

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. Заривчакский [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 СО<sub>2</sub>-инкубаторе [3]. Для экспериментов использовали МСК второго–третьего пассажей.