

и инструментальных методов исследования для подтверждения либо исключения у данного пациента психогенного кашля и одышки.

### ***Литература***

1. Vertigan A.E. Somatic cough syndrome or psychogenic cough-what is the difference? / A.E. Vertigan // J Thorac Dis – 2017. – Vol. 9 – P. 831-838
2. McGarvey L.P. Does idiopathic cough exist? / L.P. McGarvey // Lung – 2008. – Vol. 186 – P. 78-S81
3. The integrated brain network that controls respiration / F. Krohn [et al.] // eLife – 2023. – Vol. 12, P. 99-175.
4. Song W.J., Chang Y.S., Morice A. Changing the paradigm for cough: does 'cough hypersensitivity' aid our understanding? / W.J Song [et al] // Asia Pac Allergy –2013. – Vol. 4 – P. 3-13

## **PHYSIOLOGY OF PSYCHOGENIC RESPIRATORY DISORDERS AND THEIR INFLUENCE ON THE LIFE OF MODERN HUMAN**

***Sedinevskaya S. A., Pushkin M. A.***

*Grodno State Medical University, Grodno, Belarus*

*sedinevskaya02@mail.ru*

Life of modern human is associated with frequent emotional overstrain and stress, which causes psychogenic cough and shortness of breath. The symptoms of psychogenic respiratory disorders lead to anxiety which become obsessive.

## **ЛЕЧЕНИЕ ОСЛОЖНЕННЫХ ФОРМ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ**

***Сенько П. В., Лысенко И. О.***

*Военно-медицинский институт в учреждении образования «Белорусский государственный медицинский университет», Минск, Беларусь*

*senkopasa3000@gmail.com*

***Введение.*** Желчнокаменная болезнь (ЖКБ) – распространенное заболевание, встречающееся у 10-15% населения. Морфологическим субстратом болезни являются конкременты в желчном пузыре (ЖП), состоящие из компонентов его секрета – холестерина, билирубина, разных солей. Осложнения ЖКБ возникают из-за раздражающего действия камней, закупорки пузырного или общего желчного протока (холедохолитиаз), застоя желчи в пузыре с транслокацией бактериальной флоры из кишечника и развитием воспаления. Так, классические осложнения ЖКБ следующие: острый, хронический холецистит, холедохолитиаз с развитием механической желтухи. Осложнения, требующие оперативного вмешательства, развиваются в пределах 1-2,3%. В настоящее время «золотым стандартом» лечения острого холецистита является лапароскопическая холецистэктомия (ЛХЭ). При выраженном

спаечном процессе и далеко зашедшей форме воспаления выполняют открытую холецистэктомию (ХЭ). В последнее время чаще используется эндоскопическая папиллосфинктеротомия (ЭПСТ). Однако все операции, выполняющиеся при осложненных формах ЖКБ, имеют высокий оперативный риск.

**Цель исследования.** Провести сравнительную характеристику операций, выполняющихся при осложнениях ЖКБ; определить частоту осложнений по классификации Clavien-Dindo.

**Материалы и методы.** Исследование представляло собой одномоментное ретроспективное изучение данных медицинской документации пациентов с ЖКБ, которым проводились операции по поводу этого заболевания. Обследованы 149 пациентов, находившихся на лечении в УЗ «4 ГКБ им. Н.Е. Савченко, г. Минск». Сформированы 4 группы пациентов по типу выполненного оперативного вмешательства: ЛХЭ (n=50; 57±21,7 года; женщины: мужчины/35:15), ХЭ (n=12; 63±19,2 года; ж: м / 5:7), ЛХЭ с конверсией в открытую ХЭ (n=5; 75±7 лет; ж: м / 2:3), эндоскопические операции со стентированием или без него (n=82; 64±25,8 года; ж: м / 53:29). Осложнения, возникшие при проведении этих операций, были распределены согласно классификации Clavien-Dindo. При этом осложнения III степени и выше были отнесены к серьезным. Кроме того, группы были распределены по длительности операции, предоперационному периоду, диагностическим ошибкам и другим показателям. Статистическая обработка данных проведена при помощи пакета программ Microsoft office, в том числе Excel 2016 г.

**Результаты исследования.** Основными нозологическими формами в исследовании стали: хронический (48%), острый холецистит (13%), холедохолитиаз (9%), механическая желтуха (8%) и панкреатит (8%). При характеристике первой группы серьезные осложнения возникли в 4% случаев, летальных исходов не наблюдалось, средняя длительность операции составила 102,5 минуты, средний койко-день (к/день) – 10 дней. При ХЭ (2-я группа) осложнения – 8%, летальность – 28,6%, средняя длительность операции – 123,2 минуты, к/день – 18. ЛХЭ с конверсией: осложнения – 20%, без летальных исходов, средняя длительность – 108,5 минуты, к/день – 16. ЭПСТ: осложнения – 23%, летальность – 3,3%, средняя длительность – 85 минут, к/день – 13.

**Выводы.** На основании нашего исследования можно сделать следующие выводы:

1. Наибольшее количество пациентов с осложнениями ЖКБ пришлось на возраст 60-75 лет, с превалированием женского пола.
2. Наилучшие результаты лечения осложненных форм ЖКБ были получены при проведении ЛХЭ в случаях отсутствия холедохолитиаза и механической желтухи.

#### **Литература**

1. Григорьева, И. Н. Распространенность желчнокаменной болезни в различных регионах / И. Н. Григорьева, Ю. П. Никитин // Клиническая медицина. – 2007. – Т. 85 – № 9. – С. 27-30.

2. Завада, Н. В. Неотложная хирургическая помощь в республике Беларусь и перспективы ее развития / Н. В. Завада // Современные технологии в хирургической практике. – 2023. – С. 76-79.

3. Кузина, М. И. Хирургические болезни Учебник. 4-е изд., перераб. и доп. / М. И. Кузин [и др.] // М.: Медицина. – 2018.

4. Курбанов, Д. М. Осложнения лапароскопической холецистэктомии / Д. М. Курбанов, Н. И. Расулов, А. С. Ашуров // Новости хирургии. – 2014. – Т. 22, № 3. – С. 366-373.

## **TREATMENT OF COMPLICATIONS OF CHOLELITHIASIS**

*Senko P. V., Lysenko I. O.*

*Belarusian State Medical University, Minsk, Belarus*

*senkopasa3000@gmail.com*

Cholelithiasis can be complicated by various pathological conditions. When complications develop that require surgery, we have 3 types of interventions: laparoscopic, open cholecystectomy, endoscopic papillosphincterotomy. According to the Clavien-Dindo classification, laparoscopic surgery has the least complications, while endoscopy is more likely to develop minor complications.

## **ОСТРОЕ ПОЧЕЧНОЕ ПОВРЕЖДЕНИЕ**

*Урываев А. М., Сенько П. В., Громыко Е. А.*

*Военно-медицинский институт в учреждении образования «Белорусский государственный медицинский университет», Минск, Беларусь*

*senkopasa3000@gmail.com*

**Введение.** Понятие «острое повреждение почек» (ОПП) введено в практику нефрологии в 2007 г., и связывает минимальные (транзиторные) нарушения почечной функции с серьезными клиническими исходами [1], такими как: острая почечная недостаточность (ОПН – 12,5%), хроническая болезнь почек (ХБП – 8,8%) или смерть (3,2%) [2]. Беларусь – эндемичный регион по заболеваниям почек и мочевыводящих путей, поэтому ОПП – актуальная проблема [3]. Оно характеризуется быстрым снижением скорости клубочковой фильтрации (СКФ), приводит к задержке конечных продуктов метаболизма, включая креатинин и мочевину, к нарушению регуляции водно-электролитного гомеостаза. Появившиеся классификации ОПП – RIFLE (2004 г.), AKIN (2007 г.) ориентируют врачей на раннее выявление нарушения почечной функции с необходимостью интенсивной лекарственной терапии, своевременного начала искусственного очищения крови [1]. В 2021 г. вышел клинический протокол МЗ РБ, содержащий информацию по диагностике и лечению ОПП [4]. Самый частый этиологический компонент развития ОПП – преренальная форма повреждения. Она основана на гипоперфузии почек вследствие гиповолемии (что объясняет развитие ОПП у пациентов с анемией