

рації; швидке, через 8–16 год, відновлення перистальтики; швидка реабілітація хворих.

Небезпеки лапароскопічних технологій у лікуванні ГТКН дещо перебільшені, при скрупульозному дотриманні правил лапароскопічної техніки з використанням методики Хассона для введення відеопорту ризику мінімальні. Застосування голки Вереша для накладання пневмоперитонеуму у хворих на ГСН небезпечно через можливість uszkodження кишки.

### Висновки

1. Лапароскопія і лапароскопічний адгезіолізис є високо ефективними методами діагностики та лікування гострої спайкової кишкової непрохідності.

2. Переваги лапароскопічного адгезіолізу — малоінвазивність, відсутність типових для лапаротомії ускладнень і швидка реабілітація хворих, що знижує вірогідність рецидиву спайкового процесу.

3. Рекомендуємо розпочинати лікування всіх випадків гострої кишкової непрохідності в

першій стадії розвитку патологічного процесу з діагностичної лапароскопії з подальшим вирішенням можливого лапароскопічного адгезіолізу.

### ЛІТЕРАТУРА

1. *Оптимізація комплексного лікування спайкової хвороби черевної порожнини* / Р. В. Бондарев, А. А. Орехов, А. Л. Чібіков, С. С. Саліванов // Харківська хірургічна школа. — 2013. — Т. 58, № 1. — С. 112.

2. *Применение противоспаечных средств в профилактике спаечной болезни живота* / С. А. Степанян, В. Т. Апонян, Р. Н. Месропян [и др.] // Вестник хирургии. — 2012. — № 3. — С. 45–49.

3. *Тищенко В. В.* Спайки брюшной полости, некоторые вопросы патогенеза, профилактики и лечения / В. В. Тищенко // Клінічна хірургія. — 2010. — № 7. — С. 32–36.

4. *Михин И. В.* Лечение болевых форм спаечной болезни брюшной полости лапароскопическим способом / И. В. Михин, А. Г. Бебуришвили, А. В. Гушул // Бюллетень Волгоградского научного центра РАМН. — 2010. — № 2. — С. 40–44.

5. *Пак В. Я.* Спайковый синдром черевини як хірургічна проблема / В. Я. Пак // Вісник СумДУ. Серія «Медицина». — 2012. — Т. 2. — С. 39.

6. *Чекмазов И. А.* Спаечная болезнь брюшины / И. А. Чекмазов. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. — 160 с.

7. *Середа Н. І.* Оптимізація тактики і лікування пацієнтів на спайкову хворобу черевини / Н. І. Середа // Вісник СумДУ. Серія «Медицина». — 2014. — Т. 2. — С. 8.

### REFERENCES

1. Bondarev R.V., Orekhov A.A., Chibikov A.L., Salivanov S.S. Optimization of complex treatment of adhesive disease abdomen. *Kharkivska khirurgichna shkola* 2013; 58: 112.

2. Stepanyan S.A., Aponyan V.T., Mesropyan R.N., Eyramdzhyan H.T. Application is anti-adhesive to prevent disease of the peritoneum. *Bulletin' khirurgii* 2012; 10: 45-49.

3. Tishchenko V.V. Abdominal adhesions, some questions of pathogenesis, prevention and treatment. *Klinichna khirurgia* 2010; 7: 32-36.

4. Mikhin I.V., Beburishvili A.G., Gushul A.V. Treatment of pain forms of adhesive disease abdomen laparoscopically. *Bulletin Volgogradskogo nauchnogo tsentra RAMN* 2010; 2: 40-44.

5. Pак V.Ya. Peritoneal adhesions syndrome as a surgical problem. *Visnyk SumDU. A series "Meditsina"* 2012; 2: 39.

6. Chekmazov I.A. Adhesive disease of the peritoneum. Moscow, GEOTAR-Media, 2008. 160 p.

7. Sereda N.I. Optimization tactics and treatment of patients with peritoneal adhesions illness. *Visnyk SumDU. A series "Meditsina"* 2014; 2: 8.

Надійшла 17.02.2015

УДК 616.149-008.341.1:347.440.32

Ю. В. Грубник, О. М. Загороднюк<sup>1</sup>, В. Ю. Грубник, В. А. Фоменко<sup>2</sup>, О. М. Юзвак

## РЕЗУЛЬТАТИ Й УСКЛАДНЕННЯ КОМПЛЕКСНОГО ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ЦИРОЗ ПЕЧІНКИ, УСКЛАДНЕНИЙ КРОВОТЕЧЕЮ, ІЗ ЗАСТОСУВАННЯМ МАЛОІНВАЗИВНИХ ТЕХНОЛОГІЙ

Одеський національний медичний університет, Одеса, Україна,

<sup>1</sup> Одеська обласна клінічна лікарня, Одеса, Україна,

<sup>2</sup> Одеський центр шлунково-кишкових кровотеч на базі Міської клінічної лікарні № 11, Одеса, Україна

УДК 616.149-008.341.1:347.440.32

Ю. В. Грубник, О. Н. Загороднюк<sup>1</sup>, В. Ю. Грубник, В. А. Фоменко<sup>2</sup>, А. Н. Юзвак  
РЕЗУЛЬТАТЫ И ОСЛОЖНЕНИЯ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ, ОСЛОЖНЕННЫМ КРОВОТЕЧЕНИЕМ, С ПРИМЕНЕНИЕМ МАЛОИНВАЗИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ

Одесский национальный медицинский университет, Одесса, Украина,

<sup>1</sup> Одесская областная клиническая больница, Одесса, Украина,

<sup>2</sup> Одесский центр желудочно-кишечных кровотечений на базе Городской клинической больницы № 11, Одесса, Украина

С 2010 по 2015 гг. под нашим наблюдением находились 360 больных циррозом печени. Из них 276 больным проводили эндоскопический гемостаз. После остановки кровотечения и стабилизации состояния больного в 72 случаях для профилактики рецидивов кровотечений вы-



полняли рентгенэндоваскулярную эмболизацию селезеночной артерии по модифицированной нами методике. В 60 случаях с целью профилактики рецидивов кровотечений проводили лапароскопические операции, которые заключаются в коагуляции и лигировании коротких вен и артерий желудка по большой кривизне желудка, а также 18 лапароскопических вертикальных резекций желудка при варикозно расширенных венах желудка. Эффективно остановить кровотечение нам удалось у 224 (81 %) больных.

Анализируя полученные результаты, следует отметить, что эндоскопический локальный гемостаз позволяет эффективно остановить кровотечение из варикозно расширенных вен пищевода и желудка, а рентгенэндоваскулярные и лапароскопические операции позволяют, кроме того, снизить вероятность возникновения рецидивов кровотечений и летальность в отдаленном периоде.

**Ключевые слова:** цирроз печени, портальная гипертензия, кровотечение из варикозно расширенных вен пищевода, лапароскопия, эндоскопия, эндоваскулярная хирургия.

UDC 616.149-008.341.1:347.440.32

Yu. V. Grubnik, O. M. Zagorodnyuk<sup>1</sup>, V. Yu. Grubnik, V. A. Fomenko<sup>2</sup>, O. M. Yuzvak

## RESULTS AND COMPLICATIONS OF COMPLEX TREATMENT OF PATIENTS WITH LIVER CYRROSIS COMPLICATED BY BLEEDING WITH THE USE OF MINIMALLY INVASIVE TECHNOLOGIES

*The Odessa National Medical University, Odessa, Ukraine,*

<sup>1</sup> *The Odessa Regional Hospital, Odessa, Ukraine,*

<sup>2</sup> *The Odessa center gastrointestinal bleeding based on City Clinical Hospital N 11, Odessa, Ukraine*

From 2010 to 2015, under our supervision there were 360 patients with liver cyrrhosis. After stopping the bleeding and stabilizing the patient's condition in 72 cases to prevent recurrent bleeding endovascular embolization splenic artery by our modified method was carried out. In 60 cases, in order to prevent recurrence of bleeding, we carried out laparoscopic operations — coagulation and ligation of the veins and arteries of the short gastric greater curvature of the stomach and also 18 laparoscopic vertical resections of fundus of the stomach. In 84 cases, after the use of conservative therapy to stop bleeding, we managed in 50 (59%) cases. Rebleeding was seen in 34 (41%) cases, mortality was 33 (19%) cases. We applied different methods of local endoscopic hemostasis in 276 cases. We managed effectively stop the bleeding in 224 (81%) cases. Mortality due to inefficiency of local hemostasis was observed in 52 (19%) patients. We had no mortality after performing operations of endovascular embolization. We also had no mortality after laparoscopic devascularization. Analyzing the obtained results we should note that local endoscopic hemostasis can effectively stop the bleeding from the varices of the esophagus and stomach, and endovascular and laparoscopic procedures allow in addition also reduce the accuracy of recurrence of bleeding and mortality in the long term period.

**Key words:** liver cyrrhosis, portal hypertension, bleeding from esophageal varices, laparoscopy, endoscopy, endovascular surgery.

Лікування ускладненої портальної гіпертензії є однією з найбільш актуальних, складних і не розв'язаних проблем хірургії. За останні десятиліття в усіх країнах світу відзначається зростання кількості захворювань на цироз печінки — найчастішої причини портальної гіпертензії. За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я, летальність від цирозу печінки посідає восьме місце серед захворювань травного тракту [4]. Багато авторів пов'язують ці несприятливі тенденції зі зростанням вживання алкоголю, збільшенням захворюваності на вірусний гепатит, підвищенням кількості споживаних ліків, недостатнім знанням багатьох питань патогенезу захворювань печінки. Найбільш тяжким і важко прогнозованим ускладненням портальної гіпертензії є кровотеча з варикозно розширених

вен стравоходу і шлунка. Ризик виникнення першої кровотечі у перші 2 роки після встановлення діагнозу становить 30 %, а летальність при першій кровотечі — 50 % [1; 2; 4].

Ще більш поганий прогноз для хворих, які раніше перенесли кровотечу.

Частота розвитку рецидивів геморагії становить 50–90 % [2]. Настільки високий ризик і низька виживаність визначають необхідність удосконалення тактики лікування при стравохідно-шлункових кровотечах портального ґенезу, яка повинна базуватися на знаннях патогенезу їх виникнення та диференційованому підході до лікування даної категорії хворих. Погана переносимість хворими на цироз печінки великих оперативних втручань завжди диктувала необхідність пошуку та вдосконалення малотравматичних методів лікування.

Один з найважливіших малоінвазивних напрямів лікування даної категорії хворих пов'язаний з ендоскопічними втручаннями. Лікувальна тактика при кровотечах портального ґенезу є неоднозначною і далекою від консенсусу. Летальність як при консервативному, так і при хірургічному лікуванні є високою і становить 17–45 % у стадії декомпенсації. Результати хірургічного лікування значною мірою залежать від функціонального стану печінки [4].

Наукові публікації багатьох авторів [5–9] показали, що ендоскопічні методики потрібно використовувати не тільки для припинення кровотечі, а також для профілактики можливих рецидивів кровотечі з вен стравоходу та шлунка.

Бурхливий розвиток лапароскопічних і рентгенендоваскулярної оперативних методик дозволяє сподіватися, що са-



ме лапароскопічні операції дозволять знайти «золоту середину» в оперативному лікуванні портальної гіпертензії та пов'язаних з нею ускладнень, тому що саме вони поєднують у собі малу травматичність і можливість впливати на головні ланки патогенезу цього синдрому. Також особливий інтерес становлять віддалені результати застосування цих малоінвазивних операцій.

**Метою** даної роботи було відстежити і проаналізувати віддалені результати оперативного лікування хворих з портальною гіпертензією, ускладненою стравохідно-шлунковими кровотечами, методами лапароскопічної деваскуляризації стравоходу і шлунка й рентгенендоваскулярної емболізації селезінкової та лівої шлункової артерій у різні терміни після операцій.

#### **Матеріали та методи дослідження**

З 2010 по 2015 рр. під нашим спостереженням перебували 360 хворих на цироз печінки, зумовлених гепатитом було 170 випадків, хворих на цироз алкогольної та іншої етіології — 190 осіб. Ступінь тяжкості циротичного процесу оцінювали за класифікацією Child-Pugh [8]. Зі стадією цирозу Child-Pugh A було 120 хворих, Child-Pugh B — 140 хворих, Child-Pugh C — 100 хворих. Кровотеча тяжкого ступеня виникла у 96 випадках, середнього — у 181, легкого — у 83.

Усіх хворих, які надходили до клініки, госпіталізовано у реанімаційне відділення, де їх стан стабілізувався. Після стабілізації стану хворим проводили ендоскопічне дослідження з подальшим ендоскопічним гемостазом. При профузній кровотечі завжди виникають значні труднощі щодо ендоскопічного гемостазу. Найбільш ефективним методом виявилось ендоскопічне лігування. Усім хворим, які надходили з кровотечею, про-

дилось ендоскопічне дослідження.

Принциповим моментом діагностичного етапу ендоскопії є диференційна діагностика шлункової або стравохідної кровотечі. Огляд хворих проводили з підведеним головним кінцем, який створює умови для переміщення крові у дистальну частину шлунка і полегшує огляд кардіального і субкардіального відділів шлунка при інверсії, а також сприяє вимиванню згустків крові зі стравоходу у шлунок. У деяких випадках ми використовували фіброгастроскоп з великим діаметром робочого каналу або гастроскоп з двома робочими каналами, що дозволяє більш ефективно видаляти кров і згустки при кровотечі. У 84 хворих проводили лише консервативну терапію, у 276 — ендоскопічний гемостаз. Для припинення кровотечі з варикозно розширених вен стравоходу ми використовували їх ендоскопічне лігування, склерозування та пломбування. Склерозування виконували голками фірми “Olympus” або голками власної конструкції. Як склерозант використовували тромбовар, 1 % розчин етоксисклеролу. Введення препарату виконували як інтравазально, так і паравазально. Ендоскопічне лігування проводили за методикою Stiegmann–Goff за допомогою лігатора фірми “Olympus” HX21L1 і “Cook”, а також модифікованого нами лігатора. Пломбування виконували з допомогою двопросвітної голки-інжектора. Використовували фібриновий клей “Immuno” (Австрія), а також приготівлений за методикою, розробленою в нашій клініці.

Із 276 хворих, яким проводили ендоскопічний гемостаз, 158 виконували ендоскопічне склерозування, 78 — ендоскопічне кліпування і лігування і 40 — ендоскопічне пломбування.

Після припинення кровотечі та стабілізації стану хворо-

го у 72 випадках для профілактики рецидивів кровотеч нами проводилася рентгенендоваскулярна емболізація селезінкової артерії за модифікованою нами методикою [3; 6; 7]. Емболізацію селезінкової артерії в усіх хворих виконували за методикою «хронічної емболізації», тобто послідовним введенням 30–40 емболів з поролону діаметром 2 мм з подальшим введенням конусоподібної спіралі типу Гіантурко з діаметром витків від 12 до 4 мм. У всіх випадках емболізацію виконували в початковому відділі на рівні відходження лівої шлункової артерії з перекриттям її просвіту. У 5 хворих через неможливість виконання оклюзії в початковому відділі внаслідок анатомічних особливостей емболізація селезінкової артерії у середній третині супроводжувалася селективною емболізацією лівої шлункової артерії 25–30 поролоновими емболами. Після виконання втручання катетер видаляли з артеріального русла, на місце пункції накладали пов'язку. Протягом доби пацієнти дотримувалися суворого постільного режиму й отримували консервативну та інфузійну терапію в умовах відділення реанімації та інтенсивної терапії. Усі пацієнти одержували антибіотики широкого спектра дії з профілактичною метою не менше 7 діб після втручання.

У 42 випадках з метою профілактики рецидивів кровотеч нами проводилися лапароскопічні операції, які полягають у коагуляції та лігуванні коротких вен і артерій шлунка по великій кривизні із застосуванням високочастотного коагулятора фірми “KLS Martin” з функцією «заварювання» судин. Потім виконували обов'язкове кліпування або лігування лівої шлункової артерії та вени. Видимі розширені вени кардіоезофагеального переходу прошивали і лігували. Усі хворі одержували курс гепатотропної та гемостатичної терапії (сандостатин





етамзилат, пітуїтрин, бета-блокатори, нітрати, блокатори протонної помпи, гепатопротектори).

У 18 хворих з кровотечею з варикозно розширених вен шлунка, зважаючи на неефективність ендоскопічного гемостазу, проведена лапароскопічна вертикальна резекція тіла і дна шлунка.

### Результати дослідження та їх обговорення

Із 84 хворих після проведення консервативної терапії припинення кровотечі ми досягли в 50 (59 %) випадках. Рецидив кровотечі спостерігали у 34 (41 %) хворих, летальність становила 33 (19 %) випадки.

Різні методики локального ендоскопічного гемостазу нами були застосовані у 276 випадках. Ефективно припинити кровотечу нам вдалося у 224 (81 %) хворих. Летальність, зважаючи на неефективність локального гемостазу, становила 52 (19 %) випадки.

Після ендоскопічного припинення кровотечі та стабілізації стану хворих для профілактики рецидиву нами у 42 випадках здійснена лапароскопічна деваскуляризація кардіального відділу шлунка й абдомінальної частини стравоходу. В 1 випадку нам знадобилося виконати конверсію — перехід на лапаротомію — у зв'язку з кровотечею під час деваскуляризації кардіального відділу шлунка. Кровотеча виникла у зв'язку з вираженою коагулопатією внаслідок декомпенсованої функції печінки. Спостерігалися такі ранні післяопераційні ускладнення: у 3 випадках — нагноєння троакарних проколів, в 1 випадку — піддіафрагмальний абсцес, який потребував подальшої пункції, дренажування та санації під УЗ-контролем, в 1 випадку — пневмонія. Після виконання лапароскопічної деваскуляризації летального кінця нами не зареєстровано.

У 74 пацієнтів, яким було виконано ендоскопічний ло-

кальний гемостаз, після стабілізації стану була проведена рентгенендоваскулярна часткова емболізація селезінкової та лівої шлункової артерій. Після виконання рентгенендоваскулярних операцій летального кінця не було. З-поміж місцевих ускладнень ми спостерігали лише невеликі підшкірні гематоми у ділянці пункції стегнової артерії у 32 хворих. У 5 пацієнтів, яким емболізація була виконана за типом гострої оклюзії, спостерігався виражений больовий синдром, що потребував неодноразового застосування наркотичних анагетиків. У периферичній крові цих хворих розвинулася картина поліцитемії, характерна для спленектомії: різке підвищення рівня тромбоцитів (до  $300 \cdot 10^9$ ) з подальшою зміною показників здатності згущуватися, еритроцитів до  $14 \cdot 10^{12}$ , гіперкоагуляція. У зв'язку з різкою зміною портальної гемодинаміки у 3 із 5 цих хворих (2 — зі стадією С і 1 — зі стадією В) розвинулася повторна кровотеча з варикозно розширених вен стравоходу і кардіального відділу шлунка у першу добу або наступного дня після втручання. У всіх трьох випадках кровотеча була припинена повторним ендоскопічним лігуванням і консервативними заходами. Протягом двох тижнів після втручання у хворих тривала гарячка (від 37,5 до 39 °С).

У 162 хворих протягом 3 років нами простежені віддалені результати після лише ендоскопічного гемостазу, а також ендоскопічного гемостазу з подальшим виконанням лапароскопічних і рентгенендоваскулярних операцій. Усіх хворих було розділено на три групи.

У першій групі простежили результати 40 хворих, яким проводилася рентгенендоваскулярна емболізація селезінкової та лівої шлункової артерій. Із них померли 5 хворих у різні терміни після операції: внаслідок прогресування печінкової недостатності — 3 хво-

рих і від кровотечі — 2 хворих.

У другій групі протягом 3 років нами простежена доля 26 хворих, яким виконувалися лапароскопічні операції — деваскуляризація кардіального відділу шлунка й абдомінальної частини стравоходу, а також 12 хворих, яким проведена вертикальна резекція шлунка при варикозно розширених венах шлунка. У цій групі через 1,5 роки після операції померли 1 хворий від печінкової недостатності та 1 хворий — після рецидиву кровотечі з варикозно розширених вен кардії.

У третій групі відслідковані результати протягом 3 років у 84 хворих, яким проводили лише ендоскопічний гемостаз і консервативну терапію. Рецидиви кровотеч спостерігалися у 37 хворих, 21 з яких помер від кровотечі та прогресування печінкової недостатності.

Аналізуючи отримані результати, слід зазначити, що ендоскопічний локальний гемостаз дозволяє ефективно припинити кровотечу з варикозно розширених вен стравоходу і шлунка, а рентгенендоваскулярні та лапароскопічні операції дозволяють, крім того, ще й знизити ймовірність виникнення рецидивів кровотеч і летальність у віддаленому періоді.

### Висновки

1. Ендоскопічний локальний гемостаз є ефективним методом, що дозволяє припинити кровотечу з варикозно розширених вен стравоходу у хворих на цироз печінки та знизити летальність майже вдвічі.

2. Найбільш ефективним методом локального гемостазу є ендоскопічне лігування і кліпування варикозно розширених вен у хворих на цироз печінки.

3. Рентгенендоваскулярна емболізація селезінкової артерії, а також лапароскопічна деваскуляризація кардіального відділу шлунка й абдомінального відділу стравоходу, а та-



кож лапароскопічна вертикальна резекція шлунка дозволяють значно знизити частоту рецидивів кровотеч і летальність у віддаленому періоді.

#### ЛІТЕРАТУРА

1. Майер К. П. Гепатит и последствия гепатита / К. П. Майер. – М. : ГЭОТАР, 2004. – 720 с.
2. Борисов А. Е. Сравнительный анализ результатов лечения больных с острым пищеводно-желудочным кровотечением: роль эндоскопических технологий / А. Е. Борисов, В. А. Кащенко // Вестник хирургии. – 2003. – Т. 162, № 3. – С. 88–90.
3. Дундаров З. А. Оперативные методы профилактики и лечения кровотечений из ВРВПЖ при циррозе печени / З. А. Дундаров // Анналы хирургии и гепатологии. – 2005. – Т. 10, № 2. – С. 76.
4. Ерамишанцев А. К. Эволюция хирургического лечения кровотечений из варикозно-расширенных вен пищевода и желудка : 50 лекций по хирургии / А. К. Ерамишанцев ; под ред. В. С. Савельева. – М. : Изд. дом «Медиа, Медика», 2003. – С. 261–267.
5. Colombo M. Natural history of hepatitis C / M. Colombo // 2nd Hepatology and gastroenterology postgraduate course. – 2009. – P. 116–120.
6. *Можливості використання шкали MELD в прогнозуванні тривалості*

життя у хворих на цироз печінки з гепаторенальним синдромом / В. І. Русин, Є. С. Сірчак, Х. В. Футько, В. В. Авдеев // Український журнал хірургії. – 2010. – № 1. – С. 14–17.

7. *Зміни судин головного мозку у хворих на цироз печінки з проявами печінкової енцефалопатії* / В. І. Русин, Є. С. Сірчак, О. І. Петричко, М. М. Івачевський // Український журнал хірургії. – 2011. – № 1 (10). – С. 77–83.

8. *Тактика лікування хворих на цироз печінки з кровотечею з варикозно-розширених вен стравоходу, шлунка в поєднанні з іншими ускладненнями портальної гіпертензії з застосуванням лапароскопічної техніки* / М. І. Тутченко, Д. В. Рудик // Український журнал хірургії. – 2012. – № 3 (18). – С. 15–20.

9. *Impact of Posttransplant Portosystemic Shunts on Liver Transplantation* / Yukihiro Sanada, Koichi Mizuta, Taizen Urahashi [et al.] // World J Surg. – 2012. – Vol. 36, N 10. – P. 2449–2454.

#### REFERENCES

1. Mayer K.P. Hepatitis and effects of hepatitis. Moscow, GEOTAR, 2004. 720 p.
2. Borisov A.E., Kashchenko V.A. Comparative analysis of the results of treatment of patients with acute esophageal-gastric bleeding: the role of endoscopic technologies. *Vestnik khirurgii* 2003; 162 (3): 88-90.
3. Dundarov Z.A. Operational methods of prevention and treatment of

variceal bleeding of stomach and esophagus in cirrhosis. *Annaly khirurgii i gepatologii* 2005; 10 (2): 76.

4. Eramishantsev A.K., Savelyev B.C. (ed.) Evolution of surgical treatment of bleeding varices of the esophagus and stomach. *50 lektsiy po khirurgii*. Moscow, izdatelskiy dom "Media, Medika", 2003, p. 261-267.

5. Colombo M. Natural history of hepatitis C. 2nd Hepatology and gastroenterology postgraduate course, 2009, p. 116-120.

6. Rusin V.I., Sirchak Ye.S., Futko H.V., Avdeev V.V. Feasibility scale MELD in predicting life expectancy in patients with cirrhosis of hepatorenal syndrome. *Ukrainskiy zhurnal khirurgii* 2010; 1: 14-17.

7. Rusin V.I., Sirchak E.S., Petrichko O.I., Ivachevskiy M.M. Changes in brain vessels in patients with cirrhosis with manifestations of hepatic encephalopathy. *Ukrainskiy zhurnal khirurgii* 2011; 1 (10): 77-83.

8. Tutchenko M.I., Rudik D.V. The therapeutic approach to cirrhosis with bleeding from varices of the esophagus, stomach, coupled with other complications of portal hypertension using laparoscopic techniques. *Ukrainskiy zhurnal khirurgii* 2012; 3 (18): 15-20.

9. Yukihiro Sanada, Koichi Mizuta, Taizen Urahashi, Taiichi Wakiya, Yoshiyuki Ihara, Noriki Okada, Naoya Yamada, Manabu Nakata, Yoshikazu Yasuda Impact of Posttransplant Portosystemic Shunts on Liver Transplantation. *World J Surg* 2012; 36 (10): 2449-2454.

Надійшла 26.02.2015

Передплачуйте  
і читайте



## ОДЕСЬКИЙ МЕДИЧНИЙ ЖУРНАЛ

Передплата приймається у будь-якому передплатному пункті

Передплатний індекс 48717

У випусках журналу:

- ◆ Теорія і експеримент
- ◆ Клінічна практика
- ◆ Профілактика, реабілітація, валеологія
- ◆ Новітні технології
- ◆ Огляди, рецензії, дискусії

