

за который может проявиться канцерогенный эффект после РИТ, гораздо дольше, чем после R-терапии.

Литература

1. Петунина, Н. А. Болезни щитовидной железы / Н. А. Петунина, Л. В. Трухина. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. – 216 с.
2. Бурак, И. И. Радиационная медицина : пособие для студентов учреждений высш. образования, обучающихся по специальности 1-79 01 01 "Лечебное дело" : [в 2 ч.]. Ч. 1 : / И. И. Бурак [и др.] ; М-во здравоохранения Республики Беларусь, УО "Витебский гос. ордена Дружбы народов мед. ун-т". - Витебск : ВГМУ, 2018. - 206 с.
3. Ребеко, В. Я. Осложнения и отдаленные последствия радиойодтерапии рака щитовидной железы / В. Я. Ребеко, И.В. Ребеко – Минск: журнал «Медицинские новости» - 2010. - №6 (200). – С. 15-18.
4. Рак [Электронный ресурс] / Информационный бюллетень ВОЗ. – 2018 – Режим доступа: <https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/cancer>. – Дата доступа: 28.09.2023.

USAGE EFFICIENCY ANALYSIS RADIOIODOTHERAPY FOR TREATMENT THYROID CANCER

Gurina R. V.

*Grodno State Medical University, Grodno, Belarus
gurinarenata7@gmail.com*

Currently, 3 methods are used for the treatment of thyroid cancer: drug therapy, radioiodine therapy and surgical treatment. Necessity to use radioiodine therapy is due to the impossibility of achieving remission in most patients during treatment with drug therapy. This proves the relevance of conducting large-scale studies to assess its effectiveness, as well as to determine the likelihood of developing long-term effects of therapy and possible mutagenicity of radioactive iodine.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ СОЧЕТАННОГО ЭХИНОКОККОЗА ЛЕГКИХ И ПЕЧЕНИ

Денищик А. А., Шило Р. С., Могилевец Э. В.

*Гродненский государственный медицинский университет, Гродно, Беларусь
nastyfray13@gmail.com*

Введение. Кистозный эхинококкоз, вызываемый *Echinococcus granulosus*, – паразитарное заболевание, которое до сих пор является эндемичным в животноводческих регионах мира [1]. В Республике Беларусь, территория которой не эндемична, ежегодно диагностируется около 20 новых случаев заболеваний эхинококкозом. Чаще всего паразит поражает у человека печень. Тем не менее, сочетанный легочный и печеночный эхинококкоз может возникать в 4-25% случаев [2]. Актуальность данной темы состоит в том, что

хирургическое лечение сочетанного эхинококкоза легких, печени, а также других органов – сложная и многоэтапная задача. Есть необходимость в решении вопросов, связанных с последовательностью выполнения операций и интервалом между ними [3]. В данной статье представлен клинический случай сочетанного эхинококкоза нижней доли правого легкого и S2 - S4b сегментов печени.

Цель исследования: представить клинический случай хирургического лечения сочетанного эхинококкоза печени и легких.

Материалы и методы. В УЗ «Гродненская университетская клиника» находился на лечении пациент А. 1970 года рождения с сочетанным эхинококкозом легкого и печени. Эхинококковое поражение печени было обнаружено при профилактическом осмотре в поликлинике по месту жительства во время ультразвукового исследования. При проведении дальнейшего диагностического поиска (компьютерная и магнитно-резонансная томография органов брюшной полости, органов грудной клетки и головного мозга) были получены изображения эхинококковых кист с локализацией в S2, S4b сегментах печени и нижней доли правого легкого. Пациенту было решено выполнить двухэтапное хирургическое лечение.

На первом этапе в отделении торакальной хирургии Гродненской университетской клиники была выполнена видеоассистированная торакоскопия, нижняя лобэктомия справа с дренированием плевральной полости. Через 2,5 месяца для второго этапа хирургического лечения пациент был госпитализирован в отделение хирургической панкреатологии, гепатологии и трансплантации органов и тканей в плановом порядке. Пациенту была выполнена лапароскопическая резекция S2, S4b печени, дренирование брюшной полости.

Результаты исследования. После видеоассистированной торакоскопической нижней лобэктомии справа в резецированном препарате легкого гистологическим методом был выявлен эхинококк. Послеоперационный период протекал без особенностей, осложнений со стороны послеоперационной раны не выявлено, пациент выписан на 8-е сутки на амбулаторное лечение.

После выполнения лапароскопической резекции S2 и S4b сегментов печени осложнений не зафиксировано. Нагноения послеоперационных ран и кровотечения не наблюдалось. В удовлетворительном состоянии с компенсированными лабораторными показателями биохимического анализа крови пациент выписан из стационара.

Наш опыт соответствует литературным данным, согласно которым при сочетанном эхинококкозе легких и печени в первоочередном порядке рекомендовано выполнить резекцию легкого из-за большего риска распространения паразита по организму [4].

Лапароскопическая резекция печени была дополнена минилапаротомным разрезом по средней линии живота выше пупка, что позволило безопасно извлечь эхинококковый пузырь из брюшной полости, сохранив его

целостность. Осложнений в раннем послеоперационном периоде в нашем случае не было.

Комплексное обследование пациента через 3 года после лечения не выявило рецидивов паразитарного заболевания, подтвердило компенсированное состояние по белковому, углеводному и липидному обмену. Признаков печеночной недостаточности не выявлено.

Выводы. Пациентам с эхинококковой болезнью необходимо проведение комплексной инструментальной диагностики (компьютерной и магнитно-резонансной томографии органов брюшной полости, органов грудной клетки и головного мозга) для выявления дополнительных очагов поражения. При решении вопроса о выборе очередности проведения хирургических вмешательств при сочетанном эхинококкозе печени и легких следует отдавать предпочтение резекционным операциям на легких, учитывая высокий риск распространения паразита по организму. Для профилактики рецидивов эхинококкоза целесообразно сохранение целостности стенок паразитарной кисты во время ее извлечения из брюшной и грудной полости.

Литература

1. Manual on Echinococcosis in Humans and Animals: A Public Health Problem of Global Concern. Geneva, Switzerland: World Health Organization / J. Eckert [et al.] – 2001. – 265 p.
2. Expert consensus for the diagnosis and treatment of cystic and alveolar echinococcosis in humans / E. Brunett [et al.] // Acta Trop. – 2010. – Vol. 114. – P. 1–16.
3. Тактика хирургического лечения эхинококкоза легких и печени / В.С. Тарасенко [и др.] // Бюллетень Оренбургского научного центра УрО РАН. – 2014. – № 1. – С.1–5.
4. Травин Н.О. Семейный эхинококкоз: одномоментная эхинококкэктомия у пациентки с множественными паразитарными кистами лёгких и печени и миниинвазивное хирургическое вмешательство у пациента с эхинококкозом печени / Вестник Национального медико-хирургического Центра им. Н.И.Пирогова. – 2007. – № 2 (2). – 135 с.

CLINICAL CASE OF COMBINED ECHINOCOCCOSIS OF THE LUNG AND LIVER

*Denishchik A. A., Shyla R. S., Mogilevets E. V.
Grodno State Medical University, Grodno, Belarus
nastyfray13@gmail.com*

The article presents a clinical case of combined echinococcosis of the lower lobe of the right lung and S2, S4b of the liver. The patient was prescribed two-stage surgical treatment: the first stage was lower lobectomy on the right, the second stage was laparoscopic resection of S2, S4b liver.