



РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА  
ПРЕДРАКОВЫХ И РАКОВЫХ  
ЗАБОЛЕВАНИЙ КОЖИ В  
ПРАКТИКЕ ВОП.

При первичном клиническом осмотре пациента врачом общей практики или профильными специалистами обязательному обследованию подлежат:

- кожные покровы
- полость рта
- молочные железы
- половые органы
- прямая кишка
- щитовидная железа
- лимфатические узлы

# Под первичной профилактикой злокачественных новообразований

понимается предупреждение возникновения злокачественных опухолей и предшествующих им предопухолевых состояний путем устранения или нейтрализации воздействий неблагоприятных факторов окружающей среды и формирование здорового образа, а также путем повышения неспецифической резистентности организма в целях предупреждения возникновения злокачественного новообразования

# Онкогигиеническая профилактика

- Курение. По данным литературы атрибутивный риск рака легкого, т.е. доля случаев этого заболевания, вызванных курением, составляет 80–90% у мужчин и 70% у женщин. Велика роль курения в возникновении рака пищевода, поджелудочной железы, мочевого пузыря.
- Большое значение в возникновении злокачественных опухолей придается действию ионизирующих излучений, ультрафиолетовому облучению, а также неионизирующим электромагнитным излучениям радио- и микроволнового диапазона.

**Биохимическая профилактика** имеет целью предотвращение бластоматозного эффекта от действия канцерогенов путем применения определенных химических препаратов и соединений. Так, например, общеизвестна роль нитратно-нитритного загрязнения окружающей среды в развитии, прежде всего злокачественных новообразований желудочно-кишечного тракта, который является основным путем их проникновения в организм человека. При среднем потреблении с водой и пищевыми продуктами 1 ммоль/сутки этих химических соединений смертность от рака желудка составляет 6 на 100 000 населения в год (США), а при нагрузке в 4,5 ммоль/сутки этот показатель возрастает до 43 на 100 000 населения (Япония).

К числу других направлений профилактики злокачественных новообразований относится **медико-генетическая профилактика** путем выделения семей с наследуемыми предрасположенностями к предопухолевым и опухолевым заболеваниям, лиц с хромосомной нестабильностью и организация мероприятий по снижению опасности возможного действия на них канцерогенных факторов. В механизмах наследственной предрасположенности часто решающее значение имеют эндокринные факторы. Так, дочери матери, больной раком молочной железы, имеют риск заболеть этим заболеванием в 4,5 раза выше, чем их сверстницы, не имеющие такого анамнеза. Сестры больной раком молочной железы, если их мать страдала этим же заболеванием, имеют вероятность возникновения такой опухоли в 47-51 раз выше, чем их сверстницы с неотягощенной наследственностью

# Вторичная профилактика

злокачественных новообразований представляет комплекс мероприятий, направленных на раннюю диагностику онкологических заболеваний, что обеспечивает эффективность их хирургического (и других видов противоопухолевого) лечения

# Больные с подозрением на рак.

В большинстве случаев предположение о раке и необходимость обследования в онкологическом диспансере возникает, если у больного в течение некоторого времени наблюдаются симптомы какого-либо заболевания, вызывающие тревогу. Этим больным следует ориентировать на необходимость консультации онколога с целью исключения злокачественного новообразования. Если подозрение на рак возникает случайно (при обследовании пациента, не предъявлявшего серьезных жалоб или при проведении профилактического осмотра), то для таких людей направление к онкологу является неожиданным. Им следует объяснить, что выявленные изменения могут оказаться предопухолевыми и нужно проконсультироваться с онкологом

# Больные с установленным диагнозом – рак.

Перед врачом общей практики стоит задача подготовить больного к мысли о возможности операции или другого специального лечения. Система убеждений может строиться по принципу, что и при подозрении на рак может понадобиться оперативное, химиотерапевтическое или лучевое лечение. Сообщить больному, что у него рак, не всегда целесообразно, так как из-за распространенности процесса или сопутствующей патологии лечение в онкологическом диспансере может быть невозможным. Лучше ориентировать больного на то, что окончательное решение о выборе метода лечения будет принято после дополнительного обследования больного в онкологическом учреждении. Информация о факте обращения за медицинской помощью, состоянии здоровья гражданина, диагнозе его заболевания и иные сведения, полученные при его обследовании и лечении, составляют врачебную тайну.

Срок рекомендуемых обследований для врача общей практики не должен превышать 5–7 дней. После уточнения диагноза больной подлежит направлению в онкологическое учреждение для проведения уточняющей диагностики и лечения (в соответствии с Порядком — в первичный онкологический кабинет или первичное онкологическое отделение).

Понятие «малой хирургии», тактика  
ВОП.

# Амбулаторная хирургия или малая хирургия

○– это новая, прогрессивная форма оказания медицинской помощи, завоевавшая огромную популярность в системе мирового здравоохранения.



# Преимущества амбулаторной хирургии для пациентов :

- минимизируется операционное воздействие на организм,
- снижается разрушающее влияние на ткани,
- значительно сокращается период реабилитации,
- уменьшается риск инфицирования больного внутрибольничными инфекциями.

## Основные условия организации центров амбулаторной хирургии:

- высокий профессиональный уровень специалистов;
- целенаправленный отбор больных для хирургического лечения;
- преемственность на всех этапах лечебно-диагностического процесса;
- выверенная тактика хирургического вмешательства и анестезиологического пособия;
- полноценное оснащение ЦАХ;
- четкая организация работы

## ОРГАНИЗАЦИЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ АМБУЛАТОРНОГО ХИРУРГИЧЕСКОГО КАБИНЕТА (ОТДЕЛЕНИЯ) МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ

1. На должность заведующего Кабинета (Отделения) назначается специалист с высшим и послевузовским медицинским образованием по специальности «хирургия».
2. На должность врача-хирурга Кабинета (Отделения) назначается специалист с высшим и послевузовским медицинским образованием по специальности "хирургия.
3. На должности среднего медицинского персонала Кабинета (Отделения) назначаются специалисты, соответствующие квалификационным характеристикам должностей работников в сфере здравоохранения.

## ОРГАНИЗАЦИЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ АМБУЛАТОРНОГО ХИРУРГИЧЕСКОГО КАБИНЕТА (ОТДЕЛЕНИЯ) МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ

4. Структура Кабинета (Отделения) и штатная численность медицинского и другого персонала устанавливаются руководителем медицинской организации, исходя из численности обслуживаемого населения, а также доли заболеваний хирургического профиля в общей структуре заболеваемости.
5. В структуре Кабинета (Отделения) рекомендуется предусматривать:
  1. помещение для приема больных;
  2. помещения для выполнения диагностических и лечебных мероприятий - манипуляционную (перевязочную), малую операционную.
6. При наличии операционной в медицинской организации, в структуре хирургического Кабинета (Отделения) необходимо предусматривать наличие чистой (асептической) и гнойной (септической) перевязочных.

# Функции амбулаторной хирургии:

- оказание консультативной, диагностической и лечебной помощи больным хирургическими заболеваниями;
- проведение мероприятий по профилактике развития хирургических заболеваний, осложнений и прогрессирующего течения хирургических заболеваний;
- отбор и направление в установленном порядке больных хирургическими заболеваниями на стационарное лечение в хирургические отделения медицинских организаций для оказания специализированной медицинской помощи;
- при выявлении заболеваний, требующих оказания высокотехнологичной медицинской помощи, осуществляет направление больных в соответствии с установленным порядком;
- осуществление экспертизы временной нетрудоспособности больных хирургическими заболеваниями;
- участие в организационно-методической и практической работе по диспансеризации населения;

# Функции амбулаторной хирургии:

- проведение периодических медицинских осмотров профессиональных контингентов;
- разработка и проведение мероприятий по санитарно-гигиеническому просвещению;
- внедрение в практику новых методов профилактики, диагностики и лечения больных хирургическими заболеваниями;
- ведение учетной и отчетной документации, представление отчетов о своей деятельности в установленном порядке, сбор данных для регистров, ведение которых предусмотрено законодательством;
- диспансерный учет и динамическое наблюдение больных хроническими хирургическими заболеваниями;
- оказание неотложной медицинской помощи в объеме, соответствующем уровню квалификации медицинского персонала Кабинета (Отделения) амбулатории.

РЕКОМЕНДУЕМЫЕ ШТАТНЫЕ НОРМАТИВЫ  
МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА АМБУЛАТОРНОГО ХИРУРГИЧЕСКОГО  
ОТДЕЛЕНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ

Наименование должности	Количество должностей
Заведующий отделением	1 должность
Врач-хирург	1 должность на 10000 человек населения
Медицинская сестра	1 должность на 1 должность хирурга
Медицинская сестра операционная	1 должность
санитарка	1 должность на 3 кабинета

# Операционная используется для

- чистых амбулаторных-хирургических, глазных, отоларингологических операций. Обработка ран и перевязки производятся в перевязочной, там же, если нет травматологического кабинета, накладывают и снимают шины и гипсовые повязки при переломах костей.
- Оборудование хирургического кабинета предусматривает необходимый минимум для неотложных диагностических процедур и манипуляций.



# Оснащение операционной:

- -операционный стол, передвижной столик для инструментов, столик для медикаментов,
- -шкаф для хранения инструментов и медикаментов,
- -наркозный аппарат, столик наркотизатора.

# Оснащение перевязочного кабинета:

- -стол для стерильных инструментов и перевязочного материала,
- -стол для перевязок и небольших гнойных операций,
- -шкаф для хранения инструментов и медикаментов, перевязочного материала.
- -набор для масочного наркоза, наркотические средства( эфир, хлорэтил)

## **В условиях амбулаторной хирургии производят следующие неотложные операции:**

- Реанимационные мероприятия: ИВЛ, интубация трахеи, трахеотомия, наружный массаж сердца.
- Первичную хирургическую обработку поверхностных ран и остановку кровотечения в ране.
- Преобладают вмешательства по поводу липом, атером.
- Вскрытие панариция, флегмон кисти.
- Операции по поводу вросшего ногтя.
- Вскрытие абсцессов ягодичной области.

# В амбулаторных условиях нельзя удалять:

- Пигментные опухоли (меланомы)
- Лейкоплакия губ
- Опухоли молочных желез
- Полипы прямой кишки



## Показания для срочной госпитализации:

- Невозможность оказать полноценную помощь в условиях поликлиники
- Острые гнойные заболевания, требующих больших оперативных вмешательств и продолжительного стационарного лечения.
- Острые хирургические заболевания и травмы органов брюшной и грудной полостей.
- Состояние после проведенных реанимационных мероприятий.
- Острые окклюзионные поражения магистральных сосудов.

# В плановом порядке направляются на госпитализацию:

- Больных с хроническими заболеваниями, которые не подлежат лечению в амбулаторных условиях.
- При отсутствии эффекта амбулаторного лечения.
- Больных с тяжелыми сопутствующими заболеваниями и высоким операционным риском

# СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

- Возможности амбулаторной хирургии / А.Б. Белевитин, В.В. Воробьев, А. В. Безуглый и др. // Хирургия. – 2010. - №3. – С. 49-51.
- Возможности дневного стационара амбулаторно-поликлинического учреждения в лечении больных хирургического профиля / И.А. Сидорович // Военно-медицинский журнал. – 2008. - №8. – С. 9-11.
- Анализ работы амбулаторных хирургических отделений и перспектива их развития / И.Б. Раннев, С.С. Наумов, Р.Х. Магомадов, Б.Н. Башанкаев // Здравоохранение. – 2005. - №11. – С. 36-40.
- Хирургия поликлинического врача / Ф.Х. Низамов. Тюмень: Изд-во Тюменской гос. мед. акад., 2004. - 280с.
- Медицинская и экономическая эффективность работы центра амбулаторной хирургии / Н.И. Мосиенко, А.А. Кутин, Р.Х. Магомадов, С. С. Наумов // Российский медицинский журнал. – 2004. - №5. – С. 9-11.
- Перспективы совершенствования специализированной амбулаторной хирургической помощи / В.В. Воробьев, А.В. Безуглый // Амбулаторная хирургия. – 2005. - №4. – С. 8-9.
- Механизм перераспределения ресурсов с госпитального звена на амбулаторное / В.Т. Карташов, В.А. Жуков // Экономика здравоохранения. – 2009. - №12. – С. 25-29.

Принципы диагностики и ведения  
больных с наиболее  
распространенными  
хирургическими заболеваниями в  
амбулаторных условиях