

алкогольной зависимости, включающей консультирование врачом психиатром-наркологом, психотерапевтом, специальное комплексное лечение и реабилитацию.

Mitsura V.M., Skvira I.M.

**ALCOHOL ADDICTION DIAGNOSIS IN PATIENTS
WITH CHRONIC VIRAL HEPATITIS C**

Gomel State Medical University, Gomel, the Republic of Belarus

By using the original method we have determined signs of alcohol addiction in 32.3% out of 127 patients with chronic hepatitis C, in 49.0% of 196 HCV-associated liver cirrhosis patients, and in 69% of those who died because of HCV-associated liver cirrhosis. The Kaplan-Meier curves comparison revealed earlier development of decompensated liver cirrhosis in those who had alcohol addiction signs. The proposed approach is valuable for patients with chronic liver diseases of different etiology.

Могилевец Э.В., Гарелик П.В., Батвинков Н.И.

**ОТКРЫТЫЕ ОПЕРАЦИИ АЗИГОПОРТАЛЬНОГО
РАЗОБЩЕНИЯ В ЛЕЧЕНИИ КРОВОТЕЧЕНИЙ ИЗ
ВАРИКОЗНО РАСШИРЕННЫХ ВЕН ПИЩЕВОДА И
ЖЕЛУДКА**

УО «Гродненский государственный медицинский университет»,
Гродно, республика Беларусь

Актуальность. В нашей стране, как и в большинстве других государств, отмечается постоянная негативная тенденция к росту числа пациентов с циррозом печени, осложненным развитием кровотечений из варикозно расширенных вен пищевода и дна желудка (ВРВПЖ). Применяя в своей практике операции азигопортального разъединения, наряду с операциями селективного и парциального шунтирования, авторы отмечают среди преимуществ операций первой группы отсутствие нарушения кровоснабжения печени и, следовательно, предупреждение ухудшения ее функции. Кроме того, к достоинствам данной группы операций относится простота технического исполнения и приемлемые отдаленные результаты, что в немалой степени способствует широте их применения.

Цель – оценка результатов применения открытых операций азигопортального разобщения в лечении и профилактике

кровотечений из варикозно расширенных вен пищевода и желудка у пациентов с портальной гипертензией на фоне цирроза печени класса А и В по Child-Pugh.

Материалы и методы. В городском центре гастроэнтерологических заболеваний УЗ «Городская клиническая больница №4 г. Гродно» и УЗ «Гродненская областная клиническая больница», являющихся базой кафедр общей хирургии и первой кафедры хирургии УО «Гродненский государственный медицинский университет» выполнено 11 открытых эзофагогастральных девакуляризованных у пациентов с портальной гипертензией на фоне цирроза печени классов А и В по Child-Pugh и рецидивирующими кровотечениями из варикозно расширенных вен пищевода и желудка. Мужчин было 7, женщин 4, возраст пациентов – от 26 до 62 лет. Все пациенты предоставили информированное согласие, утвержденное этической комиссией соответствующих учреждений здравоохранения до проведения операций.

Результаты и обсуждение. Открытая эзофагогастральная девакуляризация заключалась в экстенсивной девакуляризации желудка и абдоминальной части пищевода с сохранением в качестве питающей сосудистой ножки правой желудочно-сальниковой артерии. Отличительной чертой, играющей роль при осуществлении операций азигопортального разобщения, является расположение вен пищевода в четыре слоя: внутриэпителиальные вены, поверхностное, а затем глубокое подслизистое сплетение (здесь расположены наибольшие по диаметру вены, связанные с венозной сетью желудка), адвентициальное сплетение. Наиболее выражено развитие венозных сосудов в нижней трети пищевода. В четырех случаях подслизистые вены пищевода разобщались путем его транссекции аппаратом циркулярного шва. По данным ряда авторов, общими опасностями для операций азигопортального разобщения, сопровождающимися вскрытием просвета желудка или пищевода, следует считать риск несостоятельности швов, в ряде случаев после транссекции пищевода развиваются дисфагия, свищи пищевода, эрозии и язвы пищевода. В связи с этим в остальных случаях во время проведения операций девакуляризации желудка и пищевода после выполнения основного этапа производили прошивание ВРВПЖ специальным швом. Для этого пациенту интраоперационно выполняли фиброэзофагогастроскопию, что

позволяло как за счет прямой визуализации, так и за счет эффекта трансиллюминации выявить расположение венозных стволов. Далее с помощью монофиламентного шовного материала 3.0 на колющей игле с длительным сроком рассасывания выполняли прошивание венозных стволов. Его производили следующим образом: под контролем фиброэзофагогастроскопии осуществляли вкол иглы по одну сторону от ВРВ через всю толщу стенки, огибали вену в просвете желудка либо пищевода и производили выкол по другую от нее сторону в обратном направлении от слизистой к серозной оболочке, формируя петлю вокруг вены. После этого иглу с нитью проводили от места выкола в серозной оболочке в серозно-мышечном слое к месту первоначального вкола. Выполняли завязывание узла, который погружали в толщу стенки через место первоначального вкола. После прямой эндоскопической визуализации и прошивания ВРВПЖ с помощью эффекта трансиллюминации выявляли дополнительные венозные стволы, которых могло быть 3 и более, и прошивали их таким же образом. Контроль полноты перевязки всех ВРВПЖ осуществляли также при помощи фиброэзофагогастроскопии с эффектом трансиллюминации по запускованию венозных стволов. После выполнения данного этапа с целью профилактики транслокации микроорганизмов производили укрытие мест погружения узлов наложенных ранее швов с помощью отдельных серозно-мышечных швов (на данный способ получено уведомление о положительном результате предварительной экспертизы по заявке на выдачу патента).

В двух случаях в связи с наличием явлений гиперспленизма, некорректируемых консервативными методами, в ходе операций выполнялась спленэктомия.

При портальной гипертензии у пациентов с циррозом печени происходит открытие и функционирование портокавальных анастомозов в бассейне нижней брыжеечной вены. Это создает реальную угрозу возникновения и рецидивирования эпизодов кровотечений из аноректальных вариксов. В ряде случаев после операций азигопортального разобщения и эндоскопического склерозирования либо лигирования варикозно расширенных вен пищевода и желудка вследствие перенаправления кровотока сброс портальной крови осуществляется по нижней брыжеечной и верхней прямокишечной венам, через геморроидальное сплетение в

средние и нижние прямокишечные вены из системы нижней полой вены, что может приводить к увеличению частоты данного осложнения. В связи с этим перед операцией азигопортального разобщения пациентам с портальной гипертензией осуществляли доплеровское ультразвуковое исследование, при котором определяют диаметр и направление кровотока по нижней брыжеечной вене, и в случае определения ретроградного характера кровотока при выполнении операции выделяли и лигировали верхнюю прямокишечную вену (на данный способ получено уведомление о положительном результате предварительной экспертизы по заявке на выдачу патента на изобретение).

Пациенты находились в ОАРИТ после операции в течение 2-4 суток, назогастральный зонд удалялся на 3-4-е сутки, пероральное питание начинали с 3-х суток, послеоперационные швы снимали на 7-9-е сутки. Послеоперационной летальности и эпизодов кровотечения из ВРВПЖ и аноректальных вариксов не было.

Заключение. Открытые операции азигопортального разобщения являются высокоэффективным оперативным пособием в лечении и профилактике кровотечений из варикозно расширенных вен пищевода и желудка у пациентов с портальной гипертензией на фоне цирроза печени классов А и В по Child-Pugh и могут быть рекомендованы к выполнению в общехирургических стационарах как областного, так и районного уровней.

Mahiliavets E.V., Garelik P.V., Batvinkov N.I.

OPEN OPERATIONS OF AZYGOPORTAL DISCONNECTION IN THE
TREATMENT OF BLEEDING FROM ESOPHAGEAL AND GASTRIC
VARICES

Grodno State Medical University, Grodno, the Republic of Belarus

Results of the use of open operations of azygoportal disconnection in the treatment and prevention of bleeding from esophageal and gastric varices in patients with portal hypertension are preliminarily evaluated. These operations are highly effective surgical aid in the treatment and prevention of bleeding from esophageal and gastric varices in patients with portal hypertension taking into consideration cirrhosis of the liver grade A and B, and can be recommended for implementation at general hospitals of district and regional levels.