

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА КЛИНИКО-ДЕМОГРАФИЧЕСКИХ ПАРАМЕТРОВ ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ И ХРОНИЧЕСКИМ ХОЛЕЦИСТИТОМ В ДОКОВИДНЫЙ И ПОСТКОВИДНЫЙ ПЕРИОД

Минкевич Н. Д.

Гродненский государственный медицинский университет
Научный руководитель: канд. мед. наук, доц. Хильмончик Н. Е.

Актуальность. Пандемия COVID-19 внесла значительные изменения в структуру заболеваемости, диагностику и лечение различных патологий, включая холецистит [1]. Лапароскопическая холецистэктомия (ЛХЭ) является золотым стандартом лечения острого холецистита у всех пациентов. В умелых руках лапароскопическая холецистэктомия является безопасной и воспроизводимой хирургической процедурой при остром холецистите, которая не приводит к значительному увеличению частоты оттока желчи у пациентов с COVID и другими заболеваниями [1]. Пандемия коронавирусной инфекции внесла существенные изменения в практику лапароскопической холецистэктомии: в начале пандемии существовали опасения относительно потенциального риска распространения вируса при лапароскопии, что привело к временному увеличению доли открытых операций. Перераспределение медицинского персонала и оборудования для лечения COVID-19 пациентов создало дефицит возможностей для выполнения плановых холецистэктомий в УЗ «Городская клиническая больница № 4 г. Гродно».

Цель. Целью данного исследования является сравнительный анализ клинико-демографических характеристик пациентов с острым и хроническим холециститом до и после пандемии COVID-19.

Методы исследования. Был проведен ретроспективный анализ 5074 медицинских карт пациентов за 2015-2024 год, находившихся на лечении в УЗ «Городская клиническая больница № 4 г. Гродно» с диагнозом хронического и острого холецистита. Статистическая обработка материала проведена с помощью программы «Statistica 10.0».

Результаты и их обсуждение. Нами проведено ретроспективное исследование, включающее данные пациентов с диагнозами «острый холецистит» и «хронический холецистит» за два периода: доковидный период (2015–2019 гг.) и постковидный период (2021–2024 гг.). В доковидный период преобладали женщины (74,7%) в возрасте 55 лет. В постковидный период отмечался рост числа мужчин (до 28,8% по сравнению с 25,2% в доковидный период), а также увеличение среднего возраста (с 55,3 лет до 56,1 года).

Если говорить о частоте и структуре заболеваемости, то до пандемии хронический холецистит диагностировался чаще (65,43% случаев), чем острый (34,57%). После пандемии зафиксирован рост случаев острого холецистита (до 47,09%), что может объясняться отсроченной обращаемостью за медицинской

помощью из-за ограничений, а также прямым влиянием SARS-CoV-2 на билиарную систему. В постковидный период чаще (на 1,3%) наблюдались тяжелые формы холецистита (гангренозный холецистит, эмпиема желчного пузыря). Уменьшилась частота хирургических вмешательств на 6,1% (лапароскопическая и открытая холецистэктомии).

Выводы. В постковидный период отмечается рост числа острых форм холецистита с более тяжелым течением и высокой частотой осложнений. Изменилась демографическая структура пациентов: увеличилась доля мужчин и лиц старшего возраста. COVID-19 мог опосредованно влиять на течение холецистита за счет поздней диагностики, системного воспаления и изменений в терапии.

ЛИТЕРАТУРА

1. De Simone, B. The ChoCO-W prospective observational global study: Does COVID-19 increase gangrenous cholecystitis? / B. De Simone, F. M. Abu-Zidan, E. Chouillard / World Journal of Emergency Surgery. – 2022. – Vol. 17, № 1. – P. 61. – doi: 10.1186/s13017-022-00466-4.

КОРРЕКЦИЯ ГОРМОНАЛЬНЫХ И МЕТАБОЛИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ КАК ПРОФИЛАКТИКА РАЗВИТИЯ ПРЕЭКЛАМПСИИ

Миронюк А. О.

Гродненский государственный медицинский университет
Научный руководитель: канд. мед. наук, доц. Смолей Н. А.

Актуальность. Преэклампсия (ПЭ) остаётся одной из ведущих причин материнской заболеваемости и перинатальных потерь. Особое внимание следует уделить роли эндокринных и метаболических нарушений в патогенезе гипертензивных расстройств. Женщины с избыточным весом имеют повышенный риск развития преэклампсии, эклампсии, гестационного сахарного диабета, макросомии плода, внутриутробной гибели плода и младенческой смертности. ПЭ ассоциирована с факторами риска метаболического синдрома, включая резистентность к инсулину, субклиническое воспаление и ожирение. Кроме того, нарушение плацентации и дисбаланс между ангиогенезом и антиангиогенными факторами оказываются основными причинами ПЭ [1].

В гормональных нарушениях отдельно стоит рассмотреть изменения функционирования щитовидной железы. Во взаимосвязи патологии щитовидной железы и развития ПЭ лежит эндотелиальная дисфункция. Как известно, тиреоидная система активно регулирует работу сердца и сосудов через геномные и негеномные механизмы [2]. Беременность у таких пациенток должна планироваться после коррекции гормонально-метаболических нарушений. Во время беременности необходимы ранняя диагностика и лечение