

ЛИТЕРАТУРА

1. Jong, C. J. The Role of Taurine in Mitochondria Health: More Than Just an Antioxidant. / C. J. Jong, P. Sandal, S. W. Schaffer // *Molecules*. – 2021. – Vol. 26. – P. 9–3.
2. Protective role of taurine against oxidative stress (Review). / S. Baliou [et al] // *Mol Med Rep*. – 2021. – Vol. 24 – P.6–15.
3. Seidel, U. Taurine: A Regulator of Cellular Redox Homeostasis and Skeletal Muscle Function. / U. Seidel, P. Huebbe, G. Rimbach // *Mol Nutr Food Res*. – 2019. – Vol. 63. – P.18–56.
4. Mechanism of taurine reducing inflammation and organ injury in sepsis mice. / Y. Ma [et al] // *Cell Immunol*. – 2022. – Vol.375. – P. 10–45.

ЭХИНОКОККОЗ ПЕЧЕНИ: РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ

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

Гродненский государственный медицинский университет

Актуальность. Эхинококкоз печени относят к тяжелому заболеванию паразитарной этиологии, возбудителем которого в большинстве случаев является *Echinococcus granulosus*. В основе патогенеза лежит образование кист – пузырей, заполненных жидкостью, имеющих двухслойную стенку и фиброзную оболочку. Эхинококковые пузыри небольших размеров могут длительное время не беспокоить пациента, что значительно затрудняет диагностику в раннем периоде заболевания [1]. Однако по мере своего роста они способны значительно нарушать функцию пораженного органа. Поэтому диагноз эхинококкоза печени является показанием к плановому оперативному вмешательству. Является актуальным вопрос выбора операции при эхинококкозе, так как существуют разные мнения об оптимальном методе радикального лечения в зависимости от размеров, распространенности и локализации паразитарных кист [2–4].

Цель. Анализ результатов хирургического лечения эхинококкоза печени.

Методы исследования. В основе исследования – истории болезни 28 пациентов с эхинококкозом печени, находившихся на лечении в отделении хирургической панкреатологии, гепатологии и трансплантации органов и тканей УЗ «Гродненская университетская клиника» в 2012–2023 гг. Мужчин среди пациентов было 10, женщин – 18. Возраст варьировал от 18 до 83 лет. Средний возраст заболевших составил $53,4 \pm 5$ лет.

Всем пациентам в обязательном порядке были выполнены общий анализ крови, биохимический анализ крови, иммуноферментный анализ на антитела к антигенам эхинококка, ультразвуковое исследование и магнитно-резонансная томография органов брюшной полости и забрюшинного пространства, компьютерная томография органов брюшной полости и грудной клетки,

а также головного мозга для поиска дополнительных очагов эхинококка. Средний размер выявленных эхинококковых кист составил 80,4×57,2 мм.

Трое пациентов были направлены на лечение в стационар республиканского уровня, учитывая наличие у них массивных паразитарных кист правой доли печени (104х86 мм у одного пациента, 160х105 мм – у другого). Третий пациент уже дважды был оперирован в клинике республиканского уровня по поводу эхинококкоза печени, в связи с чем диагностированный у нас рецидив заболевания послужил основанием для его перевода в этот же стационар.

Двум пациентам была выполнена правосторонняя гемигепатэктомия, трем – левосторонняя гемигепатэктомия. Атипичная резекция печени была выполнена 3 пациентам, открытая сегментэктомия с эхинококковой кистой – 7 пациентам. Атипичная резекция проводилась при краевом расположении эхинококковой кисты. Лапароскопическая анатомическая сегментэктомия была проведена в 8 случаях. Двум пациентам была проведена сегментэктомия эхинококковых кист печени с инвазивным ростом в правую печеночную вену с применением техники тотальной сосудистой изоляции.

Результаты и их обсуждение. Использование водоструйного диссектора, аппарата LigaSure, ультразвукового скальпеля позволило добиться хорошего гемостаза и ускорить время оперативного вмешательства. Отмечено, что использование техники тотальной сосудистой изоляции во время операции необходимо для минимизации кровопотери в случае развития кровотечения, что в свою очередь позволило в двух случаях осуществить безопасный и более агрессивный подход к выполнению сегментэктомии (S7) при интимном расположении кисты с правой печеночной веной.

В случаях выполнения правосторонних гемигепатэктомий эхинококковые кисты занимали значительную часть правой доли печени. При обследовании данной группы пациентов спустя 5 лет было обнаружено, что левая доля печени гипертрофировалась, так как на нее возлагалась функция органа после удаления его правой части.

При краевом расположении эхинококковых кист преимущество отдавали лапароскопическим вмешательствам, что снижало операционную травму и способствовало быстрейшему восстановлению пациентов.

Послеоперационных осложнений и летальности в наших случаях не было, все пациенты были выписаны на амбулаторное лечение на 12–18 суток. После лапароскопических операций количество койко-дней составило 10±2, после открытых вмешательств – 16±3, что, в свою очередь, подчеркивает экономический эффект использования малоинвазивных методик.

Выводы. Пациенты с эхинококкозом вне зависимости от размеров и локализации кист в обязательном порядке должны быть подвергнуты хирургическому лечению в специализированном стационаре областного или республиканского уровня. Предпочтение при выборе способа операции следует отдавать малоинвазивным технологиям, которые малотравматичны и способствуют ранней активизации пациентов. Проведение оперативного

вмешательства с применением техники тотальной сосудистой изоляции позволяет контролировать кровопотерю во время операции и является предпочтительным при резекции кист с инвазивным ростом в близлежащие крупные сосуды.

ЛИТЕРАТУРА

1. Медицинская паразитология и паразитарные болезни / А. Б. Ходжаян, С. С. Козлова, М. В. Голубевой. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. – 448 с.
2. Современное состояние проблемы хирургического лечения эхинококкоза печени / А. В. Шабунин, С. С. Лебедев, Ю. А. Коваленко, А. А. Карпов // Анналы хирургической гепатологии. – 2021. – Т. 26. – №4. – С. 87–96.
3. Эхинококкоз печени. Хирургическое лечение / В. А. Вишневский, М. Г. Ефанов, Р. З. Икрамов, Н. А. Назаренко, А. В. Чжао // Доказательная гастроэнтерология. – 2013. – № 2. – С. 18–25.
4. Эхинококкоз печени: эволюция хирургического лечения / А. В. Шабунин, М. М. Тавобилов, А. А. Карпов // Хирургия. Журнал им. Н. И. Пирогова. – 2021. – № 5. – С. 95–103.

УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ДИАГНОСТИКА ЗАБОЛЕВАНИЙ БРАХИОЦЕФАЛЬНЫХ СОСУДОВ В ГРОДНЕНСКОЙ УНИВЕРСИТЕТСКОЙ КЛИНИКЕ

Шпак А.Ю.

Гродненская университетская клиника

Актуальность. Актуальность изучения проблемы окклюзирующих поражений брахиоцефальных сосудов обусловлена тем, что в структуре смертности населения инсульт головного мозга занимает третье место, а среди лиц с атеросклеротическим поражением – второе после ишемической болезни сердца. Атеросклероз брахиоцефальных артерий – одна из основных причин ишемического инсульта. Возрастающая частота ишемических инсультов, в четыре раза превышающая геморрагические, высокая частота транзиторных ишемических атак, лакунарных инфарктов мозга, увеличение распространенности повторных ишемических нарушений мозгового кровообращения, а также хронической прогрессирующей цереброваскулярной патологии, в том числе сосудистой деменции, обуславливают интенсивное изучение вопросов патогенеза, диагностики, лечения и профилактики [1, 2].

Из года в год в нашей республике отмечается устойчивое снижение смертности от болезней сердца и кровеносных сосудов. Тем не менее, как причина летальных исходов, эта группа заболеваний у нас, как и во всём мире, лидирует. Согласно данным за первый квартал 2023 года, в Беларуси от всех причин умерло 31 039 человек. Из них от сердечно-сосудистых заболеваний