

где частота составила 75,99 на 100 000 населения.

В 2011 г. 55 из 118 больных с ВМК умерли в течение острого периода заболевания, 28-дневная летальность составила 46,6% (43,6% у мужчин и 56,4% у женщин). Этот показатель в 2001-2003 гг. составлял 63,3% (61,2% у мужчин и 66% у женщин.).

По данным стандартизированного популяционного исследования в Республике Беларусь отмечается высокая заболеваемость ВМК, достигающая 28,3 на 100 000 жителей в год

Сравнение показателей заболеваемости ВМК у жителей крупной городской популяции в 2011 и 2001-2003 гг. существенной динамики не показало. Анализ показателей заболеваемости в отдельных возрастных группах показал в 2011 г. возрастание заболеваемости с увеличением возраста больных с максимальным значением показателей в возрастных группах 75-84 и группе 85 лет и старше. В 2001-2003 гг. отмечалось возрастание заболеваемости с максимальным значением показателей в группах 65-74 и 75-84 и последующим снижением в группе 85 лет и старше. Таким образом, в 2011 г. отмечается смещение пика заболеваемости в более старших возрастных группах по сравнению с 2001-2003 гг. В 2011 году отмечается некоторое снижение показателя летальности (46,6%), тогда как в 2001-2003 гг. этот показатель составлял 63,3%.

## **ПЕРСПЕКТИВЫ И ВОЗМОЖНОСТИ АМБУЛАТОРНОЙ ХИРУРГИИ**

*Гаврилик Б.Л., Белесова С.П.*

*УО «Гродненский государственный медицинский университет», Гродно  
Филиал УЗ «Гродненская центральная городская поликлиника»  
городская поликлиника № 6, Гродно*

Экономное использование материальных ресурсов и поиск оптимальных путей их сокращения без потери качества лечения является актуальной задачей нашего здравоохранения. Одним из таких организационных направлений может быть система так называемой «однодневной хирургии» или стационарзамещающей хирургии, развитию которой в системе амбулаторной и стационарной хирургической службы в последние годы уделяется большое внимание. Основная задача данного направления – это повышение оперативной активности в амбулаторно-поликлинических условиях, что создает дополнительный резерв для рационального использования коечного фонда хирургических стационаров, высвобождая часть коек для госпитализации более тяжелых больных, а также способствует

повышению квалификации поликлинических хирургов, их престижа и заинтересованности в работе. Целесообразность разумного расширения объема хирургической помощи в поликлинике очевидна, однако это не должно осуществляться во вред больному – не приводить к развитию серьезных осложнений, способствующих нарушению функции его органов и систем. Для этого следует осуществлять тщательный отбор больных, выполнять операции при строгом соблюдении правил асептики и обеспечении полного обезболивания (1).

Впервые о широком применении хирургических вмешательств в условиях амбулаторий по методике «хирургия одного дня» сообщил в 1909 году шотландский хирург Дж. Николь. Он показал значимую эффективность такой формы организации хирургической помощи, выполнив около 9 000 операций в условиях стационара одного дня. А. Грант в 1912 году сообщил на обществе английских хирургов, результатах лечения 211 больных в условиях краткосрочного пребывания в стационаре и отметил, что при выписке пациентов на первый день после произведенного оперативного вмешательства послеоперационных осложнений бывает значительно меньше. Однако, несмотря на доказанные преимущества стационарзамещающей хирургии, лишь во второй половине прошлого столетия отношение к оперативному лечению пациентов в амбулаторных условиях в корне изменилось. В разных странах начали появляться центры амбулаторной хирургии. В России стационарзамещающая хирургическая помощь стала осуществляться в дневных поликлинических стационарах, в центрах амбулаторной хирургии и в клиниках амбулаторной хирургии ряда крупных городов. С 2008 года в г. Минске функционирует Центр амбулаторной и малоинвазивной хирургии. Анализ результатов работы данного центра позволяет сделать заключение о практической целесообразности и социальной выгоде амбулаторной хирургии [2].

В поликлинике № 6 г. Гродно, несколько лет назад введенной в строй, созданы хорошие условия для выполнения оперативных вмешательств по методике «хирургия одного дня». В хирургическом отделении поликлиники имеется современный операционный блок, чистая и гнойная перевязочные, послеоперационная палата дневного пребывания на две койки, подготовленный медицинский персонал. Плановые операции производятся согласно графику, экстренные оперативные пособия по мере обращения пациентов с urgentной хирургической патологией на прием к хирургу.

Нами проведен анализ оперативных вмешательств, выполненных на базе хирургического отделения Гродненской городской поликлиники № 6 за период с 2009 по 2011 год. Всего за указанный срок оперировано 1177 пациентов. Из них в плановом порядке оперировано 465 человек, 712 пациентам произведены различные операции по экстренным

показаниям. Среди оперированных больных женщин было 582 (49,4%), мужчин – 595 (50,6%). Все оперативные пособия, как плановые, так и экстренные, производились под местной анестезией.

Плановые операции выполнялись, в основном, по поводу вросшего ногтя, папилломы, атеромы, фибромы, липомы, сухожильной кисты, пигментного невуса, подкожной, небольших размеров, капиллярной гемангиомы, лигатурного свища мягких тканей. Большинство больных, оперированных в плановом порядке, составляли пациенты с вросшим ногтем – 185 (39,8%) и атеромой – 172 (37,2%).

Ранних осложнений после плановых оперативных вмешательств не было. У 6 (3,2%) пациентов с вросшим ногтем в разные сроки после операции наступил рецидив заболевания. Больные оперированы повторно. Достигнут хороший отдаленный результат.

Экстренные оперативные вмешательства произведены по поводу подкожного абсцесса и эпифасциальной флегмоны у 131 (18,4%) больного, фурункула – у 158 (22,2%), карбункула – у 10 (1,4%), панариция – у 138 (19,4%), гидроаденита – у 83 (11,7%), нагноившейся атеромы – у 64 (9,0%). В связи с подкожной гематомой операции выполнены у 17 (2,4%) больных, нагноившейся мозоли – у 22 (3,1%), нагноившегося эпителиального копчикового хода – у 8 (1,1%), гнойного бурсита – у 6 (0,8%) пациентов. У 57 (8,0%) больных произведена некрэктомия по поводу термического ожога кожи II степени. 16 (2,2%) пациентов оперированы в связи с наличием инородного тела мягких тканей. Еще 2 (0,3%) пациенткам произведено вскрытие в одном случае премаммарного, в другом случае – субареолярного мастита. У 541 (76,0%) ургентного больного возраст колебался в пределах 21-60 лет.

Ранних осложнений после экстренных амбулаторных операций также не наблюдалось. Двое пациентов, оперированных по поводу нагноившегося эпителиального копчикового хода, в связи с рецидивом заболевания направлены в больницу, еще двое больных термическими ожогами после некрэктомии госпитализированы для дермопластики. Нескольким больным с подкожными абсцессами в ходе выполнения перевязок лечение дополнили контрапертурными разрезами, что ускорило процесс выздоровления. Следует отметить, что отсутствие возможности проведения общего обезболивания и суточного наблюдения за пациентом регламентировали объем операций. Так, например, производилось вскрытие и дренирование лишь кожного, подкожного, околоногтевого (панариция), подногтевого и, в ряде случаев, сухожильного панариция, локтевого и препателлярного бурсита, поверхностных форм мастита, подкожных гематом и абсцессов, эпифасциальных флегмон. Пациенты с глубже расположенными гнойными процессами мягких тканей, некоторыми сухожильными, всеми костными и суставными панарициями, флегмонами кисти,

интермаммарными и субмаммарными маститами, глубокими лигатурными свищами направлялись в стационар. В 20% случаев извлечь инородное тело из мягких тканей пациентов не удалось, что также потребовало госпитализации.

Таким образом, в хирургическом отделении поликлиники № 6 г. Гродно имеются все условия для выполнения urgentных стационарзамещающих операций, входящих в реестр оперативных вмешательств «хирургия одного дня». Опыт лечения данных больных показывает несомненную экономическую выгоду стационарсберегающей хирургии при грамотном отборе пациентов и правильном их лечении, тем более, что значительное количество оперированных являются людьми трудоспособного возраста. К тому же, следует отметить, что согласно последним данным, один день пребывания больного в хирургическом стационаре на июль 2012 года составляет 295700 рублей, с учетом всех затрат, включая оплату труда медработников.

*Список литературы:*

1. Клиническая хирургия: национальное руководство: в 3т. / под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириенко. - М.: ГЭОТАР - Медиа, 2008.- Т.1. - С. 136-149.
2. Шахрай, С.В. Оценка экономической эффективности работы Минского городского центра амбулаторной и малоинвазивной хирургии / С.В. Шахрай, А.Ю. Соколов, М.Ю. Гаин // Новости хирургии. – 2011. - Т.19. - № 6. - С. 76-81.

## **ЗНАЧЕНИЕ РАДИАЦИОННОЙ БЕЗОПАСНОСТИ В МЕДИЦИНСКИХ УЧРЕЖДЕНИЯХ**

***Жарнова В.В.***

*УЗ «Городская клиническая больница № 1 г. Гродно»*

Цель данной работы - ориентировать практикующих врачей-лечебников на необходимость соблюдения правил радиационной безопасности при проведении диагностических ионизирующих исследований.

Несмотря на то, что с момента открытия радиоактивности минуло чуть более ста лет, это отнюдь не новое явление в окружающем мире. Задолго до возникновения жизни на Земле и самой Земли радиация, как и в настоящее время, постоянно заполняла космическое пространство, существовала как неотъемлемое свойство мироздания. Воздействию радиации подвергались и подвергаются все объекты живой и неживой природы на Земле.

Естественные (природные) источники содержатся в земной коре, воздухе, строительных материалах, пище и воде. Полная эффективная доза, обусловленная естественными источниками радиации на Земле,