

Выводы. Курс по выбору «Практический кейс по диагностике и лечению острого аппендицита в условиях «WetLab» для субординаторов-хирургов по данным анонимного анкетирования является эффективной формой обучения практическим навыкам в условиях максимально приближенным к реальным, что позволяет внедрить отработку важных этапов хирургического вмешательства на живых тканях на доклиническом этапе. Эффективность использования кейс-технологии и симуляционного обучения, улучшение навыка командной работы по данным анкетирования подтвердили 100% участников, высоко оценив включение в курс ультразвуковой диагностики, работы с электрохирургическим оборудованием и электроотсосом. Поэтому курс по выбору «Практический кейс по диагностике и лечению острого аппендицита в условиях «WetLab» может быть рекомендован к внедрению в программы подготовки субординаторов-хирургов как эффективный инструмент повышения качества практической подготовки.

ЛИТЕРАТУРА

1. Система подготовки специалиста по лапароскопической хирургии в учебной операционной wet-lab / Д. А. Хубезов, В. П. Сажин, А. Ю. Огорельцев [и др.] // Хирургия. Журнал им. Н. И. Пирогова. – 2018. – № 4. – С. 31–35.
2. Бовтюк, Н. Я. Опыт использования лабораторных животных в обучении студентов практическим навыкам на кафедре оперативной хирургии и топографической анатомии / Н. Я. Бовтюк, Н. С. Анисова, Я. А. Острожинский, Ж. А. Макарович // БГМУ в авангарде медицинской науки и практики / Белорус. гос. мед. ун-т ; под ред. С. П. Рубниковича, М. Ю. Ревтовича. – Минск, 2025. – Вып. 15. – С. 104–108.

КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА ТЕЧЕНИЕ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА

Бовтюк Н. Я., Анисова Н. С., Желенговская М. Н., Гинюк В. А.

*Белорусский государственный медицинский университет
Минск, Республика Беларусь*

Актуальность. Желчнокаменная болезнь (ЖКБ) представляет собой одну из наиболее распространенных патологий гепатобилиарной системы, традиционно ассоциированную с лицами старшей возрастной группы [1, с. 98], [2, с. 36]. Однако, в последние десятилетия наблюдается тенденция к «омоложению» заболевания с увеличением частоты выявления ЖКБ у женщин репродуктивного возраста, что обусловлено комплексом метаболических, гормональных (беременность, прием

комбинированных оральных контрацептивов, заместительная гормональная терапия), поведенческих факторов (изменение структуры питания, гиподинамия), врожденными или приобретенными аномалиями формы желчного пузыря [3, с. 62], [4, с. 72].

Несмотря на значительные успехи в диагностике и лечении ЖКБ, прогнозирование характера течения заболевания у пациенток репродуктивного возраста остается нерешенной клинической задачей. Вместе с тем, ультразвуковые критерии (размеры и количество конкрементов, наличие деформаций желчного пузыря, состояние его стенки, признаки билиарного сладжа) до настоящего времени недостаточно учитываются в клинической практике при прогнозировании риска рецидивов и выборе оптимальной лечебно-тактической стратегии у данной категории пациенток [5, с. 110].

Цель. Изучить особенности желчнокаменной болезни у женщин репродуктивного возраста разных возрастных групп для выявления клинико-анатомических факторов, влияющих на течение и исход заболевания.

Методы исследования. Проведен ретроспективный анализ данных 142 медицинских карт стационарных пациенток репродуктивного возраста (от 15 до 49 лет), находившихся на лечении в хирургическом отделении УЗ «3-я городская клиническая больница имени Е. В. Клумова» г. Минска по поводу желчнокаменной болезни с 2021 по 2025 гг. Хирургическое отделение является городским центром на функциональной основе для оказания неотложной хирургической помощи подросткам г. Минска.

Исследование одноцентровое, когортное, в ходе которого применялись статистические и аналитические методы. Обработка собранных данных осуществлялась с помощью программного обеспечения Microsoft Excel 2020.

Результаты и их обсуждение. Пациентки распределены на 4 целевые группы по возрасту, согласно классификации Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ).

Первую целевую группу составили 25 (17,6%) женщин в возрасте от 15 до 20 лет. Среди них диагноз острый калькулезный холецистит (ОКХ) был выставлен в одном случае, диагноз хронический калькулезный холецистит (ХКХ) в 24 (96,0%) случаях. За изучаемый период повторное поступление отмечено у 6 (24,0%) женщин. Ультразвуковое исследование органов брюшной полости (УЗИ ОБП) выполнено в 25 (100,0%) случаях, в 9 (36,0%) случаях выявлены аномалии формы желчного пузыря. Размер камней составил от 3 до 60 мм. Из них, камни до 5 мм – в 8 (32,0%) случаях, до 10 мм – в 7 (28,0%) случаях, свыше 10 мм – в 10 (40,0%) случаях. В этой группе выполнено 8 (32,0%) операций. Средний срок лечения в стационаре составил 6,3 койко-дня (к/д).

Вторую целевую группу составили 29 (20,4%) женщин в возрасте от 21 до 30 лет. Среди них диагноз ОКХ выставлен в 4 (13,8%) случаях, ХКХ – в 25 (86,2%) случаях. За изучаемый период повторное поступление отмечено у 2 (6,9%) женщин.

УЗИ ОБП выполнено в 29 (100,0%) случаях, в 5 (17,2%) случаях выявлены аномалии формы желчного пузыря. Размер камней составил от 3 до 25 мм, из них, камни до 5 мм – в 11 (38,0%) случаях, до 10 мм – в 9 (31,0%) случаях, свыше 10 мм – в 9 (31,0%) случаях. В этой группе выполнено 17 (58,6%) операций. Средняя продолжительность госпитализации составила 5,3 к/д.

Третью целевую группу составили 46 (32,4%) женщин в возрасте от 31 до 40 лет. Среди них диагноз ОКХ выставлен в 9 (19,6%) случаях, диагноз ХКХ – в 37 (80,4%) случаях. За изучаемый период повторное поступление отмечено у 2 (4,3%) женщин. УЗИ ОБП выполнено в 46 (100,0%) случаях, аномалии формы желчного пузыря выявлены в 4 (8,7%) случаях. Размер камней составил от 2 до 27 мм. Из них, камни до 5 мм – в 14 (30,0%) случаях, до 10 мм – в 11 (23,9%) случаях, свыше 10 мм – в 21 (46,1%) случаях. В рассматриваемой целевой группе выполнено 32 (69,6%) операции. Длительность пребывания в стационаре составила 5,7 к/д.

Четвертую целевую группу составили 42 (29,6%) женщины в возрасте от 41 до 49 лет. Среди них диагноз ОКХ выставлен в 9 (21,4%) случаях, диагноз ХКХ с ЖК – в 33 (78,6%) случаях. За изучаемый период повторное поступление отмечено у 3 (7,1%) женщин. УЗИ ОБП выполнено в 42 (100,0%) случаях, в 9 (21,4%) случаях выявлены аномалии формы желчного пузыря. Размер камней составил от 3 до 63 мм, из них камни до 5 мм – в 12 (28,6%) случаях, до 10 мм – в 8 (19,0%) случаях, свыше 10 мм – в 22 (52,4%) случаях. В рамках четвертой целевой группы выполнено 27 (64,3%) операций. Средний срок лечения составил 6,0 к/д.

Анализ повторных госпитализаций по поводу острого или хронического калькулезного холецистита показал, что максимальная частота рецидивных обращений зафиксирована в младшей возрастной группе (до 20 лет). Данный факт свидетельствует о необходимости углубленного изучения особенностей течения ЖКБ у пациенток младшей возрастной группы.

Выводы. В первой группе на фоне значительной вариабельности в размере камней (3–60 мм) и высокого процента (36,0%) выявленных аномалий формы желчного пузыря выполнено наименьшее количество хирургических вмешательств по сравнению с другими возрастными группами. Однако отмечен высокий процент (24,0%) повторных госпитализаций. Это указывает на то, что консервативная тактика при наличии отягощающих морфологических факторов (аномалии формы, наличие камней) не всегда эффективна и требует пересмотра сроков и показаний к хирургическому лечению у данной категории пациенток. **С возрастом наблюдается рост частоты острого калькулезного холецистита** – с 4,0% в группе до 20 лет, до 21,4% в группе 41–49 лет, отмечается преобладание конкрементов крупного размера (52,4%), а также рост оперативных вмешательств (64,3%), что отражает кумулятивный эффект длительности камненосительства, приводящий к изменению формы желчного пузыря и увеличению риска развития осложненных форм ЖКБ.

ЛИТЕРАТУРА

1. Семенов, Д. Ю. Факторы риска развития желчнокаменной болезни у женщин репродуктивного возраста / Д. Ю. Семенов, Е. Н. Смолина, А. Н. Айламазян // Ученые записки СПбГМУ им. акад. И.П. Павлова. – 2013. – Т. 20, № 3. – С. 41–44.
2. Многофакторная клиничко-генетическая модель развития желчнокаменной болезни / А. А. Сагдатова, Р. Х. Зулкарнеев, Э. К. Хуснутдинова [и др.] // Практическая медицина. – 2017. – № 6(107). – С. 108–112.
3. Вахрушев, Я. М. Возможности использования кристаллооптических свойств желчи в ранней диагностике желчнокаменной болезни / Я. М. Вахрушев, Н. А. Хохлачева // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. – 2011. – № 4. – С. 26–30.
4. Ильченко, А. А. Клиническое значение аномалий формы желчного пузыря у пациентов с билиарной патологией / А. А. Ильченко, Ю. Н. Орлова, Е. В. Быстровская // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. – 2021. – № 6(190). – С. 72–77.
5. Билиарный сладж как стадия желчнокаменной болезни: успехи и сложности лечения / О. Н. Минушкин, Т. Б. Топчий, Е. Г. Бурдина [и др.] // Медицинский совет. – 2020. – № 21. – С. 110–116.

ВЛИЯНИЕ ЭНДОГЕННОГО ЭСТРОГЕНА НА РИСК ПАТОГЕНЕЗА РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ЖЕНЩИНЫ В ПРЕ- И ПОСТМЕНОПАУЗЕ

Борисова М. А.

*Гомельский государственный медицинский университет
Гомель, Республика Беларусь*

Актуальность. Многочисленные экспериментальные и стационарные исследования совершенно ясно указывают на большую причастность эстрогенов оказывать влияние на развитие рака молочной железы (РМЖ). Эстрогены, протоонкогены и факторы роста оказывают огромное влияние не только на пролиферацию клеток молочной железы (МЖ), но и в дальнейшем на этиологию РМЖ. Повышение уровня эндогенных эстрогенов у женщин в постменопаузе напрямую влияет на повышение риска развития РМЖ. Кроме того, огромное влияние на развитие РМЖ оказывают также и другие гормоны – прогестерон, пролактин и тестостерон [1, с. 246].

Цель. В этом систематическом обзоре и мета-анализе рассматривается различные доказательства гипотезы влияния эндогенных эстрогенов и других гормонов на риски развития РМЖ; рассматривается влияние разнообразных факторов на риск развития РМЖ; последние научные данные об эстрогенах и механизмы их влияния на организм женщины в пре- и постменопаузе.