

DOI: 10.15825/1995-1191-2023-1-31-37

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ЭТАПНОГО ЛЕЧЕНИЯ КОМБИНИРОВАННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ОРТОТОПИЧЕСКОЙ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ПЕЧЕНИ

В.С. Дайнеко^{1, 2}, А.В. Осипов¹, О.Н. Резник^{1, 2}, С.А. Платонов¹, М.А. Киселев¹, М.И. Сафоев¹, А.В. Святненко¹, И.В. Ульянкина¹, И.В. Логинов¹, Д.О. Кузьмин¹, В.Е. Савелло¹, В.Н. Кравчук², А.Е. Демко¹, Д.А. Кандыба¹, В.А. Мануковский¹

¹ ГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт скорой помощи имени И.И. Джанелидзе», Санкт-Петербург, Российская Федерация

² ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И. Мечникова» Минздрава России, Санкт-Петербург, Российская Федерация

Тромбоз артерии трансплантата печени – тяжелое осложнение, которое может привести к потере трансплантата и смерти реципиента. По данным различных авторов, частота возникновения тромбозов колеблется от 2 до 9%. Современные эндоваскулярные рентгенохирургические технологии позволяют малоинвазивно выполнить реваскуляризацию печеночного трансплантата. В то же время серьезным последствием даже успешной реваскуляризации является ишемическая холангиопатия, которая может приводить к формированию ишемических билиарных стриктур и несостоятельности анастомоза. В статье представлен клинический случай длительного комплексного лечения комбинированных осложнений трансплантации печени с использованием малоинвазивных эндоваскулярных и эндоскопических технологий.

Ключевые слова: ортотопическая трансплантация печени, билиарные стриктуры, тромбоз печеночной артерии, эндобилиарное стентирование.

CLINICAL CASE OF STAGED TREATMENT OF COMBINED COMPLICATIONS OF ORTHOTOPIC LIVER TRANSPLANTATION

V.S. Daineko^{1, 2}, A.V. Osipov¹, O.N. Reznik^{1, 2}, S.A. Platonov¹, M.A. Kiselev¹, M.I. Safoev¹, A.V. Svyatnenko¹, I.V. Ulyankina¹, I.V. Loginov¹, D.O. Kuzmin¹, V.E. Savello¹, V.N. Kravchuk², A.E. Demko¹, D.A. Kandyba¹, V.A. Manukovsky¹

¹ St. Petersburg Research Institute of Emergency Medicine, St. Petersburg, Russian Federation

² North-Western State Medical University, St. Petersburg, Russian Federation

Hepatic artery thrombosis (HAT) following liver transplantation (LT) is a severe life-threatening complication that can lead to graft loss and mortality after LT. According to different reports, HAT incidence ranges from 2% to 9%. Modern endovascular and radiosurgical techniques allow for minimally invasive liver graft revascularization. Nonetheless, a major consequence of even a successful revascularization is ischemic cholangiopathy, which can lead to ischemic biliary strictures and anastomotic leak. The paper presents a clinical case of long-term complex treatment of combined complications of LT using minimally invasive endovascular and endoscopic techniques.

Keywords: orthotopic liver transplantation, biliary strictures, hepatic artery thrombosis, endobiliary stenting.

ВВЕДЕНИЕ

Ранний тромбоз печеночной артерии после трансплантации печени – тяжелое осложнение, которое

может привести к потере трансплантата и смерти реципиента. Частота этого осложнения, по данным различных авторов, колеблется от 2 до 9% [1]. Техники

Для корреспонденции: Дайнеко Василий Сергеевич. Адрес: 197345, Санкт-Петербург, ул. Будапештская, д. 3. Тел. (911) 027-48-44. E-mail: vsdaineiko@yandex.ru

Corresponding author: Vasilij Daineko. Address: 3, Budapestskaya str., St. Petersburg, Russian Federation. Phone: (911) 027-48-44. E-mail: vsdaineiko@yandex.ru

ка формирования артериального анастомоза крайне важна, однако немалое значение имеют и такие нехирургические факторы риска развития тромбоза, как нарушения свертываемости на фоне снижения синтетической функции печени, множественные артериальные анастомозы и реконструкции, предшествующие трансплантации эмболизации, и т. д. [2–4].

Наиболее безопасным методом лечения считается эндоваскулярная реканализация печеночной артерии. Современные рентгенохирургические технологии позволяют малоинвазивно выполнить реваскуляризацию печеночного трансплантата, в том числе в случаях множественных попыток формирования артериального анастомоза с рецидивирующим тромбозом [5, 6].

Серьезным последствием даже после успешной реваскуляризации печеночного трансплантата является ишемическая холангиопатия, которая может приводить к формированию ишемических билиарных стриктур и несостоятельности билиарного анастомоза [7]. Современная лечебная тактика коррекции билиарных стриктур предусматривает приоритет эндоскопических методов лечения и включает выполнение ретроградной холангиопанкреатографии (ЭРХПГ) с последующей установкой пластиковых стентов [8–10].

Нередко в случаях ишемической холангиопатии могут формироваться протяженные сложные стриктуры, плохо поддающиеся эндоскопическому лечению. Длительное наружное дренирование желчевыводящих путей несет в себе опасность тяжелых инфекционных осложнений и может применяться в современных условиях с целью декомпрессии в случаях, когда не удается реканализировать стриктуру эндоскопически [11]. Выходом из таких ситуаций является применение гибридных методик, включающих в себя поэтапное и одновременное применение эндоскопического и чрескожного дренирования.

В статье представлен клинический случай, иллюстрирующий мультидисциплинарный гибридный подход к лечению осложнений трансплантации печени.

КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ

Пациентка Ж. 58 лет. Цирроз печени на фоне хронического неverified гепатита впервые диагностирован в 2015 году. Получала консервативную терапию под наблюдением гепатолога с умеренной положительной динамикой. С февраля 2019 года ухудшение течения заболевания (Чайлд–Пью класс C, MELD 18–24). Больная обследована, включена в лист ожидания трансплантации печени. Уровень антитромбина III на амбулаторном этапе составлял 87%.

25.10.2019 выполнена ортотопическая трансплантация печени по методике piggy-back. Донор – мужчина 26 лет с установленным диагнозом смерти

головного мозга в результате открытой черепно-мозговой травмы. Период первичной холодовой ишемии составил 385 мин, тепловой ишемии – 40 мин, беспеченочный период – 55 мин. Артериальный анастомоз между собственными печеночными артериями трансплантата и реципиента выполнен по типу «конец в конец».

26.10.2019 при контрольном ультразвуковом исследовании (УЗИ), последующей КТ-ангиографии диагностирован тромбоз печеночной артерии, лабораторно выявлена выраженная недостаточность антитромбина III (38%).

26.10.2019 в экстренном порядке пациентке выполнена ангиография, реканализация и стентирование печеночной артерии (стент-графт Aneigraft 4,0 × 27 мм). Введено 2 дозы (1000 МЕ) антитромбина III. Дальнейшее послеоперационное течение без осложнений. Пациентка переведена из отделения реанимации на 4-е сутки, выписана из стационара на 23-и сутки после операции. Функция трансплантата удовлетворительная. В ходе амбулаторного наблюдения получала трехкомпонентную иммуносупрессивную терапию (такролимус, майфортик, преднизолон), антикоагулянты, антиагреганты. Через 6 месяцев выполнена контрольная ангиография – стент печеночной артерии проходим (рис. 1).

В течение апреля 2021 года пациентка отметила постепенное появление и нарастание иктеричности кожных покровов, периодические боли в правом подреберье и повышение температуры тела до 38,6 °С.

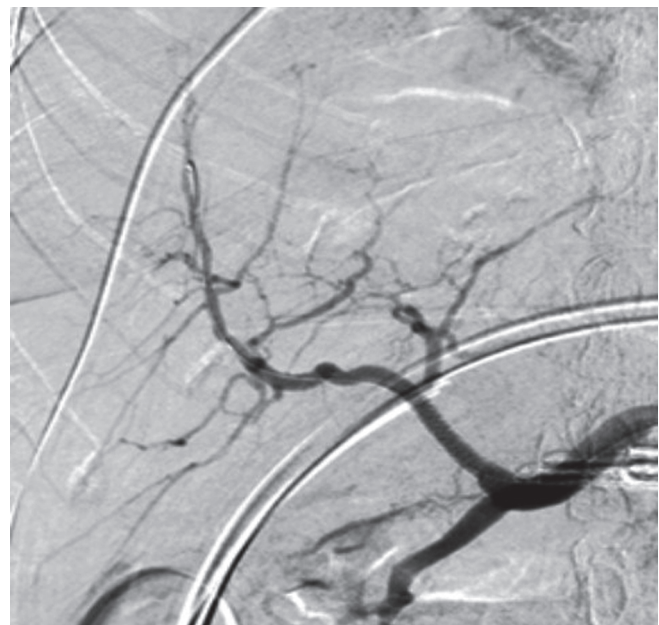


Рис. 1. Результат контрольной ангиографии спустя 6 месяцев после стентирования печеночной артерии трансплантата

Fig. 1. Control angiography result 6 months after hepatic artery graft stenting

27.04.2021 госпитализирована с амбулаторного приема. При поступлении в стационар выявлены признаки выраженной билиарной гипертензии. По данным УЗИ: правый, левый долевые протоки – до 14 мм, сегментарные протоки – до 5–8 мм, холедох – 16–17 мм. Кровоток в трансплантате печени удовлетворительный. Также обращало на себя внимание быстрое нарастание лабораторных признаков механической желтухи (табл. 1). По данным магнитно-резонансной холангиографии – множественные стриктуры в области билиарного анастомоза. Осумкованное жидкостное образование (гематома) в подпеченочном пространстве (3,9 × 3,2 × 2,8 см). Признаков нарушения структуры трансплантата печени и его перфузии выявлено не было (рис. 2).

30.04.2021 предпринята попытка эндоскопической реканализации, однако провести проводник проксимальнее зоны стриктуры не удалось. Параллель-

но выполнена целиакография, при которой выявлен стеноз в области ранее установленного стента до 80% (рис. 2). Учитывая необходимость экстренного разрешения билиарной гипертензии, пациентке под УЗИ-контролем выполнено чрескожное, чреспеченочное наружное дренирование. После дренирования получена убедительная положительная динамика по данным УЗИ (18.05.2021 – внутривнутрипеченочные протоки до 4 мм, холедох – 10 мм) и лабораторных исследований (табл.). По дренажу выход желчи 400–700 мл ежедневно. При контрольной антеградной холангиографии обращает на себя внимание отсутствие поступления контраста дистальнее зоны билиарной стриктуры (рис. 2).

Учитывая имеющиеся клинические данные, после полной стабилизации состояния пациентки, 20.05.2021 выполнено чрескожное чреспеченочное и эндоскопическое стентирование желчевыводящих

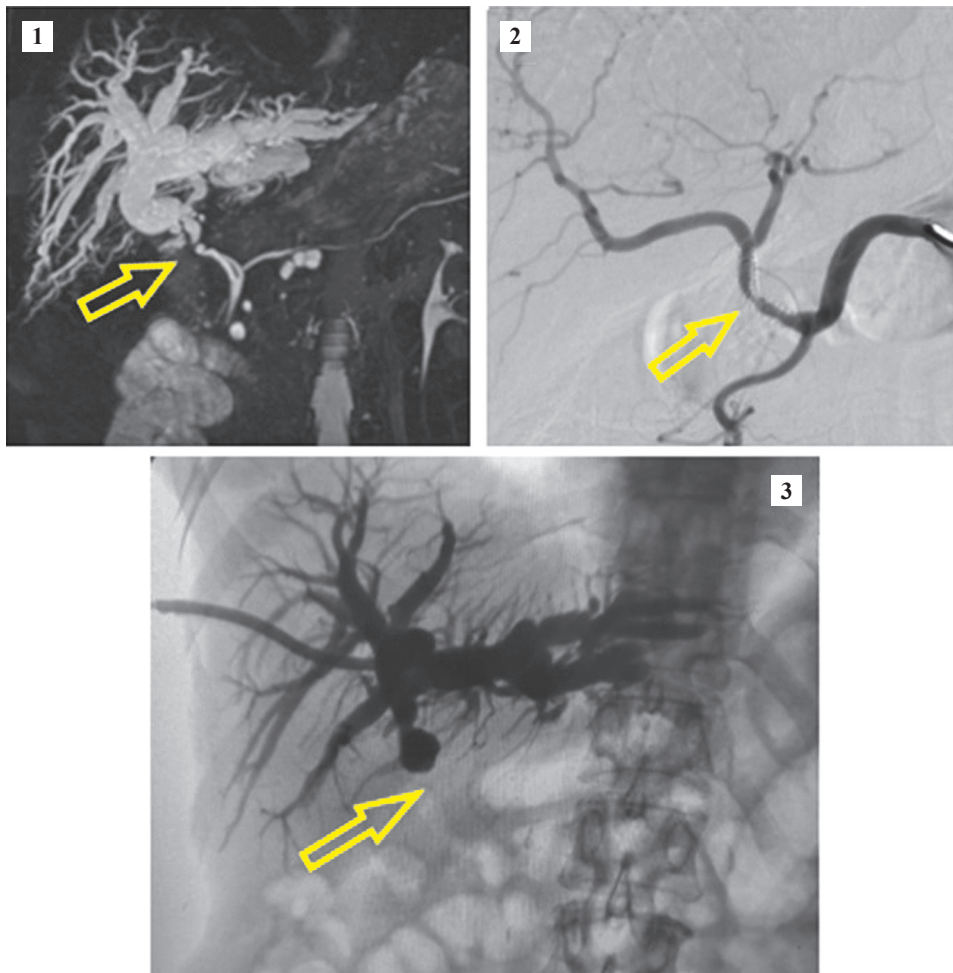


Рис. 2. Результаты обследования, чрескожного, чреспеченочного наружного дренирования: 1 – магнитно-резонансной холангиографии (желтой стрелкой показана зона стриктуры); 2 – целиакографии (желтой стрелкой указана зона рестеноза в области ранее установленного стента); 3 – контрольная антеградная холангиография через наружный билиарный дренаж

Fig. 2. Examination, percutaneous, transhepatic external drainage: 1 – magnetic resonance cholangiography (yellow arrow shows the stricture zone); 2 – celiacography (yellow arrow indicates the restenosis zone in the area of the previously installed stent); 3 – control antegrade cholangiography through external biliary drainage

путей методом «рандеву». В условиях гибридной операционной антеградно с помощью итродьюсера и проводника реканализована зона сужения, проводник проведен в двенадцатиперстную кишку, захвачен

щипцами эндоскопа, заменен на стандартный проводник (4 м) и произведено стентирование общего желчного протока пластиковым стентом длиной 10 см, диаметром 8 Fr (рис. 3).

Таблица

Динамика лабораторных показателей
Dynamics of laboratory indicators

Показатель	27.04.2021	29.04.2021	01.05.2021	13.05.2021	24.05.2022	Единицы измерения
Лейкоциты	7,44	7,8	7,67	6,67	7,8	×10 ⁹ /л
Гемоглобин	131	123	94	92	93	г/л
Тромбоциты	201	178	204	212	283	×10 ⁹ /л
Билирубин	62	149	53,4	15	5,3	мкмоль/л
Прямой билирубин	–	141	38,8	–	–	мкмоль/л
АЛТ	493	742	462	52,7	20	Ед/л
АСТ	298	669	219	29,8	18,2	Ед/л
Креатинин	137	122	115	125	99	мкмоль/л
Мочевина	7,9	8,1	5,6	7,4	6,3	ммоль/л
МНО	1,1	1,09	1,1	1,07	1,03	
Такролимус	4,7	–	6,7	7,4	6,1	нг/мл

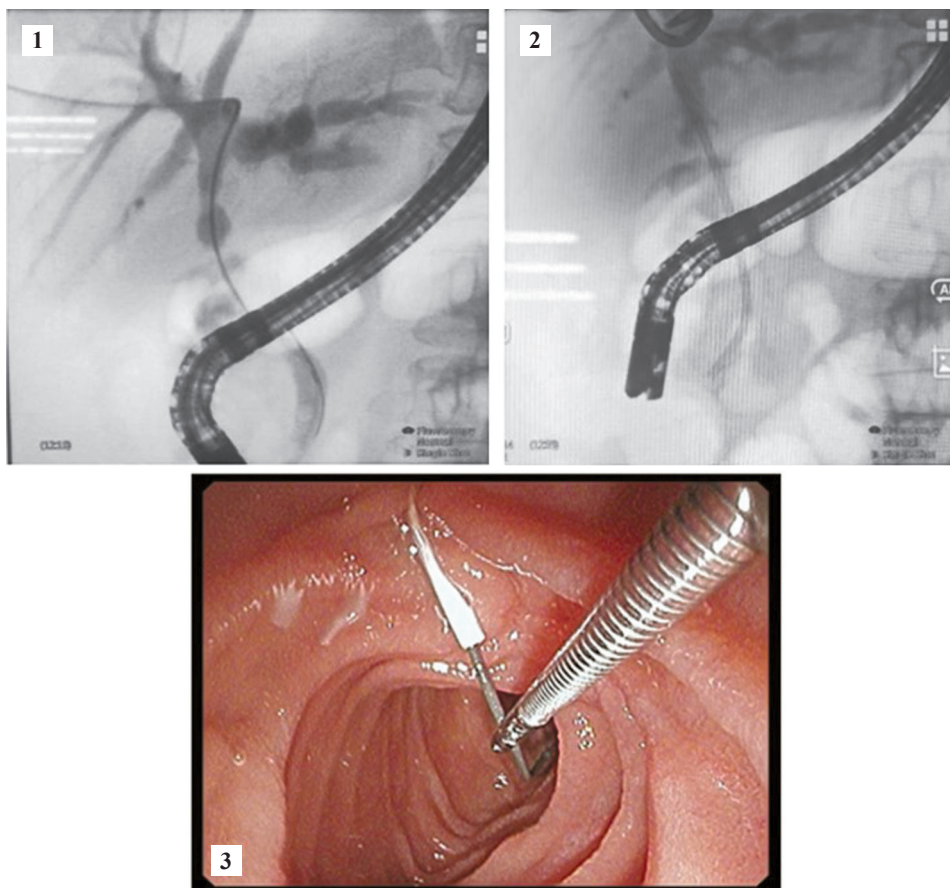


Рис. 3. Чрескожное чреспеченочное и эндоскопическое стентирование желчевыводящих путей методом «рандеву»: 1 – реканализация зоны сужения и установка проводника; 2 – установленный пластиковый билиарный стент; 3 – эндоскопический захват проводника

Fig. 3. Percutaneous transhepatic and endoscopic stenting of the biliary tract using the rendezvous technique: 1 – recanalization of the constriction area and installation of a conductor; 2 – installed plastic biliary stent; 3 – endoscopic gripping of the conductor

Следующим этапом 26.05.2021 выполнена баллонная ангиопластика зоны рестеноза катетером $4,0 \times 20$ мм и стентирование печеночной артерии стентом $4,0 \times 32$ мм с лекарственным покрытием (Promus), постдилатация стента на уровне его проксимальной части баллоном высокого давления $4,5 \times 15$ мм (рис. 4).

В послеоперационном периоде отчетливая положительная динамика. Чрескожный чреспеченочный дренаж закрыт на 6-е сутки и удален через 14 дней после операции. При контрольной МР-холангиографии дефектов наполнения не выявлено, регрессия признаков билиарной гипертензии. Пациентка выписана на амбулаторное лечение на 10-е сутки послеоперационного периода.

Спустя 12 месяцев после оперативного лечения функция трансплантата стабильна, лабораторные результаты представлены в таблице. Выполнена смена билиарного стента через 5 и 10 месяцев, планируется установка нитинолового стента. По данным контрольной ангиографии, признаков нарушения

кровотока по печеночной артерии спустя 12 месяцев после коррекции рестеноза не выявлено.

ОБСУЖДЕНИЕ

Ранний тромбоз печеночной артерии является серьезным осложнением трансплантации печени, которое может привести к потере трансплантата и смерти реципиента. Наиболее значимыми независимыми факторами риска развития тромбозов печеночной артерии являются высокие показатели MELD, возраст пациента, длительность тепловой ишемии и нарушения системы гемостаза [5]. Малоинвазивное эндоваскулярное восстановление артериального кровотока в трансплантате в современных условиях является методом выбора хирургического лечения и позволяет в большинстве случаев добиться хорошего результата [12]. Использование стентов без лекарственного покрытия несет в себе высокий риск рестеноза в долгосрочной перспективе и, по нашему мнению, требует ангиографического контроля раз в 6 месяцев. Основываясь на мировом опыте коронарных интервенций, можно утверждать, что имплан-

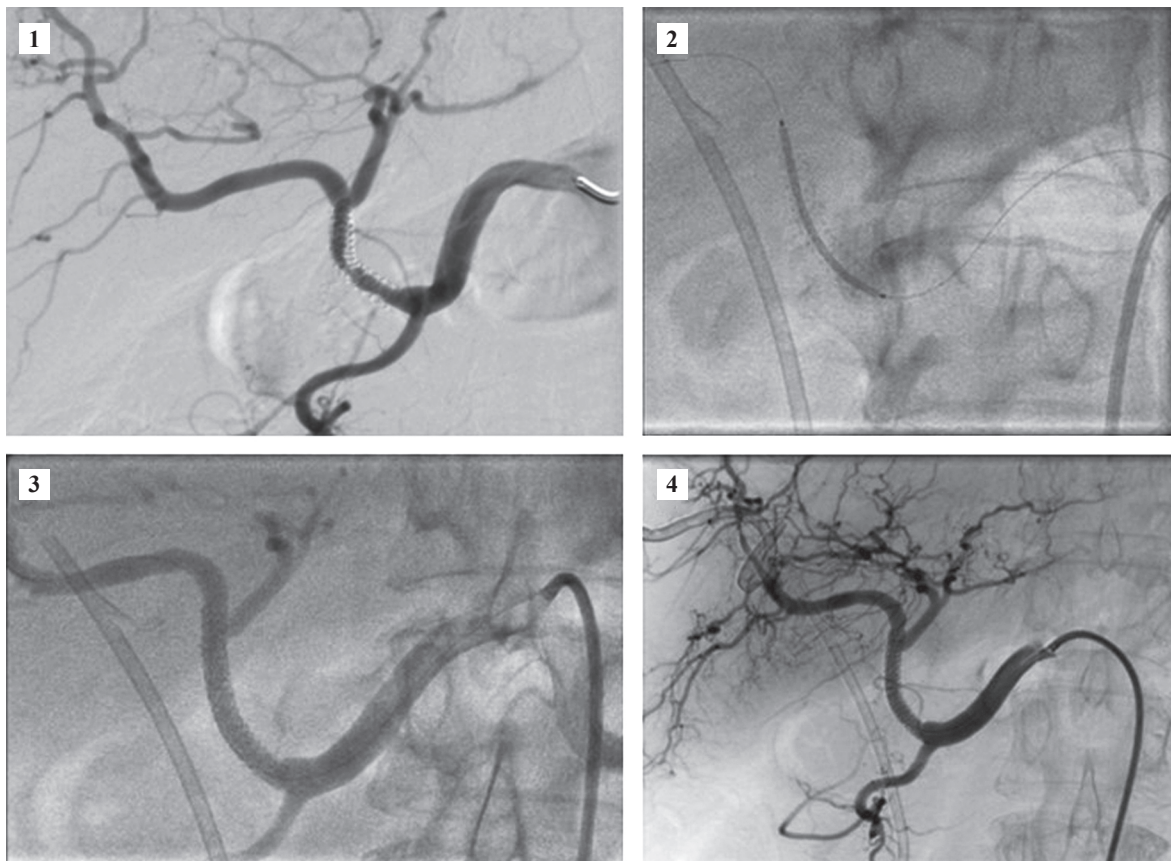


Рис. 4. Целиакография, баллонная ангиопластика и стентирование зоны рестеноза: 1 – рестеноз ранее установленного стента до 80%; 2 – заведен баллон в зону рестеноза; 3, 4 – стентирование зоны рестеноза стентом с лекарственным покрытием $4,0 \times 32$ мм

Fig. 4. Celiacography, balloon angioplasty and stenting of restenosis area: 1 – restenosis of previously installed stent up to 80%; 2 – balloon was inserted into the restenosis zone; 3, 4 – stenting of the restenosis area with a 4.0×32 mm drug-eluting stent

тация стента с лекарственным покрытием значительно снижает риск рестеноза [13].

Ишемическая холангиопатия развивается более чем у половины пациентов, перенесших тромбоз печеночной артерии [7]. Технические приемы эндоскопического лечения билиарных стриктур разнообразны, но протяженные, сложной формы стриктуры ишемического генеза нередко бывают устойчивы к методикам лечебной эндоскопии [14, 15]. В таких случаях возможно применение гибридных методик. Использование пластиковых стентов в качестве первой линии решения острой хирургической проблемы нам представляется оправданным. В то же время необходимость ревизии и замены пластиковых стентов раз в 3–6 месяцев несет в себе дополнительные экономические, технические и организационные сложности. В настоящее время продолжаются дискуссии о возможности использования саморасширяющихся покрытых металлических стентов (СПМС) в такой ситуации. Основное преимущество СПМС – значительное уменьшение числа необходимых эндоскопических вмешательств [10]. Следующим этапом в описанном клиническом случае планируется установка СПМС.

ВЫВОД

Лечение осложнений трансплантации печени является сложной задачей, требующей комплексного мультидисциплинарного подхода и доступности в трансплантационном центре ряда высокотехнологичных методик. Эндобилиарные и эндоваскулярные вмешательства предоставляют широкие возможности в устранении последствий нарушения артериального кровотока в трансплантате печени и в долгосрочной перспективе позволяют увеличить продолжительность жизни трансплантата. Данное клиническое наблюдение демонстрирует преимущества и целесообразность этапной малоинвазивной коррекции ранних и поздних комбинированных осложнений ортотопической трансплантации печени.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

The authors declare no conflict of interest.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ / REFERENCES

1. Li T, Sun XD, Yu Y, Lv GY. Intra-arterial thrombolysis for early hepatic artery thrombosis after liver transplantation. *World J Clin Cases*. 2021 Mar 6; 9 (7): 1592–1599. doi: 10.12998/wjcc.v9.i7.1592.
2. Mourad MM, Lioussis C, Gunson BK, Mergental H, Isaac J, Muiesan P et al. Etiology and management of hepatic artery thrombosis after adult liver transplantation. *Liver Transpl*. 2014 Jun; 20 (6): 713–723. doi: 10.1002/lt.23874.
3. Pomposelli JJ. Hepatic artery thrombosis after liver transplant: not a surgical problem? *Transplantation*. 2016 Nov; 100 (11): 2251. doi: 10.1097/TP.0000000000001451.
4. Gilbo N, Van Praet L, Jochmans I, Sainz-Barriga M, Verslype C, Maleux G et al. Pre-operative trans-catheter arterial chemo-embolization increases hepatic artery thrombosis after liver transplantation – a retrospective study. *Transpl Int*. 2018 Jan; 31 (1): 71–81. doi: 10.1111/tri.13046. Epub 2017 Sep 12.
5. Pinto LEV, Coelho GR, Coutinho MMS, Torres OJM, Leal PC, Vieira CB, Garcia JHP. Risk factors associated with hepatic artery thrombosis: analysis of 1050 liver transplants. *Arq Bras Cir Dig (São Paulo)*. 2021 Jan 25; 33 (4): e1556. doi: 10.1590/0102-672020200004e1556.
6. Park J, Kim SH, Park SJ. Hepatic artery thrombosis following living donor liver transplantation: A 14-year experience at a single center. *J Hepatobiliary Pancreat Sci*. 2020 Aug; 27 (8): 548–554. doi: 10.1002/jhbp.771. Epub 2020 Jul 2.
7. Fujiki M, Hashimoto K, Palaios E, Quintini C, Aucejo FN, Uso TD et al. Probability, management, and long-term outcomes of biliary complications after hepatic artery thrombosis in liver transplant recipients. *Surgery*. 2017 Nov; 162 (5): 1101–1111. doi: 10.1016/j.surg.2017.07.012. Epub 2017 Aug 30.
8. Гранов ДА, Боровик ВВ, Поликарпов АА, Жеребцов ФК, Польшалов ВН, Герасимова ОА. Успешная коррекция билиарной стриктуры после ортотопической трансплантации печени. *Вестник хирургии имени И.И. Грекова*. 2012; 171 (2): 96–97. Granov DA, Borovik VV, Polikarpov AA, Zherebtsov FK, Polysalov VN, Gerasimova OA. Uspeshnaya korrekciya biliarnoj striktury posle ortotopicheskoy transplantacii pecheni. *Vestnik hirurgii imeni I.I. Grekova*. 2012; 171 (2): 96–97. [In Russ].
9. Попов МВ, Восканян СЭ, Дунаев АП, Баишков АН, Мальцева АП. Анастомотические билиарные стриктуры после трансплантации печени (обзор). *Саратовский научно-медицинский журнал*. 2019; 15 (2): 296–301. Popov MV, Voskanyan SE, Dunaev AP, Bashkov AN, Maltseva AP. Biliary anastomotic strictures after liver transplantation (review). *Saratov Journal of Medical Scientific Research*. 2019; 15 (2): 296–301. [In Russ, English abstract].
10. Visconti TAC, Bernardo WM, Moura DTH, Moura ETH, Gonçalves CVT, Farias GF et al. Metallic vs plastic stents to treat biliary stricture after liver transplantation: a systematic review and meta-analysis based on randomized trials. *Endosc Int Open*. 2018 Aug; 6 (8): E914–E923. doi: 10.1055/a-0626-7048.
11. Куренков АВ, Новрузбеков МС, Магомедов КМ, Шварц СВ, Тетерин ЮС, Миронов АВ, Олисов ОД. Эндоскопическая диагностика и лечение билиарных осложнений после ортотопической трансплантации печени. *Трансплантология*. 2018; 10 (1): 7–14. Kurenkov AV, Novruzbekov MS, Magomedov KM, Shvarts SV, Teterin YuS, Mironov AV, Olisov OD. Endoscopic diagnosis and treatment of biliary complications after orthotopic liver transplantation. *Transplantologiya. The*

- Russian Journal of Transplantation*. 2018; 10 (1): 7–14. <https://doi.org/10.23873/2074-0506-2018-10-1-7-14>. [In Russ, English abstract].
12. Zhang H, Qian S, Liu R, Yuan W, Wang JH. Interventional treatment for hepatic artery thrombosis after liver transplantation. *J Vasc Interv Radiol*. 2017 Aug; 28 (8): 1116–1122. doi: 10.1016/j.jvir.2017.04.026. Epub 2017 Jun 11.
 13. Sethi A, Bahekar A, Bhuriya R, Bajaj A, Kovacs D, Ahmed A, Khosla S. Drug-eluting stents versus bare metal stents in ST elevation myocardial infarction at a follow-up of three years or longer: A meta-analysis of randomized trials. *Exp Clin Cardiol*. 2012 Winter; 17 (4): 169–174.
 14. Jarlot-Gas C, Muscari F, Mokrane FZ, Del Bello A, Culetto A, Buscail E et al. Management of anastomotic biliary stricture after liver transplantation and impact on survival. *HPB (Oxford)*. 2021 Aug; 23 (8): 1259–1268. doi: 10.1016/j.hpb.2020.12.008. Epub 2020 Dec 26.
 15. Yoon YC, Etesami K, Kaur N, Emamaullee J, Kim J, Zielsdorf S et al. Biliary Internal Stents and Biliary Complications in Adult Liver Transplantation. *Transplant Proc*. Jan-Feb 2021; 53 (1): 171–176. doi: 10.1016/j.transproceed.2020.06.019. Epub 2020 Jul 17.

Статья поступила в редакцию 20.06.2022 г.
The article was submitted to the journal on 20.06.2022

УВАЖАЕМЫЕ ЧИТАТЕЛИ!

Подписку на журнал «Вестник трансплантологии и искусственных органов» можно оформить в ближайшем к вам почтовом отделении.

Подписной индекс нашего издания нашего издания в каталоге почты России – **ПН380**



Ф. СП-1	<p>ВЕСТНИК ТРАНСПЛАНТОЛОГИИ И ИСКУССТВЕННЫХ ОРГАНОВ</p>	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px;"> ПН380 (индекс издания) </div>	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px;"> КОЛИЧЕСТВО КОМПЛЕКТОВ </div>																										
на 2023 год по месяцам																													
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th>1</th><th>2</th><th>3</th><th>4</th><th>5</th><th>6</th><th>7</th><th>8</th><th>9</th><th>10</th><th>11</th><th>12</th> </tr> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table>					1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12													
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12																		
Куда																													
		(почтовый индекс)			(адрес)																								
Кому																													
(фамилия, инициалы)																													
Ф. СП-1			<div style="border: 1px solid black; padding: 2px;"> ДОСТАВОЧНАЯ КАРТОЧКА </div>																										
		<div style="border: 1px solid black; padding: 2px;"> на журнал </div>		<div style="border: 1px solid black; padding: 2px;"> ПН380 (индекс издания) </div>																									
		<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%;">ПВ</td> <td style="width: 33%;">место</td> <td style="width: 33%;">ли-тер</td> </tr> </table>		ПВ	место	ли-тер																							
ПВ	место	ли-тер																											
		<p>ВЕСТНИК ТРАНСПЛАНТОЛОГИИ И ИСКУССТВЕННЫХ ОРГАНОВ</p>																											
		<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%;">СТОИ-мость</td> <td style="width: 25%;">подписки пере-адресовки</td> <td style="width: 25%;">руб. _____ коп. _____</td> <td style="width: 25%;">руб. _____ коп. _____</td> <td style="width: 20%;">КОЛИЧЕСТВО КОМПЛЕКТОВ</td> </tr> </table>		СТОИ-мость	подписки пере-адресовки	руб. _____ коп. _____	руб. _____ коп. _____	КОЛИЧЕСТВО КОМПЛЕКТОВ																					
СТОИ-мость	подписки пере-адресовки	руб. _____ коп. _____	руб. _____ коп. _____	КОЛИЧЕСТВО КОМПЛЕКТОВ																									
на 2023 год по месяцам																													
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th>1</th><th>2</th><th>3</th><th>4</th><th>5</th><th>6</th><th>7</th><th>8</th><th>9</th><th>10</th><th>11</th><th>12</th> </tr> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table>						1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12												
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12																		
Куда																													
		(почтовый индекс)			(адрес)																								
Кому																													
(фамилия, инициалы)																													