

Винахід відноситься до медицини, зокрема до хірургії і може бути застосований для профілактики рецидиву кровотечі при синдромі Меллорі-Вейса.

В останнє десятиріччя спостерігається ріст числа хворих із синдромом Меллорі-Вейса, доля яких серед усіх шлунково-кишкових кровотеч досягає 22,63%. В 75-80% хворих виникненню розривів слизової передують багаторазове блювання (див. Андреева И. В., Виноградов А. А. «Синдром Меллорі-Вейсса как нозологическая единица в структуре острых желудочно-кишечных кровотечений». Укр. ж. малоінвазивної ендоскопії хірургії. - 2001, Vol. 5, №1, с.36-37).

Лікування хворих із синдромом Меллорі-Вейса направлено насамперед на зупинення кровотечі (див. Чухриенко Д.П., Березницький Я.С., Горобець Н.Л. «Лечение больных с желудочно-кишечными кровотечениями при синдроме Меллорі-Вейсса». Вестник хірург. им Грекова., - 1981, Т. 127, №11, с.19).

Кровотеча при синдромі Меллорі-Вейса в більшості випадків зупиняється спонтанно, проте у 20% хворих розвивається рецидив кровотечі (див. Jensen D.M., Kovacs T.O.G., Machicado G.A., Randall G.M., Sue M. CURE Hemostasis Research Unit. Prospective study of the stigmata of hemorrhage and endoscopic or medical treatment for bleeding Mallory Weiss tears [abstract]. Gastrointest Endosc 1992;38:225).

Відомо, що відмова від застосування методів ендоскопічного гемостазу і призводить до необхідності хірургічного лікування хворих, яка не виключає рецидиву кровотечі в ранньому післяопераційному періоді (див. Н. А. Курыгин, В. Н. Баранчук, В. Г. Манышев Лечение синдрома Меллорі-Вейсса эндоскопической диатермокоагуляцией. //Вестник хирургии. - 1991.- №9. - с.65).

Найбільш близьким до заявленого способу є спосіб профілактики рецидиву кровотечі, в якому через інструментальний канал ендоскопу вводиться зонд діатермокоагуляції, який підключений до електрохірургічного блоку. Зонд притискають до вогнища тромбованої судини і включають струм високої частоти. Тривалість безперервної діатермокоагуляції не повинна перевищувати 2-3 секунд, після чого оцінюється ефект впливу, а потім повторно проводиться діатермокоагуляція (див. кн. Панцырев Ю. М., Галлингер Ю. И "Оперативная эндоскопия желудочно-кишечного тракта". - М.: Медицина, 1984, с.72-73).

Однак, відомий спосіб не забезпечує стабільний гемостаз, супроводжується рецидивом кровотечі. При цьому погіршується стан хворого, а також збільшується імовірність несприятливого кінця лікування.

Перед авторами поставлена задача: знизити частоту рецидиву кровотечі при синдромі Меллорі-Вейса, уникнути оперативного лікування та скоротити строки перебування хворого в стаціонарі.

Поставлена задача вирішується тим, що в способі комплексного лікування хворих із синдромом Меллорі-Вейса, відповідно до винаходу, застосовується пролонгована тотальна внутрішньовенна анестезія, яка проводиться на протязі 6-24 годин в умовах відділення інтенсивної терапії після проведення ендоскопічної електрокоагуляції місця розриву слизової оболонки.

Завдяки тому, що в поданому винаході, в результаті тотальної внутрішньовенної анестезії повністю подавляється блювотний рефлекс, зникає травматизація слизової оболонки кардіального відділу, тобто, таким чином не розвивається рецидив кровотечі.

Спосіб комплексного лікування хворих із синдромом Меллорі-Вейса заключається в наступному: під час езофагогастродуоденоскопії (ЕГДС) шляхом активної водяної іригації виявляють розрив слизової оболонки кардіального відділу із продовжуючою кровотечею або стигматами (тромбована судина, згортки крові). В інструментальний канал ендоскопу вводять електрокоагулятор і виконують діатермокоагуляцію вогнища розриву слизової оболонки при продовжуючій кровотечі чи стигматі струмом високої частоти. Після закінчення ЕГДС хворого госпіталізують у відділення інтенсивної терапії, де проводять тотальну внутрішньовенну анестезію протягом 6-24 годин, подавляючи блювання та попереджуючи, таким чином, рецидив кровотечі.

Доказом ефективності даного способу, який був апробований в Київській міській клінічній лікарні швидкої медичної допомоги (КМКЛШМД) можуть бути наведені нижче приклади.

Приклад 1. Хворий У., 44 років, № історії хвороби 9650 поступив в хірургічне відділення №1 КМКЛШМД 3.04.03р. з попереднім діагнозом: шлунково-кишкова кровотеча. Через 1,5 години, з моменту госпіталізації в лікарню, виконана ЕГДС. Шляхом активної водяної іригації виявлено два розриви слизової оболонки кардіального відділу передньої та задньої стінки, довжиною 2 і 1,5см, із тромбованими судинами на дні. З метою профілактики рецидиву кровотечі виконано діатермокоагуляцію вогнища розриву слизової оболонки при продовжуючій кровотечі. Після чого хворого госпіталізували у відділення інтенсивної терапії, де проводили тотальну внутрішньовенну анестезію протягом 16 годин, подавляючи блювання. Ускладнень і рецидиву кровотечі не відмічено. Хворий виписаний на четверту добу, з моменту виконання втручання, в задовільному стані.

Приклад 2. Хворий К., 65 років, № історії хвороби 15926, поступив в хірургічне відділення №2 КМКЛШМД 31.05.03р. з діагнозом: шлунково-кишкова кровотеча. Через 2 години, з моменту госпіталізації, хворому виконана ЕГДС. Шляхом активної водяної іригації виявлені розриви кардіального відділу по передній та правій стінкам, довжиною 1,5 і 0,5 см, із фіксованими згустками крові в дні, а також грижу стравохідного відділу діафрагми. З метою профілактики рецидиву кровотечі виконано діатермокоагуляцію обох розривів. Після закінчення ЕГДС хворого госпіталізували у відділення інтенсивної терапії, де проводили тотальну внутрішньовенну анестезію протягом 12 годин, подавляючи блювання. Ускладнень і рецидиву кровотечі не відмічено. Хворий виписаний на третю добу, з моменту виконання втручання, в задовільному стані. Таким чином, запропонований спосіб комплексного лікування хворих з синдромом Меллорі-Вейса знижує частоту рецидиву кровотечі при синдромі Меллорі-Вейса, простий, ефективний та безпечний, так як дозволяє уникнути оперативного лікування та скорочує в 2 рази строки лікування хворого в стаціонарі.