

Таблица 2 — Распределение ответов респондентов на вопрос «Какие осложнения острого панкреатита вы знаете?»

Ответ	Количество	
	человек	%
Рак	15	21,4
Перитонит	11	15,7
Кисты	11	15,7
Некроз	6	8,5
Сепсис	5	7,1
Импотенция	3	4,2
Бесплодие	3	4,2
Деменция	2	2,8
Не знаю	14	20

Большая часть респондентов (21,4 %) указывает рак, как осложнение острого панкреатита. Так же часть респондентов указывает импотенцию (4,2 %), бесплодие (4,2 %) и деменцию (2,8 %) как осложнение острого панкреатита.

На вопрос «Болеете ли Вы сахарным диабетом?» 5,7 % опрошенных ответили утвердительно. По результатам опроса 42,8 % респондентов отметили у себя склонность к перееданию, частое употребление жирной и жареной пищи.

Выводы

Данное исследование показало, что большая часть респондентов знают о существовании такого заболевания как панкреатит. Уровень осведомленности населения о клинике и возможных осложнениях острого панкреатита находится на среднем уровне.

Отмечаются такие неблагоприятные факторы, как переедание, избыточное употребление алкоголя, жареной и острой пищи, нерациональное питание, что увеличивает риск возникновения данного заболевания.

Профилактика панкреатита и повышение осведомленности населения о причинах его возникновения и возможных осложнениях являются актуальной задачей, которая поможет скорректировать факторы риска уже на начальном этапе.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Конорев, М. Р.* Ингибиторы протонной помпы: свойства и применение / М. Р. Конорев, Г. Д. Тябут // Медицинские новости. — 2011. — № 9. — С. 58–60.
2. *Костюченко А. Л., Филли В. И.* // Неотложная панкреатология. — 2001. — С. 58–100.
3. Лечение острого деструктивного панкреатита / Н. Н. Малиновский [и др.] // Хирургия. — 2001. — № 1. — С. 4–7.
4. *Решетников, Е. А.* Диагностика и дифференцированное лечение острого панкреатита билиарной этиологии / Е. А. Решетников, А. С. Миронов, Ю. Я. Малов // Хирургия. — 2005. — № 11. — С. 25–27.
5. *Чаплинский, В. В.* Острый панкреатит / В. В. Чаплинский, А. И. Гнатьшак. — М.: Медицина, 2011. — С. 78.

УДК 616.36-003.4-089

МАЛОИНВАЗИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ КИСТ ПЕЧЕНИ

Касько М. И., Никонова Ю. А.

**Научные руководители: ассистент В. А. Плашков,
к.м.н., доцент В. В. Берещенко**

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Непаразитарная киста печени (НКП) относится к доброкачественным очаговым образованиям печени и представляет собой полость в печени, заполненную жидкостью. Различают единичные и множественные кисты печени. В пер-

вом случае говорят о солитарной кисте, во втором — о поликистозе печени, который у большинства пациентов сочетается с поликистозом почек и поджелудочной железы. Заболевание клинически проявляется обычно в возрасте от 30 до 50 лет и встречается у женщин в 35 раз чаще, чем у мужчин. Различают истинные и ложные кисты печени. Истинные имеют на внутренней поверхности полости покров, состоящий из эпителия желчных протоков. Они делятся на: а) серозные единичные и множественные; б) поликистоз только печени или с поражением других паренхиматозных органов; в) многокамерная цистаденома; г) дермоидные (тератомы); д) ретенционные. Ложные кисты чаще являются следствием травмы. Основой стенки ложной кисты становится фиброзно-измененная ткань печени в месте повреждения или воспалительного процесса. Они представлены кистами травматического и воспалительного генеза. По размеру кисты печени подразделяются на: малые кисты (< 5 см), кисты среднего размера (от 5 до 7 см) и большие (> 7 см) [1]. Вплоть до конца 20-го столетия крайне редко выполнялись хирургические вмешательства по поводу доброкачественных заболеваний печени. Это было связано с несовершенством диагностических методов и высоким риском послеоперационных осложнений. Благодаря развитию и широкому распространению современных методов диагностики (УЗИ, КТ, МСКТ, ангиография и др.), прижизненная диагностика непаразитарных кист печени достигла 5 % от общего числа населения и 11,8 % от числа пациентов с очаговыми поражениями печени. По данным аутопсий, частота клинически не выявленных кист печени составляет 1,5–2,0 % [1, 2, 3].

Цель

Изучить методики лечения пациентов с неосложненными кистами печени методом пункционного дренирования под ультразвуковым контролем.

Материал и методы исследования

Произведен ретроспективный анализ стационарных карт пациентов, находящихся на лечении в хирургическом отделении учреждения здравоохранения «Гомельская областная специализированная клиническая больница» за период с 2018 по 2020 гг. Была выделена группа пациентов, которым в стерильных условиях под местной инфильтрационной анестезией и ультразвуковой навигацией катетером типа pig tail размером Fr9 было выполнено дренирование кистозных образований печени. Показанием к дренированию были неосложненные кисты печени средних размеров, расположенные интрапаренхиматозно. Статистическая обработка результатов исследования проводилась при помощи компьютерной программы «Microsoft Excel 2010».

Результаты исследования и их обсуждение

За изученный период в хирургическом отделении учреждения здравоохранения «Гомельская областная специализированная клиническая больница» было пролечено 3968 пациентов. Неосложненные единичные кисты печени средних размеров, расположенные интрапаренхиматозно были выявлены и дренированы у 12 (0,3 %) пациентов. В последующем 9 (75 %) пациентам в полость кисты с экспозицией в 5 мин введен 70 % раствор этилового спирта. Средний возраст в группе пациентов составил 62,5 года (min — 40; max — 81). По полу пациенты разделились следующим образом: был один мужчина (12 %), женщин — 11 (88 %). У всех пролеченных пациентов содержимое кист подверглось микробиологическому и цитологическому исследованию. В результате посева на микрофлору и чувствительность положительный результат был выявлен лишь у 1 (12 %) пациента, отрицательные — 11 (88 %). Положительный посев на микрофлору был только в 1 (12 %) случае, остальные 11 (88 %) результатов указывали на стерильное содержимое кистозных образований.

Был выявлен грамположительной микроорганизм — *Enterococcus faecalis* (*E. faecalis*), чувствительный к линезолиду, ванкомицину и ампициллину, и устой-

чивый к гентамицину. Осложнений в ходе дренирования и лечения кист печени под ультразвуковым контролем не было. Длительность стационарного лечения у пациентов составила 15 койко-дней.

Выводы

Таким образом, малоинвазивное лечение интрапаренхиматозных кист печени средних размеров является методом выбора при данной патологии. Вмешательство малотравматично, послеоперационный период протекает комфортно, отсутствуют послеоперационные осложнения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Виноградов, А. В. Дифференциальный диагноз внутренних болезней / А. В. Виноградов. — 3-е изд. — М.: МИА, 2001. — 606 с.
2. Принципы лечения непаразитарных кист печени / М. Ф. Заривчацкий [и др.] // Вестник хирургии. — 2006. — Т. 165, № 4. — С. 31–33.
3. Методы лапароскопического лечения кист печени / В. Н. Филижанко [и др.] // Анн. хир. гепатологии — 2001. — Т. 6, № 2. — С. 41–46.

УДК 616.36-003.93:[612.35:612.6.03]

ОЦЕНКА РЕГЕНЕРАЦИИ ПЕЧЕНИ ПОСЛЕ ЕЕ РЕЗЕКЦИИ В ЭКСПЕРИМЕНТЕ

Ким К. М., Остапец В. И.

Научный руководитель: к.м.н., доцент А. Г. Скуратов

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Доказано, что печень, обладая уникальной способностью к самообновлению, практически полностью восстанавливается после травмы. Дефицит ткани печени восполняется после обширных потерь вплоть до 75 % массы органа. Способность мезенхимальных стволовых клеток (МСК) к дифференцировке не только в мезодермальные клеточные линии (остеобласты, хондробласты, адипоциты, миоциты и кардиомиоциты), но и в немезодермальные клетки, в том числе гепатоциты [1], способствовала активному изучению влияния МСК на регенерацию печени при ее повреждении [2].

Цель

Исследовать регенерацию печени на хирургической модели резекции органа здоровых животных и при ретрорсин-индуцированном поражении печени и оценить репаративный эффект трансплантации мезенхимальных стволовых клеток в эксперименте.

Материал и методы исследования

Крысы самцы линии Wistar массой 250–300 г были разделены на 4 группы, по 10 животных в каждой: 1) 1-я группа — здоровые крысы, которым выполнялась резекция 2/3 печени; 2) 2-я группа — здоровые крысы, которым выполнялась резекция 2/3 печени с одномоментной интрапортальной трансплантацией МСК; 3) 3-я — крысы с ретрорсин-индуцированным поражением печени, которым выполнялась резекция 2/3 печени; 4) 4-я группа — крысы с ретрорсин-индуцированным поражением печени, которым выполнялась резекция 2/3 печени с одномоментной интрапортальной трансплантацией МСК.

Ретрорсин — гепатотропный алкалоид вызывает токсическое поражение печени, блокирует деление гепатоцитов между фазой «S» и «G2» клеточного цикла. Клетки остаются заблокированными после синтеза ДНК и до фазы деления «M».

МСК выделяли из жировой ткани паховой области животных по стандартной методике протокола и затем культивировали в CO₂-инкубаторе [3]. Для экспериментов использовали МСК второго–третьего пассажей.