

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ
ГОМЕЛЬСКИЙ ГОСУДАСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ**

Кафедра хирургических болезней № 3

**Утверждено на заседании кафедры
протокол № ___ от « ___ » _____ 2002г.**

**ПРОФИЛАКТИЧЕСКАЯ РАБОТА ХИРУРГА ПОЛИКЛИНИКИ.
ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ ХИРУРГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ.**

**Учебно-методическая разработка для студентов VI курса
(субординаторов-хирургов)**

Авторы: асс. Пузан А. Е., Лызиков А. А.,

Под редакцией зав. кафедрой доц. Шебушева Н. Г.

ГОМЕЛЬ, 2002 г

I. ВВЕДЕНИЕ.

Профилактическая работа является весьма важным разделом разнообразной деятельности хирургов амбулаторно-поликлинических учреждений, которая проводится на основе ежегодно составляемых комплексных планов данного лечебного учреждения. В этот план входят такие разделы как профилактика травматизма и частых гнойных заболеваний, диспансеризация и др.

II. ЦЕЛЬ ЗАНЯТИЯ.

Ознакомиться с организацией профилактической работы и диспансеризации хирургических больных в поликлинике, правилами оформления медицинской документации (заполнение амбулаторных карт, направление на ВКК, МРЭК и др.), вопросами проведения санитарно-просветительской работы.

III. ЗАДАЧИ ЗАНЯТИЯ.

СТУДЕНТ ДОЛЖЕН ЗНАТЬ:

1. Задачи, цели и формы проведения диспансеризации населения.
2. Нозологические формы, подлежащие диспансеризации у врача-хирурга.
3. Ориентировочные (оптимальные) сроки временной нетрудоспособности при основных хирургических заболеваниях.
4. Вопросы организации санитарно-просветительной работы.

СТУДЕНТ ДОЛЖЕН УМЕТЬ:

1. Заполнять амбулаторную и диспансерную карту, направление на МРЭК.
2. Проводить диспансеризацию хирургических больных.
3. Ориентироваться в оптимальных сроках временной нетрудоспособности при основных хирургических заболеваниях.

IV. ОСНОВНЫЕ УЧЕБНЫЕ ВОПРОСЫ.

1. Профилактическая работа и диспансеризация больных. Цели, задачи и формы проведения диспансеризации. Группы диспансерного наблюдения.
2. Нозологические формы заболеваний, подлежащие диспансеризации у врача-хирурга. Частота наблюдений, основные лечебно-оздоровительные мероприятия.

3. Ориентировочные (оптимальные) сроки временной нетрудоспособности при основных хирургических заболеваниях.
4. Санитарно-просветительная работа. Цели и форма проведения.

V. ВСПОМОГАТЕЛЬНЫЕ МАТЕРИАЛЫ ПО ТЕМЕ

Профилактика хирургических заболеваний - вторая важнейшая сторона деятельности хирургических кабинетов и отделений поликлиник. В ее основе лежит диспансеризация населения. Диспансеризацией предусмотрено активное наблюдение за населением страны в целях обеспечения правильного развития каждого человека, предупреждения, раннего выявления и лечения заболеваний. Диспансеризацию проводят путем осуществления лечебно-профилактических, санитарно-гигиенических и социально-экономических мероприятий.

Главными мероприятиями по диспансеризации населения являются: осмотры и обследования больных и здоровых; взятие на диспансерный учет и систематическое наблюдение; лечение и реабилитация больных, рекомендации по трудоустройству; выявление вредных факторов, способствующих возникновению заболеваний; активная постановка перед администрацией вопросов о создании надлежащих условий труда; санитарное просвещение; осуществление целенаправленных лечебно-оздоровительных мероприятий с использованием санаториев-профилакториев, домов и баз отдыха, лечебной физкультуры, рационального режима жизни.

Врачи хирурги проводят диспансеризацию больных со следующей патологией:

- флебит и тромбофлебит;
- посттромбофлебитический синдром;
- хронический остеомиелит;
- атеросклероз артерий конечностей, синдром Рейно, эндартериит;
- варикозное расширение вен нижних конечностей;
- состояние после операции по поводу язвенной болезни;
- состояние после операции на печени, кишках;
- полипоз толстой кишки после оперативного лечения;
- состояние после операции по поводу множественных и единичных полипов;
- одиночные полипы толстой кишки, не подлежащие операции ($< 0,4$ см);
- состояние после операций на органах грудной клетки;
- фиброзно-кистозная мастопатия, узловатая мастопатия, фиброаденома молочной железы;
- наружные брюшные грыжи, диафрагмальная грыжа;
- хронический парапроктит, геморрой, трещина анального канала.

Периодичность осмотров при большинстве заболеваний составляет 1 раз в 6 мес. Лица с сосудистой патологией, кроме варикозного расширения вен, должны осматриваться 1 раз в 2-3 мес, а больные с варикозным расширением вен, одиночными полипами толстой кишки, оперированные по поводу единич-

ных тубулярных аденом - 1 раз в год.

Хирург ведет также диспансерное наблюдение за больными урологического профиля и с травмами, если в поликлинике нет соответствующего профиля.

Задача диспансеризации состоит в первичном обследовании подлежащего диспансеризации населения, в выявлении больных и лиц с риском заболевания и взятия их на учет. Организационные формы диспансеризации и способы проведения обследования здоровых и больных разнообразны:

- самостоятельное посещение поликлиники больными;
- активный вызов;
- посещение врачами поликлиники хронических больных на дому;
- выезды бригад врачей на предприятия и в учреждения.

В целях диспансеризации поликлиники используют результаты обследований больных, лечившихся в стационарах.

На основании всестороннего обследования выделяют 3 группы населения:

Д-I - здоровые;

Д-II - практически здоровые (лица, у которых не было обострения заболевания в течение нескольких лет).

Д-III - больные.

Результаты диспансерного обследования больных и здоровых регистрируют в медицинской карте амбулаторного больного и в диспансерной карте. В последней отмечают основные данные о пациенте, случаи утраты им трудоспособности, результаты повторных обследований, случаи неявки на диспансеризацию, график очередного посещения, проведенные профилактические мероприятия. Диспансерную карту 1 раз в месяц просматривает врач. В конце года в ней записывается этапный эпикриз.

САНИТАРНО-ПРОСВЕТИТЕЛЬНАЯ РАБОТА.

Санитарно-просветительная работа, гигиеническое воспитание людей составляют важнейшую сторону организационно-профилактической работы врача хирургического кабинета поликлиники. Ее необходимо проводить как среди диспансерных больных, так и их родственников.

Особый упор в санитарно-просветительной работе необходимо делать на антиалкогольную пропаганду, профессионально разъясняя пагубное влияние алкоголя и других наркотических веществ на организм человека.

ОРИЕНТИРОВОЧНЫЕ (ОПТИМАЛЬНЫЕ) СРОКИ ВРЕМЕННОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ПРИ ОСНОВНЫХ ХИРУРГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

№ п/п	Наименование заболевания	Временная нетрудоспособность				Направление на МРЭК	Примечание
		амбулаторное лечение, дн.	стационарное лечение, дн.	амбул. лечение после стац., дн.	общий срок ВН, дн.		
1	Острый аппендицит	-	7-8	10-16	17-24	-	Освобождение по ВКК от умеренного и тяжелого физического труда (ТФТ) до 1-1,5 мес после операции
2	Холестит (после холецистэктомии), неосложненное течение	-	14-18	18-22	32-40	-	Освобождение по ВКК от ТФТ до 2 мес.
2.1	Холестит (после лапароскопической холецистэктомии)	-	5-6	9-11	14-17	-	Освобождение по ВКК от ТФТ до 1 мес
3	Наружные грыжи живота	-	12-14	15-16	27-30	-	Освобождение по ВКК от умеренного физ. труда до 2 мес., от ТФТ до 3 мес.
4	Послеоперационные грыжи	-	12-14	16-20	28-35, иногда более	-	Освобождение по ВКК от умеренного физ. труда до 2 мес., от ТФТ до 3 мес.
5	Непроходимость кишечная (неосложненн. течение)	-	12-14	16-20	28-35, иногда более	При обширной резекции кишки и развитии с-ма укороченного кишечника в стадии суб- и декомпенсации – все больные	Освобождение по ВКК от умеренного физ. труда до 2 мес., от ТФТ до 3 мес.

6		-	14-16	46-59	60-75	При демпинг-с-ме 3 ст. – все больные, при 2ст. и тяжелом течении язв. болезни до операции, - лица физич. труда при невозможности трудоустройства по ВКК	При тяжелом течении язвенной болезни до операции или осложнениях в п/о периоде и положительной динамике ВН удлиняется, в отдельных случаях свыше 4 мес.
7	То же (ваготомия с дренирующ. операциями)	-	14-18	20-27	34-45	Лица, выполняющие ТФТ при развитии постваготом. с-мов 2-3 ст	Освобождение по ВКК от работ с энтеротропными явлениями
8	То же (ваготомия)	-	12-16	18-24	30-40	При выраженных постваготомических с-мах лица умеренного ФТ и ТФТ при невозможности трудоустройства по ВКК	При выраженном нарушении функции ЖКТ и положительной динамике ВН удлиняется. При умер. постваготом. с-ме освобождение по ВКК от тяж. и умер. ФТ до 6 мес.
9	Прободная язва (ушивание)	-	12-14	15-18	27-32	-	Трудоустройство по ВКК с освобождением от умер. ФТ до 2 мес., от ТФТ до 3 мес.
10	Панкреатит (оперированный)	-	30-35	10-12	40-45	Лица с выраженным нарушением функции подж. железы, печени с момента установления неблагоприятного прогноза	Освобождение от ТФТ по ВКК до 6 мес.
11	Зоб эутиреоидный	-	6-7	10-12	16-19	-	-
12	Зоб токсический	-	12-15	18-25	30-40	-	Освобождение от ТФТ по ВКК до 3 мес.
13	Тромбооблит. заб сосудов ниж. конечностей (конс. леч.	-	-	-	-	-	Всвязи с хроническим течением показания к определению ВН ограничены.
13.1	Хронич. арт. недостаточность (ХАН) 1 ст.	-	-	-	-	-	Освобождение от ТФТ, неблагоприятн. сан-гиг. условий (сосуд. ядов) по ВКК .

13.2	ХАН 2ст	-	14-18	-	14-18	Лица ТФТ и работающие в противоположенных условиях (метеусловия, сосудистые яды) при невозможности трудоустройства по ВКК)	Освобождение по ВКК от ТФТ, неблагопр. сан-гиг. факторов (сосуд. яды, токи ВЧ, вибрация), значит. нервно-псих. напряжения, длительной ходьбы и стояния.
13.3	ХАН 3 ст	-	24-26	-	24-26	Лица умер. ФТ и интеллект. труда со значительным нервно-псих. напряжением, ходьбой, неблагопр. сан-гиг. факторами.	Лицам интеллект. труда при отсутствии группы инвалидности освобождение от ночных смен, командировок и др. ограничений, указанных в предыдущих градах.
13.4	ХАН 4ст	-	все больные	нетрудоспособные	инвалиды	Все больные	Как правило группа инвалидности устанавливается в предшествующей стадии
13.5	ХАН(после реконструктивных операций)	-	20-35 из них часть дн.до опер.	30-45	50-90	При неэффективной операции и ХАН 3-4 ст. все больные,при ХАН 2ст. с учетом выполняемой работы.	Освоб по ВКК от ТФТ,неблагоприятн.сан-гиг. факторов. постоянно.
14	Варикозное расширение вен (ХВН 1-2ст. (венэктомия).	-	10-12	14-18	24-30	-	Освобождение от ТФТ, длительного стояния, сосудистых ядов, работ связанных с вынужденным положением тела.
14.1	То же (ХВН 3 ст)	-	14-16	20-24	34-41	При ХВН 3 ст – все больные, при 2-3 ст лица физ. труда. Все больные при безуспешном опер. лечении и выраж. наруш. трофики.	Освобождение по ВКК от длительных ходьбы и стояния, сосудистых ядов, неблагопр. сан-гиг. факторов постоянно
15	Острый тромбфлебит по верхн. вен (конс. леч)	-	10-14	4-5	14-19	-	Освобождение от ТФТ по ВКК до 3 мес.
15.1	То же (опер. леч.)	-					То же
16	Острый тромбфлебит глубоких вен	-	18-24	14-22	32-46	Все больные физ. труда с развитием ХВН 2-3 ст. в течение первого года после перенесенного острого процесса	Освобождение от ТФТ при развитии ХВН 1-2 ст, при локализации процессов на уровне илеофemorального сегмента

17	Сухожильный панариций (гнойный тендовагинит)	-	10-12	5-13	15-25	При потере профессии в связи со стойким нарушением функции кисти	ВН определяется с учетом локализации, напряженности общих явлений, выполн. работы и возможностей рационального трудоустройства
18	Суставной панариций	-	14-18	6-12	20-30		То же
19	Подкожный панариций	Трудоспособен или 5-7 дн	-	-	5-7	-	ВН определяется при выраженной общей реакции у лиц, выполняющих противопоказанную работу при невозможности врем. трудоустройства.
20	Кожный панариций	Трудоспособен или 3-5 дн	-	-	3-5	-	-
21	Паронихия	Трудоспособен или 5-7 дн	-	-	5-7	-	После ликвидации острых явлений с противопоказаниями в работе врем. трудоустр. по ВКК
22	Фурункул	Трудоспособен или 3-6 дн	4-6 дн. при выраж. общих явлениях и локализации в обл. лица	-	3-6	-	ВН определяется с учетом локализации, выраженности общей реакции, выполняем. работы и возможности врем. трудоустройства.
23	Карбункул	-	8-12	-	8-12		То же
24	Гидраденит	3-6 (легкие формы)	В показанных случаях стац. леч 4-6 дн.	6-9	8-12		То же
25	Абсцессы мягких тканей	5-7 (легкие формы)	7-10 (при глуб. локализ.)	-	5-10	-	То же
26	Флегмоны		7-10 (в показ. случ)	-	7-10	-	При обширных флегмонах и затяжном течении ВН удлиняется.

27	Лимфаденит, лимфангит	3-5 (легк. формы)	7-10 (тяж. формы)	-	3-10	-	При абсцедировании ВН удлиняется
28	Геморрой	-	-	-	-	-	ВН определяется при выраженных восп. явлениях, распротр. за пределы геморр. узла
28.1	Воспаление только геморр. узла	трудоспособен или 3-5 дн. при крупных узлах	-	-	трудоспособен или 3-5 дн	-	-
28.2	Воспаление с распространением на соседние участки	5-7	-	-	5-7	-	-
29	То же (после геморроидэктомии)	-	8-10	5-7	13-17	-	-
30	Иссечение анальной трещины	-	7-9	3-4	10-13	-	-
31	Острый парапроктит	-	7-12	5-7	12-20	-	-

ПРИМЕРНАЯ СХЕМА ДИНАМИЧЕСКОГО НАБЛЮДЕНИЯ ЗА ЛИЦАМИ, ПОДЛЕЖАЩИМИ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ У ВРАЧА-ХИРУРГА

<u>Нозологическая форма</u>	<u>Частота наблюдений</u>	<u>Осмотры врачами др. специальностей</u>	<u>Наименование и частота лаб. и др. диагн. исследований</u>	<u>Основные лечебно-оздоровительные меропр.</u>	<u>Критерии эффективности диспансеризации</u>
Флебит, тромбоз флебит, ПТФС (Д III)	2 р в год, в завис. от состояния - чаще	Терапевт 1-2 р в год	Общий анализ крови (ОАК), общий анализ мочи (ОАМ) – 1 р/год, коагулограмма (2-6 тестов)-по показаниям	Диета, 10дн каждого мес. медикам. лечение. Эластическое бинтование ноги. Опер. лечение по показаниям	Снижение нетрудоспос. Улучш. клинич. показателей. Стабилизация процесса. Перевод в группу Д II.

Хронический остеомиелит (Д Ш)	2 р/год	Травматолог, уролог, терапевт - по показаниям	ОАК, ОАМ – 1-2 р/год. Мочевина, анализ отделяемого на флору и опред. –чувствит. к АБ, RG –по показаниям	Медикаментозное и хирургическое лечение	Те же
Атеросклероз артерий конечностей (Д Ш)	2 р/год, при показаниях - чаще	Терапевт – 1р/год	ОАК, ОАМ – 1 р/год, коагулограмма (2-6 тестов), осциллограмма – по показаниям, при обострении заболевания	Медикам. леч. регулярно не реже 2-3 р/год. Противопоказано курение. По показаниям опер. лечение	Те же
Синдром Рейно (Д Ш)	1 раз в квартал		ОАК, ОАМ – 1р/год	При показаниях симпатэктомия	Те же, отсутствие инвалидности
Эндартериит (Д Ш)	1 раз в 2 мес.		ОАК, ОАМ – 1р/год		Те же
Тромбангиит (Д Ш)	1 р/мес		- » -		Те же
Варикозное расширение вен ниж. кон (Д Ш)	1 р/год	Терапевт – 1 р/год	ОАК, ОАМ – 1р/год	Оперативное лечение	Стабилизация проц. Отсутствие нетрудосп. Перевод в ДШ
Состояние после операц. по поводу язвенной болезни (Д Ш)	2 р/год	Терапевт – 2 р/год	ОАК – 2р/год, ОАМ – 1 р/год. RG исследование ЖКТ по показаниям	Диета. Режим. Сан-кур лечение. Трудоустройство – по показаниям	Отсутствие нетрудосп. Через 1 год перевод к терапевту
Сост. после операц. на орг. гепатодуод. зоны (Д Ш)	2 р/год	Терапевт – 2 р/год	Те же	Те же	Те же
Полипоз толстой кишки (после опер. лечения)					
- диффузный (Д Ш)	На 1-м году – 1р в 3 мес, на 2 и 3-м – 1р в 6мес, далее – 1 р/год	Онколог – 1 р/год, др. специалисты – по показаниям	ОАК, ОАМ – при каждом посещении. У стомированных больных биохимия по показаниям. Ректороманоскопия – при каждом посещении. Колоноскопия – 1-2 р/год. ФНГ с биопсией – 1р/год	Стац. лечение осложнений – по показ. Режим питания, труда, отдыха. Гигиена перистомальной кожи. Подбор калоприемников. Диетическое регулирование функции илеостомы. Трудоустройство	Улучшение клинич. показателей. Стабилизация процесса. Отсутствие местных осложнений илеостомы. Отсутствие нарушений гомеостаза. Социальная и трудовая реабилитация

- ворсинчатые опухоли (Д III)	Та же	То же	ОАК, ОАМ при кажд. посещ. Пальцев. исслед. гесті ректоромано-, колоно-, или ирригоскопия. По показ. – ФГС и исслед. др. органов.	Соблюдение здорового образа жизни. Лечение сопутствующих заболеваний ЖКТ.	Снижение частоты запущенных случаев рака ЖКТ.
- Множественные полипы и тубулярно-ворсинчат. аденомы (Д III)	Через 6 и 12 мес, затем – 1 р/год	То же	ОАК, ОАМ – 2р/год. Ректоромано- и колоноскопия (при отсут. – ирригоскопия)	Те же	Те же. Перевод в группу ДII диспансерного наблюдения.
- единич. тубулярные аденомы (Д III)	1 р/год	То же	Те же	Те же	Те же
Оперированные по поводу множ. и единичн. полипов и тубулярно-ворсинч. аденом (Д II)	По показаниям	То же	ОАК 1 р/год. По показаниям – ректоромано- и колоноскопия(при отсут. – ирригоскопия)	Те же	Снижение частоты запущенных случаев рака органов ЖКТ.
Одиночные полипы толстой кишки, не подлежа. операции (<0,4 см) (Д III)	1 р/год	То же	ОАК 1р/год. Ректоромано- и колоноскопия – 1р/год (при отсут. – ирригоскопия)	Те же	При неподтвержденном диагнозе («ложный полип») – через 2 года перевод в группу ДI.
Состояние после операций на грудной клетке (Д III)	2 р/год, по показаниям чаще	Терапевт – 2 р/год. Торакальный хирург – по показаниям	По показаниям	Стац. лечение осложнений. Режим труда и отдыха. ЛФК. Трудоустройство.	Улучшение клинических показателей. Трудовая реабилитация. Перевод под наблюдение терапевта.
Мастопатия фиброзно-кистозная (фиброаденоматоз или дисгормональные гиперплазии) (Д III)	2 р/год	Онколог, эндокринолог, гинеколог – 1 раз в год. По показаниям – чаще.	Безконтрастная маммография – не реже 1 р/год. Цитологич. исслед. из соска, пунктата – не реже 1р/год	Лечение, направленное на нормализац. эндокринно-обменных нарушений. Лечение воспалительных процессов – женской половой сферы	Предупреждение развития рака.

Узловая мастопатия (Д III)	2 р/год	Онколог, эндокринолог, гинеколог – 1р/год, по показаниям - чаще	То же	Своевременное лечение мастопатии и всех сопутствующих заболеваний. Секторальная резекция молочной железы с гистол. исслед.	То же
Фибroadенома молочной железы (Д III)	2-3 р/год	То же	То же	Своевременное хирургич. лечение.	То же