

Заключение

Результаты работы позволяют сделать вывод, что полосы пропускания периферической цельной крови в средней ИК-области от 1200 до 1050 см⁻¹, могут быть специфическими биомаркерами в экспресс-диагностике острой и хронической ишемии миокарда.

Сравнительный анализ ИК-спектров облученной крови пациентов с острой и хронической ишемией миокарда и крови здоровых доноров выявил закономерности, характеризующие влияние низкоинтенсивного оптического излучения на биомолекулы цельной крови.

Результаты данных исследований могут стать важным звеном в экспресс-диагностике острой и хронической ишемии сердца, выявлении первичных механизмов терапевтического действия оптического излучения на кровь и стать основой для метрологических исследований по установлению норм для специалистов, занимающихся лазерной терапией.

ЛИТЕРАТУРА

1. Кару, Т. И. Фотобиология низкоинтенсивной лазерной терапии / Т. И. Кару // Итоги науки и техники, серия физ. основы лазеров и пучковых технологий, ВИНТИ. — 1989. — № 4. — С. 44–84.
2. Марочков, А. В. Внутрисосудистое лазерное облучение крови, механизмы взаимодействия и клиническое применение / А. В. Марочков. — Минск: Полибиг, 1996. — 85 с.
3. Залесская, Г. А. Спектральные проявления фотопроцессов, инициированных световым воздействием различных длин волн на кровь *in vivo* / Г. А. Залесская, В. С. Улащик // Докл. НАН Беларуси. — 2009. — Т. 53, № 3. — С. 60–63.
4. Наканиси, К. Инфракрасные спектры и строение органических соединений / К. Наканиси. — М.: Мир, 1965. — 361 с.
5. Petibois, C. Chemical mapping of tumor progression by FT-IR imaging: towards molecular histopathology / C. Petibois, G. Deleris // Trends in Biotechnology. — 2006. — № 24. — P. 455–462.

УДК 616.45-003.4:576.895.121.56

ЭХИНОКОККОВАЯ КИСТА ЛЕВОГО НАДПОЧЕЧНИКА (случай из практики)

Богданович В. Б., Шебушев Н. Г., Аничкин В. В., Мартынюк В. В.

**Учреждение образования
«Гомельский государственный медицинский университет»
г. Гомель, Республика Беларусь**

Введение

Эхинококкоз — хронически протекающий зооантропогельминтоз, характеризующийся деструктивным поражением органов и тканей, аллергизацией организма и тяжелыми осложнениями, нередко приводящими к инвалидности и гибели пациента. Наиболее часто поражается печень — в 60 % случаев, легкие — в 30 % случаев, другие органы — в 10 % случаев. К редким локализациям эхинококкоза относят поражения головного и спинного мозга, глаз, щитовидной и поджелудочной железы, сердца, почек, селезенки, органов малого таза, костей, мягких тканей и другие [1]. Эхинококкоз — достаточно частое паразитарное заболевание в эндемичных зонах, однако его локализация в области надпочечников относится к крайне редким формам. В литературе описан только один случай данной патологии у 28-летнего пациента, который жаловался на постоянные боли в боковой области живота и тошноту [2].

У пациентов с образованиями надпочечников достаточно часто наблюдаются различные неспецифические проявления: артериальная гипертензия, ожирение, сахарный диабет 2-го типа и другие. Подобные варианты клинической картины, сопровождающиеся выявлением незначительных изменений уровня гормонов или нарушением регуляции их секреции, свидетельствуют о скрытой, или субклинической гормональной активности этих образований. Вместе с тем в литературе отсутствуют публикации по проведению гормональ-

ных исследований у больных с эхинококковыми кистами надпочечников [2, 3].

Дооперационная диагностика эхинококкоза надпочечников может представлять значительные трудности, особенно на ранних стадиях заболевания. Анализ литературных данных показывает, что кисты надпочечников, как правило, первоначально принимают за кисты поджелудочной железы, селезенки и почек, и правильный диагноз часто устанавливается только во время операции [3].

В связи с редкостью патологии приводим следующее клиническое наблюдение предоперационной диагностики и хирургического лечения эхинококковой кисты левого надпочечника. Описание клинического случая представляется с согласия пациента.

Клинический случай

Пациент Ю. 1955 г.р. поступил в отделение эндокринной и реконструктивной хирургии ГУ РНПЦ РМ и ЭЧ 23.02.2009 г. с предварительным диагнозом: объемное образование левого надпочечника.

При поступлении пациент предъявлял жалобы на периодические умеренные боли в поясничной области слева, повышение артериального давления до 260/120 мм рт. ст., общую слабость, утомляемость. Боли беспокоили в течение 3 лет, связывал их с перенесенной до этого травмой поясничной области. Пациент проживает в одном из районов Белорусского Полесья, работает механизатором. Военную службу проходил в Республике Казахстан. Около 20 лет назад в регион проживания пациента завозили сельскохозяйственных животных из Средней Азии. С домашними животными контактирует постоянно, в продуктах питания много сборов из леса. Страдает артериальной гипертензией более 15 лет, неоднократно лечился в стационарных условиях без эффекта. В феврале 2009 г. при УЗИ в областной больнице над верхним полюсом левой почки выявлено гипозоногенное кистоподобное образование 87×65 мм. Пациент был направлен в ГУ РНПЦ РМ и ЭЧ для дообследования и лечения.

При поступлении состояние удовлетворительное, кожный покров и слизистые оболочки обычной окраски, нормостенический тип телосложения, рост — 184 см, масса тела — 105 кг, ИМТ — 31 кг/м^2 . Дыхание в легких везикулярное, хрипов нет. Границы легких в норме. ЧД — 16 в 1 мин, АД — 180/120 мм рт. ст., пульс — 80 уд. в мин, ритмичный. Лимфоузлы не пальпируются.

По данным лабораторных методов исследования: общий анализ крови, биохимический анализ крови и общий анализ мочи — без особенностей.

В анализе крови: метанефрины плазмы — 46,5 пг/мл (норма до 90), норметанефрины плазмы — 109,9 пг/мл (норма до 200). Кортизол в 8.00 — 350 нмоль/л (норма 260–720), кортизол после малой дексаметазоновой пробы — 321 нмоль/л.

По данным УЗИ — правый надпочечник не увеличен, однородной структуры; в проекции левого надпочечника определяется объемное гипозоногенное образование с гиперэхогенными включениями, капсулой местами до 1,0 см, тесно прилежащее к верхнему полюсу левой почки.

При компьютерной томографии — в проекции левого надпочечника определяется неправильно-округлой формы образование размером $6,8 \times 7,0 \times 8,3$ см с толстой капсулой и неоднородным содержимым, без признаков инвазивного роста.

При ФГДС выявлены эрозии антрального отдела желудка, при колоноскопии — признаки хронического колита.

По данным эхокардиографии: признаки атеросклероза аорты. Кальциноз аортального клапана. Недостаточность аортального клапана 2 ст. Регургитация на клапане легочной артерии 1–2 ст., митральном и трикуспидальном 1 ст. Диастолическая дисфункция ЛЖ. Дилатация полости левого предсердия, желудочков. Значительная гипертрофия МЖП. Сократительная способность миокарда хорошая.

Таким образом, на основании клинических и лабораторно-инструментальных ис-

следований у больного выявлено объемное образование левого надпочечника больших размеров, кистоподобное, с признаками субклинического гиперкортицизма (по результатам малой дексаметазоновой пробы).

При анализе полученных результатов было высказано предположение о наличии паразитарной кисты левого надпочечника. С целью подтверждения диагноза в областной центр гигиены и эпидемиологии была направлена кровь пациента для серологического исследования (ИФА). Получен результат: выявлены антитела класса IgG к антигенам эхинококка. Был выставлен диагноз: эхинококковая киста левого надпочечника. Выполнено плановое оперативное вмешательство — адреналэктомия слева, перцистэктомия эхинококковой кисты левого надпочечника.

Под интубационным наркозом выполнена люмболапаротомия слева. Мобилизован левый изгиб ободочной кишки с рассечением диафрагмально-ободочной связки и переходной складки брюшины по латеральному краю нисходящей ободочной кишки. Рассечена париетальная брюшина между поперечно-ободочной кишкой и сосудистой ножкой селезенки. В проекции левого надпочечника определяется объемное образование с выраженным перипроцессом вокруг, местами деревянистой плотности размерами 11,0 × 9,0 см. Произведено интраоперационное УЗИ для уточнения локализации опухоли. Нижний полюс образования припаян к верхнему полюсу почки, верхний — интимно сращен с диафрагмой. Сращения тупо и остро с техническими трудностями разделены. При отсечении опухоли от диафрагмы вскрылась плевральная полость. Острым путем опухоль отделена от диафрагмы. При этом образование вскрылось, содержимым его является детрит буро-желтого цвета с белесоватыми включениями, желеобразной консистенции. Содержимое удалено электроотсосом. Образование выделено из забрюшинного пространства вместе с капсулой и левым надпочечником, удалено. Центральная вена надпочечника перевязана. Полость обработана 100 % глицерином. Диафрагма ушита узловыми швами. Плевральная полость слева дренирована силиконовой трубкой в 7 межреберье по задней подмышечной линии. Рана послойно ушита. Интраоперационная кровопотеря — 550 мл. Во время операции гемодинамика стабильная. К концу операции и в течение 3 часов после нее отмечалась умеренная гипотония в пределах 90–70/60–40 мм рт. ст. По дренажам из забрюшинного пространства за 5 часов после операции выделилось 500 мл крови. После проведения лечебных мероприятий в условиях отделения интенсивной терапии артериальное давление стабилизировалось на цифрах 120/80 мм рт. ст.

Патогистологическое исследование макропрепарата: фиброзно-жировая ткань с хроническим воспалением, отложением гемосидерина и одиночными гигантскими многоядерными клетками типа «инородных тел», фрагменты ткани надпочечника. Гистологическая картина может соответствовать мертвому паразиту эхинококка.

Послеоперационный период протекал без осложнений. Рана зажила первичным натяжением. Больному назначен профилактический курс химиотерапии (немозол).

Гормональный анализ крови перед выпиской: кортизол в 8.00 — 213 нмоль/л, кортизол после малой дексаметазоновой пробы — 51 нмоль/л. Полученные результаты свидетельствуют об отсутствии признаков автономной секреции кортизола после удаления пораженного эхинококком надпочечника.

При контрольном осмотре через 1 год — данных за рецидив не выявлено.

Заключение

Данный клинический случай эхинококковой кисты левого надпочечника представляет значительный интерес в связи со следующими моментами:

- чрезвычайная редкость данной локализации эхинококкоза;
- трудность дооперационной диагностики;
- технические сложности и особенности хирургического вмешательства;

- впервые по данным литературы проведены гормональные исследования при эхинококкозе надпочечников;

- паразитарная инвазия в левый надпочечник привела к развитию субклинического гиперкортицизма, что подтверждено данными лабораторных исследований до и после операции, а так же снижением артериального давления в первые часы после удаления кисты.

На наш взгляд, одним из путей совершенствования лечебно-диагностического алгоритма при эхинококкозе надпочечников является расширение комплекса используемых лабораторных и инструментальных методов исследования. Хирургическое лечение пациентов с эхинококковыми кистами надпочечников должно проводиться в специализированных центрах, где доступны современные методы обследования (КТ, МРТ, гормональные исследования), имеется современное оснащение и подготовлены высококвалифицированные кадры.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Ветшев, П. С.* Эхинококкоз: современный взгляд на состояние проблемы / П. С. Ветшев, Г. Х. Мусаев // *Анналы хирург. гепатологии.* — 2006. — Т. 11, № 1. — С. 111–116.

2. *Idrissi Dafali, A.* Hydatid cyst of the adrenal gland / A. Idrissi Dafali, Z. Dahami, N. O. Zerouali // *Ann. Urol. (Paris).* 2002. — Vol. 36 (2): — P. 99–103.

3. Giant adrenal cyst presenting as a diagnostic dilemma: a case report / N. Singh [et al.] // *Int. surgery.* — 2005. — Vol. 90. — P. 78–80.

УДК 616.98(470.23–24)

ВИЧ-СТИГМА В МЕДИЦИНСКОМ ВУЗЕ

Болдузева Т. В., Волченко А. Н.

Учреждение образования

«Гомельский государственный университет им. Ф.Скорины»

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Распространенность ВИЧ-инфекции в настоящее время в мире составляет 34,2 млн человек [5]. По состоянию на 1 сентября 2013 г. в Республике Беларусь зарегистрировано 15 163 случая ВИЧ-инфекции, количество людей живущих с ВИЧ — 11 875 человек (показатель распространенности составил 125,5 на 100 тыс. населения). В Гомельской области зарегистрировано 7334 случаев ВИЧ-инфекции (показатель распространенности составил 376,9) [2]. Широкая распространенность ВИЧ-инфекции проблема не только медицинская, но и социальная, которая имеет отношение не только к ВИЧ-инфицированным, но и их семьям, друзьям, коллегам.

В настоящее время в обществе нарастает напряженность из-за широкого распространения ВИЧ-инфекции и высокого риска заражения. Многие видят в людях, живущих с ВИЧ, преувеличенно большую угрозу для себя и своих близких, что нередко приводит к непониманию или открытому противостоянию [1]. В обществе возникает новый вид стигмы, связанной с ВИЧ-инфекцией и страхом заразиться ею. ВИЧ-стигма базируется на многочисленных факторах, включая непонимание заболевания, неверные представления о путях передачи ВИЧ, безответственные высказывания СМИ на темы эпидемии, неизлечимый характер инфекции, предрассудки и страхи в отношении целого ряда деликатных вопросов, таких как сексуальные отношения, смерть, незаконное потребление наркотиков [3].

Распространенность ВИЧ-инфекции в Гомельской области, представляется актуальным изучение отношения к ВИЧ-инфицированным среди будущих врачей.