



П. Д. Фомін¹, С. О. Опарін², О. О. Дядик³,
Я. П. Фелештинський³, Б. В. Сорокін³, Д. В. Луценко²

¹ Національний медичний університет імені О. О. Богомольця, Київ

² КЗ КОР «Київська обласна клінічна лікарня»

³ Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика, Київ

ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНО-КЛІНІЧНЕ ОБҐРУНТУВАННЯ ЛІКУВАННЯ ШЛУНКОВО-КИШКОВИХ КРОВОТЕЧ З ВИКОРИСТАННЯМ ЕНДОСКОПІЧНОЇ ВИСОКОЧАСТОТНОЇ ЗВАРЮВАЛЬНОЇ БІПОЛЯРНОЇ ЕЛЕКТРОКОАГУЛЯЦІЇ

Проблема лікування шлунково-кишкових кровотеч є актуальною, що зумовлено високою летальністю. Ендоскопічний гемостаз дає змогу знизити як загальну, так і післяопераційну летальність у 3—4 рази. Використовують такі ендоскопічні методи зупинки шлунково-кишкових кровотеч: хімічний, ін'єкційний, монополярна, аргоноплазмова, лазерна коагуляція, метод кліпування.

Мета роботи — експериментально та морфологічно обґрунтувати використання високочастотної зварювальної біполярної електрокоагуляції із застосуванням апарата ЕК-300М1 в ендоскопічному лікуванні шлунково-кишкових кровотеч і впровадити її в клінічну практику.

Матеріали і методи. На 10 свинях віком 5—7 років з масою тіла 85—100 кг проведено експериментальне дослідження нового способу локального гемостазу кровоточивих судин та ерозій (патент № 124885 від 25.04.2018 р. «Спосіб лікування хворих зі шлунково-кишковими кровотечами») з морфологічною верифікацією стану судини. Для високочастотної зварювальної біполярної коагуляції використовували два зонди, під'єднані до апарата ЕК-300 М1 у режимі перекриття: діаметром 2,2 мм (патент № 115147 від 10.04.2017 р.) з опуклим електродом (№ 1) та 3,2 мм (модифікований) з увігнутим електродом (№ 2).

Результати та обговорення. Встановлено, що для зупинки кровотечі із судин діаметром до 1 мм найефективнішим є застосування зонда № 1 з тривалістю експозиції 15 с, для судин діаметром понад 1 мм — використання зонда № 2 з тривалістю експозиції від 30 с.

Висновки. Високочастотна зварювальна біполярна електрокоагуляція має переваги над іншими методами ендоскопічної зупинки кровотеч і може бути рекомендована як метод вибору для лікування шлунково-кишкових кровотеч, який забезпечує стійкий та остаточний гемостаз.

■
Ключові слова: шлунково-кишкова кровотеча, зонд ендоскопічний, ендоскопічний гемостаз, патоморфологічне дослідження.

Проблема лікування шлунково-кишкових кровотеч є актуальною, що пов'язано з високою летальністю. За даними центру медичної статистики МОЗ України, за 2017 р. госпіталізовано 18 968 хворих, з них 35,56 % з пізньою госпіталізацією (пізніше 24 год). Загальна летальність в Україні становить 5,87 %, у м. Києві — 7,42 %, у Київській області — 4,27 %, післяопераційна летальність в Україні — 5,15 %, при госпіталізації пізніше 24 год — 7,86 %, у м. Києві — відповідно 3,33 та 6,32 %, у Київській області — 7,69 і 7,69 % [2]. Ендоскопічний гемостаз

дає змогу знизити як загальну, так і післяопераційну летальність у 3—4 рази [3].

Існує низка способів ендоскопічного гемостазу: хімічний (капрофер, ліфузол), ін'єкційний (адреналін 1:20, ремістип), термічні — монополярна коагуляція: діатермокоагуляція, гідродіатермокоагуляція, аргоноплазмова коагуляція, лазерна фотокоагуляція, механічні (кліпування та лігування). Прогноз рецидиву кровотечі тісно пов'язаний з використанням способу ендоскопічного гемостазу.