



УКРАЇНА

(19) **UA** (11) **100088** (13) **U**
(51) МПК (2015.01)
A61K 31/00
A61P 1/00

ДЕРЖАВНА СЛУЖБА
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ
УКРАЇНИ

(12) ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

<p>(21) Номер заявки: u 2015 00097</p> <p>(22) Дата подання заявки: 06.01.2015</p> <p>(24) Дата, з якої є чинними права на корисну модель: 10.07.2015</p> <p>(46) Публікація відомостей про видачу патенту: 10.07.2015, Бюл.№ 13</p>	<p>(72) Винахідник(и): Шапринський Володимир Олександрович (UA), Дзьоба Андрій Ігорович (UA)</p> <p>(73) Власник(и): ВІННИЦЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІМ. М.І. ПИРОГОВА, вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, 21018 (UA)</p>
--	---

(54) СПОСІБ ЛІКУВАННЯ СТРАВОХІДНО-ШЛУНКОВОГО РОЗРИВНО-ГЕМОРАГІЧНОГО СИНДРОМУ (СИНДРОМУ МЕЛЛОРИ-ВАЙССА)

(57) Реферат:

Спосіб лікування стравохідно-шлункового розривно-геморагічного синдрому (Синдрому Меллорі-Вайсса) включає проведення стандартної інфузійної, гемостатичної, антисекреторної терапії. Додатково в першу добу підшкірно болюсно вводять 0,05 мг октреотиду, потім внутрішньовенно крапельно 0,05 мг октреотиду, розчиненого у стерильному 0,9 % розчині натрію хлориду протягом 2 год. з одночасним введенням гепатопротектора Есслівер форте 10 мл внутрішньовенно струйно 1 раз на добу та введенням метоклопраміду 10 мг в/м 3 рази на добу.

UA 100088 U

Корисна модель належить до медицини, зокрема до хірургії, і може бути використана як метод консервативного лікування стравохідно-шлункового розривно-геморагічного синдрому.

Частота стравохідно-шлункового розривно-геморагічного синдрому сягає 5-15 % в структурі кровотеч з верхніх відділів травного тракту. Летальність 1,8-8,6 %. Спостерігається чітка тенденція до зростання захворюваності СМВ, особливо серед населення працездатного віку. Основним етіологічним фактором його виникнення на теперішній час вважається різке підвищення внутрішньошлункового тиску. Згідно з дослідженнями останніх років провокуючим фактором виникнення стравохідно-шлункового розривно-геморагічного синдрому є наявність у хворих недостатності кардіального сфінктера або грижі стравохідного отвору діафрагми, як правило, невеликих розмірів та ковзних. Останні дослідження вказують на вагому роль патології печінки та субклінічної портальної гіпертензії в розвитку стравохідно-шлункового розривно-геморагічного синдрому. Наслідком є структурна перебудова гематомікроциркуляторного русла зони езофагокардіального переходу у вигляді підслизового варикозу, що зумовлює венозний застій, порушення трофіки та розвитку портальної гастропатії, що і призводить до слабкості слизової оболонки. Усунення провокуючих факторів в сукупності з загальноприйнятою консервативною гемостатичною терапією дає можливість досягти надійного гемостазу, попередити розвиток рецидиву кровотечі та сприяє швидшому загоєнню дефектів. Корекція портальної гіпертензії проводиться за рахунок застосування синтетичного аналогу соматостатину - октреотиду, який знижує внутрішньопортальний тиск. Октреотид також знижує секрецію гастрину та інших пептидів гастроентеропанкреатичної ендокринної системи, що призводить до зниження секреції ферментів шлунково-кишкового тракту; знижує секрецію глюкагону та інших гастроінтестинальних вазодилатуючих пептидів, що призводить до послаблення вісцерального кровотоку. Для підвищення тону кардіального сфінктера та профілактики підвищення внутрішньошлункового тиску використовується стимулятор перистальтики метоклопрамід. Для покращення функціонального стану печінки використання гепатопротектора Есслівер форте.

Найбільш близьким до запропонованого способу є спосіб, вибраний як найближчий аналог - Пат. № 46800 Україна, МПК А61К 31/00, А61Р 1/00 Спосіб лікування синдрому Меллорі-Вейса / Б.О.Матвійчук, Ю.Й. Голик, заявник і патентовласник: Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького. - № U200906373; заявл. 19.06.09; опубл. 11.01.10. Бюл. № 1, який включає проведення інфузійної, гемостатичної, антисекреторної, при потребі замісної терапії, введення гепатопротектора та β-адреноблокатора пропранолола перорально для зниження внутрішньопортального тиску. Однак відомий спосіб має ряд недоліків. Використання β-адреноблокатора призводить до зниження системного артеріального тиску, пероральний прийом препаратів у даній категорії хворих небажаний, а інколи неможливий у зв'язку з важкістю хворого.

В основу корисної моделі поставлена задача досягнення стійкого гемостазу, попередження рецидивів кровотечі та створення передумов для подальшого швидкого загоєння дефектів.

Поставлена задача вирішується за допомогою медикаментозної корекції етіопатогенетичних факторів виникнення захворювання. Загальноприйнята інфузійна, гемостатична та антисекреторна терапія доповнюється призначенням октреотиду 50 мкг п/ш болюсно, з подальшою в/в крапельною інфузією протягом 2 год. ще 50 мкг октреотиду (0,05 мг розчину октреотиду розчиняють у стерильному 0,9 % розчині натрію хлориду). Для покращення функціонального стану печінки - гепатопротектор Есслівер форте 10 мл в/в струминно 1 раз на добу. Для профілактики рецидиву кровотечі призначається метоклопрамід 10 мг в/м 3 рази на добу.

Спосіб здійснюється таким чином.

Пацієнтам з стравохідно-шлунковим розривно-геморагічним синдромом одразу після госпіталізації в першу добу до стандартної інфузійної, гемостатичної, антисекреторної терапії призначається п/ш болюсна ін'єкція октреотиду 0,05 мг. Для пролонгації ефекту виконується в/в крапельна інфузія розчиненого у стерильному 0,9 % розчині натрію хлориду 0,05 мг октреотиду протягом 2 год. Для покращення функціонального стану печінки - гепатопротектор Есслівер форте 10 мл в/в струминно 1 раз на добу. Для підвищення тону кардіального сфінктера та профілактики підвищення внутрішньошлункового тиску введення метоклопрамиду 10 мг в/м 3 рази на добу.

Приклад

Хворий Т., 1978 р.н., був госпіталізований до хірургічного відділення № 1 Хмельницької міської лікарні 06.06.13 р. з клінікою шлунково-кишкової кровотечі. Після дообстеження був встановлений діагноз: Синдром Меллорі-Вайсса. Хронічний гепатит "С". Кила стравохідного отвору діафрагми І ст.

Виконано ФEGДС 06.06.13 р.: Дефект слизової дистальної частини стравоходу 1 см заповнений згортком крові. Ознак продовження кровотечі немає. Ерозивний рефлюкс - езофагіт. ФEGДС 10.06.13 р.: С-м Меллорі-Вайсса. Дефект вкритий фібрином.

УЗД ОЧП 10.06.13 р.: Гепатомегалія. Ознаки циротичних змін печінки. Ознаки хр. холециститу. Ознаки хронічного панкреатиту. Спленомегалія. Лімфоаденопатія.

Р-графія ОЧП з контрастуванням барієм 07.06.13 р.: Стравохід вільно прохідний. Перистальтика збережена. Кила стравохідного отвору діафрагми I ст. в положенні Тренделенбурга. Шлунок каскад в субкардії. Рельєф слизової без патології. Ц 12-палої кишки в нормі.

10 Хворому виконано лабораторне обстеження:

ЗАК: Hb-92 г/л, еритроцити $2,81 \cdot 10^{12}$ /л, ШОЕ - 38 мм/год., Ht-0,24 %, час згорт: поч. 4,05 кін. 4,15.

15 Біохімічний аналіз крові: загальний білок 56,8 г/л, загальний білірубін 12,7 мкмоль/л за рах. непрямого, АсТ 0,37, АлТ 0,92 ммоль/л, сечовина 6,8 ммоль/л, калій 3,2 ммоль/л, натрій 130 ммоль/л.

ЗАС - к-сть - 60,0, колір с/ж, рН 8,0, щільність 1015, білок - сліди, епітелій - 2-3 в п/з, лейкоцити - 3-5 в п.з., слиз +.

Гр. крові - В(III) Rh (+).

20 Хворий отримував консервативну терапію: стерофундин 500 мл, контролок 40 мг 1 раз на добу, гелофузин 500 мл, 5 % р-н глюкози 400 мл, етамзилат 2 мл 3 рази на добу, вікасол 1 мл 1 раз на добу, розчин амінокапронової кислоти 100 мл 1 раз на добу, октреостатин 50 мкг п/ш 1 раз на добу, октреостатин 50 мкг розчинений у 400 мл 0,9 % р-ні натрію хлориду 1 раз на добу, Есслівер форте 10 мл 1 раз на добу, метоклопрамід 10 мг 3 рази на добу.

25 Завдяки застосованому консервативному лікуванню вдалось досягти стійкого гемостазу та створити передумови для загоєння дефекту. Рецидиву кровотечі не спостерігалось. На 4 добу в задовільному стані хворий виписаний на амбулаторне лікування.

30 Таким чином запропонована корисна модель дозволяє досягти надійного гемостазу, попередити розвиток рецидиву кровотечі та сприяти швидшому загоєнню дефектів при синдромі Меллорі-Вайсса шляхом усунення провокуючих факторів в сукупності з загальноприйнятою консервативною інфузійною, гемостатичною, антисекреторною терапією. Зважаючи на поширеність цієї патології серед працездатного населення, застосування цього способу дає великий економічний та соціальний сукупний ефект. Даний спосіб може бути використаний лікарями стаціонарних лікувальних закладів в лікуванні стравохідно-шлункового розривно-геморагічного синдрому.

35

ФОРМУЛА КОРИСНОЇ МОДЕЛІ

40 Спосіб лікування стравохідно-шлункового розривно-геморагічного синдрому (Синдрому Меллорі-Вайсса), що включає проведення стандартної інфузійної, гемостатичної, антисекреторної терапії, який **відрізняється** тим, що додатково в першу добу підшкірно болюсно вводять 0,05 мг октреотиду, потім внутрішньовенно крапельно 0,05 мг октреотиду, розчиненого у стерильному 0,9 % розчині натрію хлориду протягом 2 год. з одночасним введенням гепатопротектора Есслівер форте 10 мл внутрішньовенно струйно 1 раз на добу та введенням метоклопрамід 10 мг в/м 3 рази на добу.

45

Комп'ютерна верстка М. Шамоніна

Державна служба інтелектуальної власності України, вул. Василя Липківського, 45, м. Київ, МСП, 03680, Україна

ДП "Український інститут інтелектуальної власності", вул. Глазунова, 1, м. Київ – 42, 01601