

отмечалась слабо выраженная лимфогистиоцитарная инфильтрация, имевшая место у 3 (60%) лабораторных животных группы 1 и у 5 (100%) лабораторных животных группы 3.

При патогистологическом исследовании БДС структура последнего была не изменена у всех 5 (100%) лабораторных животных группы 1 и у 3 (60%) кроликов группы 3. У 2 (40%) животных группы 3 отмечена очаговая десквамация слизистой оболочки БДС без лимфогистиоцитарной инфильтрации и склеротических изменений.

Заключение. Таким образом, наружное дренирование ОЖП приводит к выраженным воспалительным изменениям в желчевыводящей системе в отличие от применения «глухого» прецизионного шва холедохотомического отверстия без дренирования и в сочетании с транспапиллярным дренированием скрытым дренажом. Схожесть микроскопических и патогистологических результатов исследования у животных группы 1 и группы 3 свидетельствовала о том, что скрытый дренаж холедоха не вызывает развития более выраженных воспалительных изменений в билиарной системе по сравнению с «глухим» прецизионным швом без дренирования и может быть использован в клинической практике.

Zhandarov K.N., Belyuk K.S., Kravets E.S., Olechnovich P.Z.
**EXPERIMENTAL EVALUATION OF INFLAMMATORY
PROCESS EXPRESSION IN THE BILIARY SISTEM**

*Grodno State Medical University, Grodno Regional Hospital,
Grodno, Belarus*

Influence of different variants of choledochotomy incision closure on inflammatory process expression of biliary system has been studied in the experiment on 15 adult rabbits. Inflammatory process expression of biliary system was estimated by microscopical and patogistological methods of exploration. The experiment results showed that external drainage of common bile duct led to more expressive inflammatory process of biliary system in comparison with precision suture of choledochotomy incision without drainage and with using hidden drainage of common bile duct.

Жумагалиева Г.Д., Мамырбаева М.А.

**ЦИРРОЗ ПЕЧЕНИ – ИСХОД АНГИОМАТОЗА
ВОРОТНОЙ ВЕНЫ**

*Западно-Казахстанский государственный медицинский университет
имени Марата Оспанова, Актобе, Республика Казахстан*

Актуальность. Циррозы печени (ЦП), редко встречающиеся у детей, являются тяжело протекающей патологией. Частой причиной

возникновения ЦП считаются вирусы гепатита В, С, D, G. В то же время к фиброзу и трансформации органа с образованием структурно-аномальных узлов-регенератов приводят наследственные болезни обмена веществ, аутоиммунные заболевания печени, поражения желчевыводящих путей, а также сосудистые поражения печени, такие как ангиоматоз. Ангиоматоз (angiomatosis; греч.– сосуд и – опухоль) – редкая и малоизученная форма пролиферации кровеносных сосудов разного калибра, сопровождается нарушениями функции внутренних органов в зависимости от топики разрастания сосудов. Спектр клинических проявлений заболевания может быть весьма разнообразен и зависит от степени и характера вовлеченных в процесс органов. Патологические изменения без лечения с возрастом усиливаются. Популяционная частота ангиоматозов в разных странах колеблется от 1:3500 до 1:100000. Врожденная аномалия развития воротной вены сопровождается ее ангиоматозной трансформацией. Прогноз зависит от локализации и размеров очага.

Цель – представить случай врожденного ангиоматоза ствола и ветвей воротной вены, в результате которого развился фиброз печени.

Результаты. Пациентка Б.О., 16 лет, от I беременности, I срочных родов, 3500,0, ростом 52 см, от матери с эндокринной патологией (ожирением 2 степени, эндемическим зобом). С 3-месячного возраста до 5 лет наблюдался дисбактериоз, сопровождавшийся периодически диареей, а также часто болела простудными заболеваниями.

Впервые обратились с симптомами выраженной интоксикации в возрасте 7 лет (в октябре 2003 г.), наблюдались слабость, выраженные симптомы интоксикации, отмечалась спленомегалия, субэктеричность кожи. Поставлена на учет гематологом с диагнозом: гемолитическая анемия Минковского-Шоффара лёгкой степени.

С целью полного обследования находилась на стационарном лечении в январе 2004 г. в гематологическом отделении ОДКБ г. Оренбурга, где был впервые выставлен диагноз: портальная гипертензия с внепеченочным блоком, варикозное расширение вен пищевода 1 степени; диффузный зоб 1 степени; эутиреоз.

В сентябре была консультирована в г. Москве в детской больнице Святого Владимира, где установлен диагноз врождённого фиброхолангиокистоза печени (врожденный фиброз); внутрипеченочная форма портальной гипертензии; расширение вен пищевода 1 степени; спленомегалия. В связи с нарастанием портальной гипертензии с гиперспленизмом и фиброзированием печени в ноябре этого года проведена операция спленэктомии с созданием спленоренального анастомоза «бок в бок». Одновременно уточнен диагноз ангиоматоза ствола и ветвей воротной вены. Послеоперационный период протекал без осложнений. Выявленная врожденная патология привела к фиброзу печени. В мае 2006 г. при обследовании в НИЦ здоровья детей РАМН, г. Москве уточнен диагноз: врожденный фиброз печени за счет ангиоматоза

ствола и ветвей воротной вены, нарушение портального и общего печеночного кровообращения. Состояние после спленэктомии и спленоренального анастомоза.

В период с 2005 по 2010 гг. неоднократно осмотрена ведущими специалистами НЦ педиатрии и детской хирургии МЗРК г. Алматы, НЦ материнства и детства г. Астана с заключением, что данных за портальную гипертензию нет. Однако в 2011-2012 гг. сохранялись периодические боли в животе, слабость и снижение аппетита. При осмотре выявлены васкуляриты, капилляриты, элементы усиленной пигментации (нарушение пигментного обмена) на бледном фоне кожных покровов. Умеренная болезненность в правом подреберье сочетается с умеренной гепатомегалией +1,5-2.0 см, плотноватой консистенции, с тупым краем, гладкой поверхностью.

В 2011 г. при УЗИ органов брюшной полости выявлено повышение индекса первого сегмента на 45%, что указывало на увеличение левой доли печени, по-видимому, носящее компенсаторный характер. Эхогенность паренхимы печени повышена, визуализировались уплотнение ветвей воротной вены, ангиоматоз ствола и ветвей воротной вены, диффузные изменения в паренхиме печени.

Заключение УЗИ портальной системы от 18 мая 2012 г.: диффузные изменения в паренхиме печени по типу цирроза; диффузные изменения поджелудочной железы; состояние после спленэктомии; дилатация селезеночной вены в проксимальном отделе; признаки портальной гипертензии; умеренный гидрокалиоз левой почки.

Заключение КТ абдоминального сегмента с внутривенным контрастированием от 22 мая 2012 г.: признаки хронического холецистита, дилатации ренальных вен.

В настоящее время подросток постоянно наблюдается и получает лечение. Рекомендована пересадка печени.

Заключение. В данном случае, несмотря на операцию, развился фиброз печени с дальнейшим прогрессированием в цирроз печени без видимых признаков портальной гипертензии, но выявленных с помощью УЗИ портальной системы. Это связано с поражением печени вследствие сброса крови из печеночных артерий через артериовенозные шунты в бассейн портальной вены. При исследовании крови и коагулограммы обычно каких-либо специфических изменений не выявляют. Возможна постгеморрагическая анемия. При ангиоматозе воротной вены печени с учетом спленоренального анастомоза прогноз благоприятный. В дальнейшем при прогрессировании болезни в виде желудочно-кишечных кровотечений целесообразно иссечение ангиомы. Своевременная диагностика ведет к ликвидации последствий.

Zhumagaliyeva G.D., Mamyrbayeva M.A.
**LIVER CIRRHOSIS – EXODUS ANGIOMATOSIS OF PORTAL
VEIN**

West Kazakhstan M. Ospanov State Medical University, Aktobe city, Kazakhstan

A 16-year-old teenage patient with congenital angiomatosis of the trunk and branches of the portal vein was examined. At the age of 7 years the patient underwent splenectomy with "side-to-side" splenorenal anastomosis creation. Congenital hepatic fibrosis progressed to cirrhosis of the liver with portal hypertension, diagnosed by ultrasonography of the portal system.

Завада Н.В., Часнойть А.Ч.

**МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ И МОРФОМЕТРИЧЕСКИЕ
ОСОБЕННОСТИ ДЕЙСТВИЯ ЭЛЕКТРОХИРУРГИЧЕСКОЙ,
УЛЬТРАЗВУКОВОЙ И РАДИОВОЛНОВОЙ КОАГУЛЯЦИИ
НА ТКАНЬ ПЕЧЕНИ**

*ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования»,
Минск, Беларусь*

Актуальность. Надежный интраоперационный гемостаз при диссекции тканей является основным условием качественного выполнения эндовидеохирургических оперативных вмешательств на печени и желчевыводящих путях. Несмотря на успехи в гепатобилиарной хирургии, до настоящего времени продолжает существовать ряд нерешенных проблем. Малоизученными являются эффективность и последствия применения физических способов рассечения тканей и гемостаза в малоинвазивной хирургии. Результаты, полученные при использовании различных физических методов, достаточно противоречивы. Незначительно количество исследований по оценке степени операционной травмы ткани печени при применении различных способов гемостаза при выполнении эндовидеохирургических оперативных вмешательств на печени и желчевыводящих путях.

Цель – провести сравнительную морфологическую и морфометрическую оценку глубины и характера поражения печеночной ткани при использовании ультразвукового, радиоволнового и электрохирургического генераторов в эксперименте на лабораторных животных.

Материал и методы. Исследования проводились на 47 половозрелых кроликах и включали острые и хронические опыты. Разработана экспериментальная модель по выполнению остановки кровотечения из ткани печени с использованием ультразвукового, электрохирургического и радиоволнового генераторов в режиме коагуляции.