

амбулаторном этапе констатировано значительное уменьшение объемов асцита, отсутствие эпизодов кровотечений из варикозно расширенных вен пищевода и желудка, отсутствие прогрессирования печеночной энцефалопатии на фоне приема препаратов лактулозы, а также субъективное улучшение качества жизни пациентов.

Заключение. TIPS у пациентов с внутрипеченочной формой портальной гипертензии, ассоциирующейся с варикозным расширением вен пищевода и желудка и резистентным к консервативной терапии асцитом, является высокотехнологичным, малоинвазивным, легко переносимым и эффективным пособием. Требуется дальнейшего изучения вопроса показаний и выбора оптимальных сроков его выполнения у данной категории пациентов с учетом прогностических факторов течения заболевания.

Mahiliavets E.V.¹, Batvinkov N.I.¹, Vasilchuk L.F.²

FIRST EXPERIENCE OF TRANSJUGULAR INTRAHEPATIC
PORTOSYSTEMIC SHUNTING

Grodno State Medical University, Grodno regional clinical hospital,
Grodno, the Republic of Belarus

Preliminary results of applying transjugular intrahepatic shunting in patients with cirrhosis and portal hypertension with esophageal and gastric varices, and resistant to conservative therapy ascites have been analyzed. Transjugular portosystemic shunt is a high-tech, minimally invasive, easily portable and effective tool. Further study is required for indications and selection of optimal terms of its performance in this category of patients with regard to prognostic factors of the disease.

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

**РОЛЬ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ТЕХНОЛОГИЙ В
ЛЕЧЕНИИ КРОВОТЕЧЕНИЙ ИЗ ВАРИКОЗНО
РАСШИРЕННЫХ ВЕН ПИЩЕВОДА И ЖЕЛУДКА**

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

Актуальность. Кровотечение из варикозно расширенных вен пищевода и желудка признается наиболее частой причиной высокой смертности пациентов с внутрипеченочной формой портальной гипертензии, являясь самостоятельным фактором,

способствующим прогрессированию печеночно-клеточной недостаточности. Для лечения, первичной и вторичной профилактики кровотечений используются фармакологические, традиционные и малоинвазивные методики. Современные лапароскопические технологии широко интегрированы в разных областях хирургии. Их преимуществами являются малая травматичность, лучшая переносимость пациентами, более благоприятно протекающий, в сравнении с традиционными операциями, послеоперационный период.

Цель – оценить результаты применения лапароскопических операций азигопортального разобщения 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.

Материалы и методы. В городском центре гастродуо-денальных кровотечений (ГДК) 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 8 лапароскопических эзофагогастральных деваскуляризаций 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 6, женщин 2, возраст пациентов – от 31 до 64 лет. Все пациенты предоставили информированное согласие, утвержденное этической комиссией соответствующих учреждений здравоохранения до проведения операций.

Результаты. Лапароскопическая эзофагогастральная деваскуляризация включала деваскуляризацию малой и большой кривизны желудка, дна желудка и абдоминальной части пищевода. В ходе выполнения лапароскопических операций азигопортального разобщения важная роль придается этапу максимально полного прекращения кровотока по варикозно расширенным венам пищевода и желудка. Оставленные незамеченными венозные стволы в послеоперационном периоде в условиях измененной портальной гемодинамики пропускают через себя еще большее количество венозной крови, постепенно расширяются и становятся источниками рецидивных кровотечений. Подслизистые вены

пищевода подвергались в двух случаях метахронному эндоскопическому склерозированию. Значительное упрощение и ускорение выполнения транссекции пищевода было достигнуто с внедрением в клиническое применение аппаратов циркулярного шва. Однако лапароскопическое введение аппарата циркулярного шва в пищевод через гастротомию без проводника-направителя довольно затруднительно и потенциально может произойти разрыв стенки пищевода при неосторожных манипуляциях. Без эндоскопического контроля положения аппарата непреднамеренно может быть выполнено ложное прошивание при неправильно расположенном аппарате в дне желудка вместо пищевода. Это в свою очередь чревато в перспективе рецидивами кровотечений из варикозно расширенных вен пищевода. В четырех наблюдениях во время лапароскопической эзофагогастральной деваскуляризации выполнялась транссекция абдоминального отдела пищевода аппаратом циркулярного шва, при этом аппарат проводился через герметичный доступ в передней брюшной стенке и гастротомическое отверстие в пищевод с помощью методики временной его фиксации к назогастральному зонду. После введения аппарата в абдоминальный отдел пищевода дистальную и опорную части головки аппарата раздвигали и извлекали зонд с контролем положения головки аппарата с помощью фиброэзофагоскопии (на данный способ получено уведомление о положительном результате предварительной экспертизы по заявке на выдачу патента на изобретение). При использовании стандартной методики операции после введения аппарата циркулярного шва в пищевод при недостаточном затягивании лигатуры, фиксирующей пищевод на стержне между дистальной и опорной частями головки аппарата перед транссекцией возможно выполнение неполного прошивания стенки пищевода, без одномоментного полного пересечения и прошивания всех варикозно расширенных подслизистых вен, а лишь с частичным боковым прошиванием их стенки. Это в свою очередь чревато в перспективе рецидивами кровотечений из них. Кроме того, при использовании нераспускающихся узлов при затягивании обжимающей пищевод лигатуры возможно стенозирование в области анастомоза после выполнения прошивания аппаратом. В связи с этим после введения аппарата в абдоминальный отдел пищевода вокруг последнего проводили нить

и выполняли однократный перекрест ее концов, затем нить затягивали путем наматывания при поворачивании вокруг своей оси двух лапароскопических зажимов, удерживающих концы нити, надежно фиксируя вокруг стержня аппарата пищевод, после чего аппаратом выполняли одномоментное прошивание и пересечение абдоминального отдела пищевода совместно с подслизистыми венозно расширенными венами с одновременным пересечением и роспуском обжимающей пищевод нити, что предотвращало стенозирование в области анастомоза (на данный способ получено уведомление о положительном результате предварительной экспертизы по заявке на выдачу патента на изобретение). Конверсии выполнены в двух случаях и были обусловлены массивным спаечным процессом в послеоперационной зоне. Пациенты находились в ОАРИТ после операции в течение 1-2 суток, назогастральный зонд удалялся на 3-4 сутки, пероральное питание начинали с 3-х суток, послеоперационные швы снимали на 5-7 сутки. Послеоперационной летальности и ранних рецидивов кровотечения не было.

Заключение. Лапароскопические операции азигопортального разобщения являются высокоэффективным малоинвазивным 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. Данная группа операций может быть рекомендована в качестве операций выбора при неэффективности эндоскопического склерозирования и лигирования, отсутствии подходящих для шунтирования вен системы воротной вены в высоко-специализированных стационарах с наличием необходимого оснащения и квалифицированного персонала.

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

ROLE OF LAPAROSCOPIC TECHNOLOGIES IN THE TREATMENT OF BLEEDING FROM ESOPHAGEAL AND GASTRIC VARICES

Grodno State Medical University, Grodno, the Republic of Belarus

Results of the use of laparoscopic 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 provide highly effective and minimally invasive surgical aid in the treatment and prevention of bleeding from esophageal and gastric varices in patients with portal hypertension due to cirrhosis of the liver grade A and B. This group of operations

can be recommended as operations of choice when there are failure of endoscopic sclerosing and ligation, absence of suitable veins for bypass system of the portal vein at highly specialized hospitals with the necessary equipment and qualified personnel.

¹Морозов И.А., ¹Зверкова Е.А., ¹Кюрегян К.К., ¹Карлсен А.А.,
¹Исаева О.В., ¹Ильченко Л.Ю., ²Фёдоров И.Г., ¹Кожанова Т.В.,
¹Гордейчук И.В., ²Петренко Н.В., ¹Михайлов М.И.

РОЛЬ АНЕЛЛОВИРУСОВ ПРИ ПАТОЛОГИИ ПЕЧЕНИ

¹ФГБНУ «ИПВЭ им. М.П.Чумакова», Москва

²ГБУЗ «ГКБ № 12 ДЗМ, Российская Федерация

Актуальность. Вирусы рода Anelloviridae (TTV, TTMDV и TTMV) – мелкие ДНК-содержащие вирусы, широко распространенные в человеческой популяции. Данные о тканевом тропизме, локализации в клетке и морфометрии Anelloviridae малочисленны.

Цель – определение распространенности TTV, TTMDV и TTMV среди здоровых лиц и пациентов с патологией печени различной этиологии, а также электронно-микроскопическая (ЭМ) верификация видовой принадлежности и размеров Anelloviridae в цитоплазме гепатоцитов.

Материал и методы. С помощью иммунологических, молекулярно-биологических, патогистологического, иммуногистохимического, ЭМ методов исследовали биологические материалы – сыворотки крови и биоптаты печени 203 пациентов с хроническими заболеваниями печени (ХЗП) различной этиологии (алкогольный стеатогепатит, неалкогольный стеатогепатит, хронический гепатит В (ХГВ), хронический гепатит С (ХГС), криптогенный гепатит). В группу вошли 110 мужчин (средний возраст - 45,9±6,5 года) и 93 женщины (средний возраст - 46,1±7,3 лет). Для подтверждения специфичности идентификации TTV, TTMDV и TTMV в применяемой полимеразной цепной реакции (ПЦР) проводили определение нуклеотидной последовательности полученных фрагментов вирусных геномов методом прямого секвенирования ампликонов. В качестве контроля были использованы сыворотки крови 115 первичных доноров крови. Достоверность различий показателей в сравниваемых группах оценивали с использованием