

вірно ( $p < 0.01$ ) менша після лапароскопічної герніопластики, ніж після відкритої. Після лапароскопічних втручань не було рецидиву гриж, у той час як після відкритих операцій частота рецидивів складала 10,8%.

### Висновки

Використання нових методів лапароскопічної пластики призводить до зменшення кількості післяопераційних ускладнень, зниження больового синдрому, рецидиву гриж. Виявлені позитивні результати впродовж 30 місяців спостереження за хворими. Метод герніорафії є травматичним. Лапароскопічні операції забезпечують надійну пластику грижового дефекту.

### Література

1. Современные методы лечения брюшных грыж / Грубник В.В., Лосев А.А., Баязитов Н.Р., Парфентьев Р.С. – К.: Здоров'я, 2001. – 280 с.
2. Amid PK (2003) The Lichtenstein repair in 2002: an overview of causes of recurrence after Lichtenstein tension-free hernioplasty. *Hernia* 7:13–16.
3. Bittner R., Gmahle E., Gmahle B., Schwarz J., Kehlet H (2010) Lightweight mesh and noninvasive fixation: an effective concept for prevention of chronic pain with laparoscopic repair (TAPP) *Surg Endosc* 24: 2958–2964.
4. Elsebae MM, Nasr M, Said M (2008) Tension-free repair versus Bassini technique for strangulated inguinal hernia: a controlled randomized study. *Int J Surg* 6:302–305.
5. Keidar A., Kanitkar S., Szold A. (2002) Laparoscopic repair of recurrent inguinal hernia *Surg Endosc* 16: 1708–1712.
6. Kurzer M, Belsham PA, Kark AE (2002) Prospective study of open preperitoneal mesh repair for recurrent inguinal hernia. *Br J Surg* 89:90–3.
7. Loviseto F., Zonta S., Rota E., Bottero L., Faillace G., Turra G., Fantini A., Longoni M (2006) Laparoscopic transabdominal preperitoneal (TAPP) hernia repair: surgical phases and complications *Surg Endosc* 21:

УДК 616.149-008.341.1:347.440.32

*Грубнік Ю.В., Фоменко В.А., Московченко І.В., Грубнік Ю.В., Крижанівський В.В., Кравченко О.І.*

### Лапароскопічні операції в лікуванні кровотеч у хворих із цирозом печінки

Кафедра хірургії №3, Одеський національний медичний університет  
КУ «МКЛ №11» м.Одеса

**Резюме.** Проліковано 360 хворих, госпіталізованих з приводу кровотечі з варикозно-розширених вен стравоходу на фоні цирозу печінки. Доказано, що ендоскопічний локальний гемостаз є ефективним методом зупинки у даній категорії хворих, знижує летальність у 2 рази. Лапароскопічна деваскуляризація кардіального відділу шлунку та стравоходу дає змогу попередити рецидив кровотечі та запобігти летальності у віддаленому періоді.

**Ключові слова:** цироз печінки, ендоскопічний гемостаз, лапароскопічні операції, кровотеча.

### Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень.

Лікування портальної гіпертензії та її ускладнень є однією з найбільш актуальних, складних і невирішених проблем сучасної медицини. Приблизно в 75–85% причиною портальної гіпертензії є цироз печінки [1,2,4,6,7]. Циротичний процес в печінці викликає 2 основних симптоми – печінкову недостатність і портальну гіпертензію. Кровотеча з варикозних вен стравоходу і шлунку є найбільш частою (80%) причиною смерті при синдромі портальної гіпертензії [1,2,3,5,6,7,8]. На сьогоднішній день, лікування синдрому портальної гіпертензії зводиться в основному до ендоскопічного гемостазу кровотеч з варикозно-розширених вен стравоходу і шлунку та консервативної терапії, який не запобігає повторним епізодам кровотеч.

**Мета:** розробити і модифікувати малоінвазивні операції для профілактики кровотеч з вен стравоходу і кардіального відділу шлунку, зумовлених портальною гіпертензією.

### Матеріал і методи дослідження

З 2006 по 2012 рік в Одеському міському центрі кишково-шлунко-

646 – 652.

8. Vironen J, Nieminen J, Eklund A, Paavolainen P (2006) Randomized clinical trial of Lichtenstein patch or Prolene Hernia System for inguinal hernia repair. *Br J Surg* 93:33–39.

*Грубнік В.В., Черномаз Р.В., Воротынцева К.А.*

### Лечение рецидивирующих паховых грыж при помощи новых методов герниопластики

Проведено лечение 94 пациентов с рецидивирующими паховыми грыжами. Больные были прооперированы при помощи лапароскопических методов герниопластики (1 я группа), и операции Лихтенштейна (2я группа). Выявлено, что в техническом плане лапароскопическая пластика менее сложная и травматична чем открытая операция.

**Ключевые слова:** рецидивирующие паховые грыжи, лапароскопическая герниопластика, сетчатые трансплантаты

*Grubnik V.V., Chernomaz R.V., Vorotyntseva K.O.*

### Advanced laparoscopic techniques in the treatment of recurrent inguinal hernias

**Summary:** Recurrence rate after operations for recurrent inguinal hernia range from 8 to 34%. All 94 patients were divided into two groups, first group of patients was operated using laparoscopic hernia repair, and the second group of patients were operated using the Lichtenstein operation. In group I, the hernia repair were done using two types of meshes, conventional polypropylene mesh and polypropylene mesh with new nitinol framework. In group II, hernia repair was made by modified Lichtenstein technique. The number of postoperative complications was rather less in the first group of patients. Thus, laparoscopic hernia repair provide a solid plastic hernia defect.

**Key words:** recurrent inguinal hernia, laparoscopic hernioplasty, mesh.

Надійшла 25.06.2012 року.

вих кровотеч лікувалося 360 хворих, госпіталізованих з приводу варикозно-розширених вен стравоходу та кардіального відділу шлунку, зумовлених портальною гіпертензією. Причинами портальної гіпертензії були: алкогольний цироз – 183 хворих, постнекротичний цироз при хронічному вірусному гепатиті В і С – 170 хворих, стеатогепатоз – 5 хворих, ідіопатичний цироз – 2 хворих. Важкість цирозу і ризик розвитку кровотечі оцінювали за класифікацією Child-Pugh. З 360 спостережуваних нами хворих 120 хворих були із стадією цирозу Child A, 140 хворих – Child B, Child C – 100. Тривалість захворювання до 5 років – у 170 хворих, більше 5 років – у 190 хворих. Під час госпіталізації до клініки проводилася комплексна гемостатична і гепатотропна терапія. У 84 хворих для зупинки кровотечі на фоні консервативної терапії застосовувався зонд Блекмора. У 276 хворих були використані для зупинки кровотеч ендоскопічні локальні втручання. У 84 хворих виконано лікування варикозних вузлів спеціальними гумовими кільцями. У 40 випадках виконано ендоскопічне пломбування, у 152 хворих було виконано ендоскопічне склерозування варикозних вен стравоходу комбінованим (інтра- і паравазальним) способом з використанням склерозантів (тромбовар, етоксисклерол). Всі хворі отримували курс гепатотропної і гемостатичної терапії, що включає (сандостатин, етамзілап, піпутьрін, бета-блокатори, блокатори протонної помпи, H<sub>2</sub>-гістаміноблокатори, сечогінні, гепатопротектори).

Після зупинки кровотечі нами прооперовано 52 хворих з портальною гіпертензією та цирозом печінки. Виконувався розтин очеревини над стравоходом, мобілізація абдомінального відділу стравоходу. За допомогою багатофункціонального високочастотного коагулятора “Maximum” фірми KLS Martin (Німеччина) з функцією “заварювання” судин проводили коагуляцію і пересічення всіх коротких судин шлунку, які йдуть від великої кривизни до селезінки. Потім проводили обов'язкове кліпування лівої шлункової артерії і вени. Видимі розширені вени кардіоезофагеального переходу прошивалися і лікувалися. За

наявності гриж проводили крурорафію і фундоплекцію по Нісену.

### Результати дослідження та їх обговорення

384 пацієнтів, яким проводилася консервативна терапія, ми спостерігали зупинку кровотечі у 50 хворих (59%), рецидив кровотечі у 34 (41%) при летальності 33 хворих (19%). Методики локального ендоскопічного гемостазу ми застосовували у 276 хворих. Ефективно зупинити кровотечу нам вдалося у 224 (81%) хворих. Летальність від неефективного локального гемостазу була у 52 (19%) хворих. Після ендоскопічних втручань у 52 хворих ми виконали лапароскопічну деваскуляризацію кардіального відділу шлунку та абдомінальної частини стравоходу.

У ранньому післяопераційному періоді у переважної більшості хворих ускладнень не було. Підвищення температури тіла до 38,5 С спостерігалось у 6 хворих. Нормалізація температури настала самостійно на 4 - 7 добу. Через 2 - 3 міс. проводилося комплексне обстеження хворих: рентгеноконтрастне дослідження шлунку, УЗД органів черевної порожнини, ЕГДФС, загальний аналіз крові, контроль печінкових проб. За даними фіброскопії, у всіх хворих значно зменшилися, або зникли варикозні венозні вузли стравоходу і шлунку. Рецидивів кровотечі не спостерігалось. При аналізі лабораторних показників спостерігалася нормалізація кількості тромбоцитів.

Через 6 - 36 місяців практично у всіх хворих спостерігалось поліпшення функції печінки. Рецидивів кровотечі не було ні в одному випадку. Проте в 4 хворих з'явилися поодинокі варикозно збільшені стовпи вен в стравоході, які ендоскопічно лікували в плановому порядку.

Подібні результати отримали і японські автори, які проводили деваскуляризацію шлунку і стравоходу [7,9].

Необхідно відзначити, що ці лапароскопічні операції слід виконувати на ранніх стадіях розвитку цирозу печінки для профілактики стравохідно-шлункових кровотеч портального генезу. Ці операції можна поєднувати із ендоскопічним втручанням власне на варикозно-розширених венах стравоходу і шлунку. Як й інші симптоматичні операції, вони впливають на протікання циротичних процесів в самій печінці, при цьому вони попереджують саму варикозну трансформацію вен стравоходу і шлунку, що і є основним патогенетичним чинником розвитку кровотечі.

### Висновки

Ендоскопічний локальний гемостаз є ефективним методом зупинки кровотеч з варикозно-розширених вен стравоходу у хворих з цирозом печінки, знижує летальність у 2 рази.

Лапароскопічна деваскуляризація кардіального відділу шлунку та стравоходу дає змогу попередити рецидив кровотечі та запобігти летальності у віддаленому періоді.

*Гупало Ю.М., Швед О.Є., Лазаренко О.М., Шамрай-Сас А.В., Наболотний О.І.*

### Вибір хірургічної тактики у хворих із дворівневим оклюзійно-стенотичним ураженням артерій нижніх кінцівок на основі гемодинамічних показників

Державна наукова установа «Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини» ДУС Київ

**Резюме.** На основі обстеження 67 хворих на цукровий діабет, яким виконані реконструктивні операції на артеріях нижньої кінцівки, визначено тип кровотоку по артеріях притоку та відтоку. Визначено, що частота виникнення тромбозу після шунтування в більшій мірі залежить від наявності високорезистентного типу кровотоку в периферичних артеріях. При ньому в підколінній артерії проксимальну реконструкцію слід доповнити дистальним шунтуванням, або накладанням артеріовенозного анастомозу.

**Ключові слова:** артеріографія, оклюзійно-стенотичні захворювання судин, оперативне лікування.

### Література

1. Братусь В. Д. Дифференціальна діагностика і лічення острих желудочно-кишкових кровотечень. – К.: Здоров'я, 1991. – с.213-250
2. Борисов А. Е., Кузьмин-Крутецкий М. И., Кашенко В. А., Васюкова Е. Л., Распереза Д. В. Кровотечения портального генеза. – СПб.: НИИ СПбГУ ООП 2001. – с. 26-38
3. Дроздова А. С. Кровотечения из варикозно-расширенных вен пищевода и желудка: обзор // Международные медицинские обзоры. – 1994. - №5. – с. 326-329.
4. Abralde JG, Angermayr B, Bosch J. The management of portal hypertension. Clin Liver Dis. - №9. – 2005.- p. 685-713
5. Corley DA, Cello JP, Adkisson W. et al: Octreotide for acute esophageal variceal bleeding: A meta-analysis. Gastroenterology, №120. - 2001. – p. 946-954.
6. Peura DA, Lanza FL, Gostout CJ, et al: The American College of Gastroenterology Bleeding Registry: Preliminary findings. Am J Gastroenterol. - № 92, 1997, p.924-928.
7. Portal Hypertension: Pathobiology, Evaluation, and Treatment, edited by Arun J. Sanyal and Vijay H. Shah, Humana Press, Totowa, New Jersey, 2005 p. 167-283.
8. Rokey DC: Gastrointestinal bleeding. Gastroenterol Clin North Am. № 34, - 2005. – p. 581-588.
9. Sugiura M, Futagawa S. Esophageal transection with paraesophageal devascularizations (the Sugiura procedure) in the treatment of esophageal varices. World J Surg 1984;8:673-679

*Грубник Ю.В., Фоменко В.А., Московченко И.В., Грубник Ю.В., Крыжановский В.В., Кравченко А.И.*

### Лапароскопические операции в лечении кровотечений у больных с циррозом печени

**Резюме.** Пролечено 360 больных, госпитализированных по поводу кровотечений из варикозно-расширенных вен пищевода на фоне цирроза печени. Доказано, что эндоскопический локальный гемостаз является эффективным методом остановки кровотечения у данной категории больных, снижает летальность в 2 раза. Лапароскопическая деваскуляризация кардиального отдела желудка и пищевода позволяет предупредить рецидив кровотечения и предотвращения летальности в отдаленном периоде.

**Ключевые слова:** цирроз печени, эндоскопический гемостаз, лапароскопические операции, кровотечение.

*Grubnik Y.V., Fomenko V.A., Moskovchenko I.V., Grubnik Y.V., Krizhanovsky V.V., Kravchenko A.I.*

### Laparoscopic Operation in Patients with Cirrhosis and Bleeding

**Summary:** We cured 360 patients with cirrhosis and bleeding. In 84 patients we used only conservative therapy. Endoscopic local hemostasis are effective method to stop the bleeding from vein of esophagus in patients with cirrhosis. Laparoscopic operation of devascularization of cardiac part of stomach and abdominal part of esophagus effectively prevent the rebleeding.

**Key word:** Cirrhosis, endoscopic, hemostasis, laparoscopic operation, bleeding.

Надійшла 25.06.2012 року.