапазоні не менше, ніж 6,5 у всіх групах.

Таким чином у всіх групах відмічався достатній підйом рН шлунку вище 6,5 що потрібно для формування і збереження тромбу. Частота РК була достовірно нижча в групах де хворі після МЄВ отримували ІПП ніж у контрольній групі. При цьому РК був нижче при двократному прийомі, ніж при однократному введенні ІПП, але ці відмінності були не достовірні. В групі хворих які отримували ІПП у великих дозах болюсно, та потім на протязі дня, частота РК була такою, як і при двократному введенні. Між цими групами, незалежно від ІПП, рН шлунку суттєво не відрізнялось. Отримані результати (попередні результати дослідження були опубліковані ще у 2006 році) співпадають із дослідженнями виконаними в останні роки [7,10,11]. При цьому Javid G. з співавторами (2009) не знайшли різниці не тільки по дозам введення ІПП, але і отримали подібні результати при призначенні ІПП *per os* хворим після МЄВ. Таким чином призначення ІПП у великих дозах не обґрунтованим, крім того воно веде до збільшення витрат на лікування без покращення його результату.

Висновки

Призначення ІПП (омепразолу, пантопрозолу, езомепразолу) внутрішньовенно крапельно по 40 мг один або два рази на добу, а також 80 мг езомепразолу внутрішньовенно болюсно та потім по 8 мг в годину інфузійно протягом перших трьох діб з моменту діагностування виразкової кровотечі з подальшим переходом на їх прийом *per os* є ефективним методом попередження ранніх рецидивних кровотеч, які веде до достовірного зниження їх частоти.

Введення ІПП навіть по 40 мг внутрішньовенно крапельно один раз на добу зумовлює значне і достовірне підвищення рН шлунку, яке тримається протягом доби, а також сприяє формуванню і збереженню тромбу, та попередженню рецидивів кровотечі за рахунок нівелювання дії кислотного-пептичного фактору.

Стандартні дози ІПП (два рази на добу) є достатньо ефективні та забезпечують адекватний рівень внутрішньовенного рН для формування тромбу та попередження рецидиву кровотечі. Призначення великих доз ІПП з подальшим внутрішньовенним введенням на протязі доби не покращує результату лікування, тому є економічною недоцільним.

Література

1. Кондратенко П.Г., Раденко Є.С., Соколов М.В. (2005) 20-річний досвід хірургічного лікування гострих виразкових гастродуоденальних кровотеч. Шпитальна хірургія. 1: 118-121
2. Лемко І.І., Нікішасв В.І. (2006) Попередні результати рандомізованого дослідження ефективності застосування різних внутрішньовенних форм інгібіторів протонної помпи після ендоскопічного гемостазу при кровоточивих виразках дванадцятипалої кишки. Укр. ж. малоінвазивної ендоскоп. хірург. 10: 3-36
3. Нікішасв В.І. (2003) Ендоскопічна діагностика та мініінвазивна ендоскопія при кровотечах з гастродуоденальних виразок та варикозно-розширених вен стравоходу і шлунку. Автореф...дис. док. мед. наук. (Київ). 38 с.
4. Нікішасв В.І., Лемко І.І. (2006) Застосування інгібіторів протонної помпи при кровоточивих виразках дванадцятипалої кишки. Матеріали симпозіуму "Сучасні аспекти медицини невідкладних станів" (Київ), с. 55
5. Шапкин Ю.Г., Потахин С.М., Беликов А.В. и др. (2004) Диагностика предсерийного синдрома при кровоточивой язве желудка и дванадцатиперстной кишки. Вестник хірургії. 1: 43-46
6. Andriulli A., Annesse V., Saruso N. et al (2005) Proton-pump inhibitors and outcome of endoscopic hemostasis in bleeding peptic ulcers: a series of meta-analyses. Am. J. Gastroenterol. 100: 1: 207-219
7. Andriulli A., Loperfido S., Focareta R. et al. (2008) High- versus low-dose proton pump inhibitors after endoscopic hemostasis in patients with peptic ulcer bleeding: a multicentre, randomized study. Am. J. Gastroenterol. 103: 3011-3018
8. Barkun A., Adam V., Sung J.J. et al. (2008) High-dose intravenous esomeprazole in peptic ulcer bleeding: new clinical data applied to a european cost-effectiveness analysis. Gut. [Suppl II]. 57: 99
9. Barkun A., Sung J.J.Y., Kuipers E.J. et al. (2008) Intravenous esomeprazole for prevention of peptic ulcer re-bleeding in a predominantly caucasian population: results on clinical benefits and hospital resource use. Gut. [Suppl II]. 57: 70
10. Choi K.D., Kim N., Jang J.J. et al. (2009) Optimal dose of intravenous pantoprazole in patients with peptic ulcer bleeding requiring endoscopic hemostasis in Korea. J. Gastroenterol. Hepatol. 24: 1617-1624
11. Javid G., Zargar S.A., U-Saif R. et al. (2009) Comparison of p.o. or i.v. proton pump inhibitors on 72-h intragastric pH in bleeding peptic ulcer. J. Gastroenterol. Hepatol. 24: 1236-1243
12. Kuipers E.J., Sung J.J.Y., Barkun A. et al. (2008) High-dose intravenous esomeprazole is safe and well tolerated in patients with peptic ulcer bleeding. Gut. [Suppl II]. 57: 352
13. Marek T.A. (2007) Gastrointestinal bleeding. Endoscopy. 39: 998-1004