

персонала напрямую отражается на качестве ухода за пациентами. Наличие системы психологической поддержки (введение клинического психолога, обучение персонала) оказывает двойной положительный эффект: снижает стресс у пациентов и снижает эмоциональную нагрузку на медиков, так как у них появляются инструменты для решения сложных психологических проблем.

Выводы. В результате исследования установлено, что работа со страхами пациентов и профилактика выгорания персонала – это не вопрос этики, а вопрос клинической эффективности и безопасности современной лучевой терапии. Специалисты отделения постоянно совершенствуют свой профессиональный уровень, участвуя в международных и республиканских конференциях, конгрессах, проходят обучение на курсах повышения квалификации специалистов. Безусловно хочется выделить профессиональную выдержку в общении с пациентами, ведь это очень положительно влияет на всю динамику проходящего лечения.

Литература

1. Радиационная медицина = Radiation Medicine : учеб. пособие для иностранных студентов / А. Н. Стожаров [и др.] ; под ред. проф. А. Н. Стожарова. – Минск : Новое знание, 2020. – 205 с.

PSYCHOLOGICAL ASPECTS OF RADIATION THERAPY IN PATIENTS AND STAFF

Urban A.P., Zhitkovich M.V.

Grodno State Medical University, Grodno, Belarus

mark2006ggo@gmail.com

The article discusses the psychological aspects of radiation therapy. It describes how it affects the psychoemotional state of patients. It also discusses how this affects the psychoemotional state of medical staff.

ОСТРЫЙ ПАНКРЕАТИТ КАК НАГРУЗКА НА СТАЦИОНАРНУЮ СИСТЕМУ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ: АНАЛИЗ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ КОЕЧНОГО ФОНДА И ДИАГНОСТИКИ

Фетисова Е.И., Кольчевская А.А.

Гомельский государственный медицинский университет, Гомель, Беларусь

Гомельская областная клиническая больница, Гомель, Беларусь

publ_health@gsmu.by

Введение. Острый панкреатит представляет собой значимую нагрузку на стационарную систему здравоохранения вследствие длительной госпитализации пациентов и высокой потребности в медицинских ресурсах. Согласно данным Белстата, средняя продолжительность пребывания пациентов с острым панкреатитом превышает 25 койко-дней, что обосновывает

необходимость оптимизации маршрутизации пациентов и диагностических алгоритмов [1].

В Республике Беларусь оказание медицинской помощи при остром панкреатите регламентируется клиническим протоколом, предусматривающим многоуровневую систему организации лечения – от хирургических отделений до отделений реанимации и интенсивной терапии [2]. Современные международные рекомендации, включая руководства Европейского клуба по изучению поджелудочной железы (ЕРС) и пересмотренную классификацию Атланты (2012), подчёркивают ключевую роль ранней визуализации – в частности, компьютерной томографии – для стратификации тяжести и выявления осложнений [3].

Цель исследования. Оценить использование коечного фонда, диагностическую эффективность и соответствие лечебной тактики национальному клиническому протоколу у пациентов с острым панкреатитом.

Материалы и методы. Проведён анализ 100 медицинских карт стационарных пациентов, госпитализированных в учреждение «Гомельская областная клиническая больница» в 2020–2024 годах. Оценивалась этиологическая структура заболевания, частота выполнения компьютерной томографии и ультразвукового исследования, лабораторные показатели, клинические исходы и продолжительность госпитализации. Статистическая обработка включала расчёт медианы, применение критерия χ^2 и доверительных интервалов. Различия считались статистически значимыми при $p < 0,05$.

Результаты исследования. По результатам исследования было выявлено преобладание мужской популяции (70%). Средний возраст составил 54 года, что соответствует данным литературы о пиковой заболеваемости острым панкреатитом у лиц среднего возраста [4].

Этиологическая структура заболевания распределялась следующим образом: алкогольная форма – 40%, билиарная – 36%, смешанная – 24%.

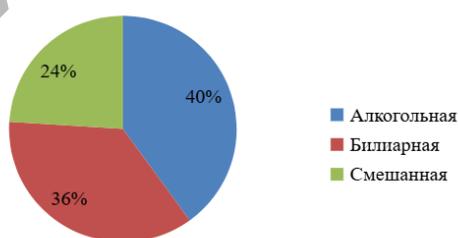


Рисунок 1 – Структура этиологических форм ОП

Диагностические процедуры проводились в соответствии с национальными протоколами: компьютерная томография была выполнена у 94 % пациентов, ультразвуковое исследование – у 86%. Общая продолжительность госпитализации составила 1340 койко-дней: в хирургическом отделении – $31,0 \pm 0,9$ дня, в отделении реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ) – $20,5 \pm 0,7$ дня, что подчёркивает значительную

нагрузку на стационарный фонд. Летальность составила 14 пациентов из 73 в хирургическом отделении (19,2%) и 26 пациентов из 37 (70,3%) в ОРИТ ($\chi^2=38,7$; $p<0,001$), что свидетельствует о тяжёлом состоянии пациентов при поступлении в ОРИТ.

Таблица 1 – Сравнение показателей по типу отделения

| Показатель | Хирургическое отделение | ОРИТ | p |
|--|-------------------------|------------|--------|
| Летальность | 14 (19,2%) | 26 (70,3%) | <0,001 |
| Средняя длительность госпитализации, дни | 31,0 ± 0,9 | 20,5 ± 0,7 | <0,05 |
| Средний уровень амилазы, Ед/л | 1145 | 441 | <0,01 |
| Выполнение КТ, % | 70 (95,9%) | 34 (91,9%) | >0,05 |

Уровень амилазы в отделении ОРИТ составил 441 Ед/л против 1145 Ед/л в хирургическом отделении. Средний интервал от начала заболевания до госпитализации составил 36 часов в ОРИТ и 48 часов в хирургическом отделении.

Выводы. Проведённое исследование показало, что острый панкреатит требует значительных затрат коечного фонда и длительной госпитализации пациентов. Диагностические алгоритмы, включающие высокую частоту компьютерной томографии и ультразвуковых исследований, соответствуют требованиям национального клинического протокола и международным рекомендациям, что подтверждает адекватность применяемых методов визуализации для раннего выявления осложнений. Однако, высокая смертность среди пациентов отделения ОРИТ отражает позднюю госпитализацию и уже сформированные тяжёлые осложнения, что снижает эффективность проводимой терапии. Полученные данные подчёркивают необходимость ранней стратификации риска и своевременного направления пациентов в специализированные отделения, а также подчеркивают значимость информационно-просветительской работы с населением для сокращения времени обращения за медицинской помощью. В целом, результаты исследования демонстрируют, что оптимизация маршрутизации пациентов и внедрение протоколов ранней выписки могут способствовать более рациональному использованию медицинских ресурсов и улучшению клинических исходов при остром панкреатите.

Литература

1. Белстат. Здоровоохранение Республики Беларусь в 2022 году: Статистический ежегодник. – Минск: Белстат, 2023. – URL: <https://www.belstat.gov.by/upload/iblock/da7/2ofs6kwxniibet4h4icu0kdluroipo8.pdf> (дата обращения: 25.09.2025)

2. Клинический протокол «Диагностика и лечение пациентов (взрослое население) с острым панкреатитом в стационарных условиях» Постановление

Министерства здравоохранения Республики Беларусь 30.11.2023 № 182. – URL: <https://inlnk.ru/68gOwm> (дата обращения: 06.11.2025).

3. Classification of acute pancreatitis – 2012: revision of the Atlanta classification / P. A. Banks, T. L. Bollen, C. Dervenis [et al.] // Gut. – 2013. – Vol. 62, № 1. – P. 102–111.

1. Yadav, D. The epidemiology of pancreatitis and pancreatic cancer / D. Yadav, A. B. Lowenfels // Gastroenterology. – 2013. – Vol. 144, № 6. – P. 1252–1261.

ACUTE PANCREATITIS AS A BURDEN ON THE INPATIENT HEALTHCARE SYSTEM OF THE REPUBLIC OF BELARUS: ANALYSIS OF BED UTILIZATION AND DIAGNOSTIC PRACTICES

Fetisova E.I., Kolchevskaya A.A.

*Gomel State Medical University, Gomel, Belarus
Gomel Regional Clinical Hospital, Gomel, Belarus
publ_health@gsmu.by*

The study analyzed patients with acute pancreatitis hospitalized in surgical and intensive care units. Total bed-days reached 1340, indicating high resource consumption. Mortality in the intensive care unit was 70%, suggesting late hospitalization and advanced complications. The findings support the need for early risk stratification and optimization of bed utilization in line with Belarusian clinical guidelines.

ОЦЕНКА ОСОБЕННОСТЕЙ ПОСТНАТАЛЬНОГО РОСТА И АДАПТАЦИИ ДЕТЕЙ, РОЖДЁННЫХ С КРУПНОЙ МАССОЙ ТЕЛА

Халецкая Д.А.¹, Новицкая А.О.^{1,2}

¹*Детская центральная городская клиническая поликлиника г. Гродно,
Гродно, Беларусь*

²*Гродненский государственный медицинский университет, Гродно, Беларусь
khaletskaya2642@gmail.com*

Введение. Термин «крупный для гестационного возраста» утвердилось в педиатрической и неонатологической практике во второй половине XX века, после внедрения центильных кривых роста и массы новорождённых, предложенных Lubchenco и соавт. Согласно современным критериям это дети, у которых масса тела при рождении превышает 90-й перцентиль для соответствующего срока гестации, что чаще всего соответствует весу более 4000 г. Близким по смыслу термином является «макросомия», обозначающая абсолютную массу тела при рождении свыше 4000–4500 г, вне зависимости от гестационного возраста. За последние десятилетия макросомия стала чаще связана с ростом числа женщин с ожирением или метаболическими нарушениями. По данным эпидемиологических исследований, примерно 10% новорождённых рождаются с признаками избыточной массы тела.