

© НИЗАМОВ Ф.Х., 2020

**Низамов Ф.Х.****ДИСПАНСЕРНОЕ НАБЛЮДЕНИЕ И ОЗДОРОВЛЕНИЕ БОЛЬНЫХ  
С ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ**

ФГБОУ ВО «Тюменский государственный медицинский университет» Минздрава России, 625023, Тюмень, Россия

*Представлены материалы по диспансеризации и диспансерному наблюдению больных с хирургической патологией, обозначены группы наблюдения, кратность осмотров, рекомендации по лечению, рассмотрены вопросы эффективности диспансерного наблюдения.*

**Ключевые слова:** диспансеризация; диспансерное наблюдение; хирургическая патология; группы учета; эффективность диспансерного наблюдения.

**Для цитирования:** Низамов Ф.Х. Диспансерное наблюдение и оздоровление больных с хирургической патологией. *Клиническая медицина*. 2020;98(11–12):794–799. DOI: <http://dx.doi.org/10.30629/0023-2149-2020-98-11-12-794-799>

**Для корреспонденции:** Низамов Фатых Хаялович — д-р мед. наук, профессор, профессор кафедры хирургических болезней лечебного факультета; e-mail: [fatich2@mail.ru](mailto:fatich2@mail.ru)

**Nizamov F.Kh.****DISPENSARY OBSERVATION AND RECOVERY OF PATIENTS WITH SURGICAL PATHOLOGY**

Tyumen State Medical University, 625023, Tyumen, Russia

*Materials on medical examination and dispensary observation of patients with surgical pathology, groups of observation, frequency rate of surveys are represented. Recommendations concerning treatment are marked, as well as questions of efficiency of dispensary observation are considered.*

**Key words:** medical examination; dispensary observation; surgical pathology; groups of record; efficiency of dispensary observation.

**For citation:** Nizamov F.Kh. Dispensary observation and recovery of patients with surgical pathology. *Klinicheskaya meditsina*. 2020;98(11–12):794–799. <http://dx.doi.org/10.30629/0023-2149-2020-98-11-12-794-799>

**For correspondence:** Nizamov F.Ch. — MD, PhD, DSc, Professor, Professor of the Department of surgical diseases of medical faculty; e-mail: [fatich2@mail.ru](mailto:fatich2@mail.ru)

**Conflict of interests.** The author declare no conflict of interests.

**Acknowledgments.** The study had no sponsorship.

Received 11.10.2020

Одним из приоритетных направлений оказания первичной медицинской помощи отечественного здравоохранения еще в советские времена была всеобщая диспансеризация населения. В Приказе Министерства здравоохранения СССР № 770 от 30.05.1986 подробно были представлены этапы и сущность диспансерного наблюдения. Однако известные события 90-х гг. прошлого столетия, 2000-х гг. XXI века привели к извращению самого понятия диспансеризации, которую практически заменили определением групп здоровья по Приказу № 1006н от 03.12.2012 (Приказ Министерства здравоохранения РФ № 1006н от 03.12.2012 «Об утверждении порядка проведения диспансеризации определенных групп населения»). По этому нормативному документу выделяются 3 группы здоровья, определены задачи участкового терапевта по отношению лиц, распределенных в группы... и практически на этом заканчивается диспансеризация.

В словаре медицинских терминов дано следующее определение диспансеризации. «Диспансеризация — система работы лечебно-профилактических учреждений в СССР, основанная на диспансерном методе медицинского обслуживания определенных групп населения

и определенных контингентов». По толковому словарю русского языка Т.Ф. Ефремовой (2000) [1], диспансеризация представляет собой систему мероприятий по наблюдению и оказанию лечебно-профилактической помощи, осуществляемой диспансерами и поликлиниками. По М.Д. Романову и соавт. 2001 [2], осуществление ежегодной диспансеризации всего населения включает проведение ежегодных диспансерных осмотров всего населения по территориальному или производственному принципу с последующим дообследованием нуждающихся лиц в территориальных поликлиниках, женских консультациях, диспансерах, консультативно-диагностических центрах, стационарах, клиниках научно-исследовательских и медицинских институтов; осуществление необходимых лечебно-оздоровительных мероприятий и диспансерного наблюдения за больными и лицами, имеющими факторы риска (Приказ Министерства здравоохранения РФ № 173н от 29.03.2019 «Об утверждении порядка проведения диспансерного наблюдения за взрослыми»). Однако во многих современных работах, посвященных вопросу диспансеризации, рассматриваются конкретные заболевания и тактика при них [3].

В организационном процессе диспансеризации выделяют следующие этапы: отбор контингентов путем активного выявления, регистрация их, проведение комплекса лечебных и социально-профилактических мероприятий, т.е. осуществление собственно диспансерного наблюдения и оценка результатов эффективности диспансеризации. Выявление лиц, подлежащих диспансеризации, производится на профилактических осмотрах в отделениях профилактики, а также при первичном приеме больных врачом в поликлинике или при посещении их на дому.

Более широкое толкование диспансеризации приведено в энциклопедическом словаре. Диспансеризация — метод систематического врачебного наблюдения в диспансерах, поликлиниках, медико-санитарных частях, детских и женских консультациях за состоянием здоровья определенных групп здорового населения или больных с хроническими болезнями с целью предупреждения и раннего выявления заболеваний, своевременного лечения и профилактики обострений. Вместе с тем все эти определения не дают четкой цели процесса диспансерного наблюдения и определения конкретной тактики ведения больных. Вряд ли будет правильно называть диспансеризацией процесс только выявления заболеваний. В капитальном труде авторского коллектива под ред. В.М. Чернышева (2013) [4] подробно представлены вопросы, касающиеся диспансеризации населения, однако основное внимание авторы уделяют экономическим аспектам проблемы, что не всегда, а правильнее сказать, совсем не удовлетворяют практических врачей. Рекомендуемое распределение по группам здоровья не дает возможности оценивать эффективность диспансеризации. Тем более неудобно использование предложений С.А. Леонова и соавт. (2008) [3], считающих оценку эффективности по показателям достижения поставленной цели и конечными результатами в виде динамики заболеваемости и болезненности с утратой трудоспособности, общей заболеваемости по основной и сопутствующей патологии, госпитализации, инвалидизации и исходами в виде выздоровления, улучшения, ухудшения, без перемен. Сразу же возникает сомнение: а возможно ли выздоровление при хронических заболеваниях? В Приказе № 770 четко представлен порядок проведения всеобщей диспансеризации, который включает общие его положения, порядок формирования групп диспансерного наблюдения и конкретные формы диспансеризации,

и очень прискорбно, что он в настоящее время носит только рекомендательный характер. Под словом «диспансеризация», скорее всего, следует понимать только первый этап процесса, а именно — накопление больных и распределение их по группам здоровья. Всю дальнейшую работу по оздоровлению больного контингента нужно назвать диспансерным наблюдением.

Диспансерному наблюдению и плановому оздоровлению подлежат больные с приобретенными и врожденными наружными грыжами живота, хроническими облитерирующими заболеваниями артерий нижних конечностей, вен конечностей, хроническим остеомиелитом, осложненными формами язвенной болезни желудка и/или 12-перстной кишки, желчнокаменной болезнью, доброкачественными опухолями молочных желез (узловые формы мастопатий), спаечной болезнью брюшной полости и после операций на органах брюшной полости. Выбор патологий для этих групп больных обусловлен частыми осложнениями, нередко фатальными, при этих нозологиях. К примеру, заболевания периферических вен чреваты тромбоэмболическими осложнениями, наиболее опасное из них — тромбоэмболия легочных артерий или их ветвей. Наружные грыжи живота опасны возможностью ущемления с вытекающими отсюда последствиями в виде перитонита и гибели больного. Такая же картина возможна и при желчнокаменной болезни. Возможность перехода в злокачественное заболевание локальных узлов — фиброаденом молочной железы — общеизвестный факт. Неизбежный финал облитерирующих заболеваний артерий нижних конечностей — гангрена и ампутация, которая в значительной мере снижает качество жизни больного. Хронический остеомиелит костей может привести к амилоидному перерождению внутренних органов. Исходя из вышеизложенного, целью диспансерного наблюдения и оздоровления является профилактика фатальных осложнений.

Набор диспансерных больных осуществляется по результатам приема больных и профилактических осмотров: ежегодных, предварительных, периодических и целевых. Более целесообразно вместо термина «группа учета» применять словосочетание «группы диспансерного наблюдения». Критерии формирования групп диспансерного наблюдения очень просты, они представлены в табл. 1.

Диспансерное наблюдение должно быть активным, во время посещения больных определяется не только их

Таблица 1

**Критерии формирования групп диспансерного наблюдения и кратность наблюдения в них**

Группа учета	Критерии взятия	Кратность наблюдения
1-я	Жалоб нет. Наличие перенесенных заболеваний (заболевания) со стойкой ремиссией. Данные лабораторных и инструментальных исследований не отклонены от нормы	1 раз в год
2-я	Жалоб нет. Данные лабораторных и инструментальных исследований не отклонены от нормы. Есть указание на перенесенные значимые заболевания	1 раз в год
3-я	Острое заболевание или обострения хронического процесса, при котором функции пораженного органа в стадии компенсации	2 раза в год
4-я	То же самое, однако функции пораженного органа в стадии субкомпенсации	4 раза в год
5-я	То же самое, но функции пораженного органа в стадии декомпенсации	По необходимости

общее состояние, но и проводятся необходимые лабораторные и инструментальные исследования для объективной оценки динамики болезни, характеристики степени нарушения функций пораженного органа и, конечно, коррекции противорецидивного лечения.

Важное значение имеет оценка эффективности диспансеризации. Так, термины «улучшение», «ухудшение», «без перемен» потеряли свое практическое значение, поэтому важным является переводы из групп в группы. Перевод из 2-й в 3-ю, 4-ю, 5-ю группы диспансерного наблюдения указывает на ухудшение состояния больного либо на неправильное определение группы из-за латентного течения заболевания или недооценки данных анамнеза, результатов лабораторных исследований. Такого рода ошибки могут приводить к необоснованным затратам материальных средств как лечебного учреждения (неадекватный объем обследования), так и больного (лишние затраты на приобретение лекарственных препаратов). По мере улучшения состояния больных, снижения степени выраженности нарушения функции пораженного органа возможны переводы из 5-й в 4-ю, из 4-й в 3-ю и 2-ю группы, что характеризует результаты проведения курсов лечения в виде улучшения. Предложенные в приказах по диспансеризации критерии оценки эффективности применимы для оценки работы кабинетов и отделений профилактики, однако они не дают возможности охарактеризовать специалиста по работе с диспансеризацией, как для самооценки, так и, в большей степени, со стороны руководства лечебных учреждений, главными специалистами территориальных органов управления здравоохранением.

В диспансерном наблюдении и плановом оздоровлении нуждаются больные со следующими заболеваниями.

### **Наружные грыжи живота, как врожденные, так и приобретенные**

*Объем исследования:* клинический минимум (для предварительной оценки возможного оперативного лечения).

*Объем лечения:* плановая оперативная санация.

При выявлении такого диагноза целесообразно включить их в 3-ю группу наблюдения с кратностью осмотра 2 раза в год. В случае направления на оперативное лечение больной переводится в 4-ю группу с осмотрами через каждые 3 мес. При хорошем функциональном эффекте хирургического лечения через 6–9 мес. можно перевести в 3-ю группу. Разброс в сроках пребывания в 4-й группе можно объяснить в первую очередь возрастом (пожилой и старческий), наличием осложненного течения раннего послеоперационного периода (инфильтраты, нагноения), методом пластики грыжевых ворот (при натяжных методах продолжительность наблюдения в послеоперационном периоде увеличивается). По прошествии 1–1,5 года после операции возможен перевод во 2-ю группу с кратностью наблюдения 1 раз в год, еще через год — в 1-ю группу либо передача для дальнейшего наблюдения участковому врачу, врачу широкого профиля — семейному врачу.

### **Болезни желчного пузыря**

*Калькулезный холецистит* — тактика зависит от клинических проявлений. При явных признаках хронического воспаления в стенке желчного пузыря — 4-я группа наблюдения с кратностью осмотров каждый квартал, рекомендуется плановая операция.

*Носители желчных камней* без клинических проявлений — 3-я группа наблюдения, оперативное лечение настойчиво предлагается при наличии камней диаметров менее 1 см (опасность миграции их во внепеченочные желчные пути с развитием подпеченочной (механической) желтухи) либо при размерах более 3 см (возможность формирования пролежней в стенке пузыря с перфорацией).

*Объем исследований:* в 3-й группе — УЗИ желчного пузыря и внепеченочных желчных путей, печеночные пробы, сахар, холестерин крови, белок и фракции белков 1 раз в год. Такое же исследование рекомендуется и у больных в 4-й группе наблюдения.

*Объем лечения:* рекомендуется плановое оперативное оздоровление.

При направлении больных на плановую операцию, их переводят на 4-ю группу. В послеоперационном периоде в зависимости от метода вмешательства время пребывания на 4-й группе варьирует. Так, при лапароскопической холецистэктомии, как наименее травматическом вмешательстве, при хороших результатах операции уже через 9–12 мес. возможен перевод в 3-ю группу, еще через 6–9 мес. — во 2-ю. Такую же тактику можно придерживаться и при минилапаротомном удалении желчного пузыря. При лапаротомном методе сроки пребывания в 4-й группе наблюдения должны быть продлены до 1,5 года и до 1 года — в 3-й. Так как холецистэктомия — вмешательство с удалением органа, то перевод в 1-ю группу недопустим. Пациенты пожизненно остаются во 2-й группе, а еще лучше передать их для дальнейшего наблюдения участковому терапевту либо врачу общей практики.

### **Хронические заболевания периферических вен**

*Варикозная болезнь нижних конечностей* — распространенная патология с развитием синдрома хронической венозной недостаточности (ХВН). Основная опасность этого заболевания — тромбоэмболические процессы, в частности тромбоэмболия ствола или ветвей легочных артерий, отличающиеся высокой летальностью. Цель диспансерного наблюдения при этом заболевании — предупредить тромбоэмболические осложнения и как можно дольше удержать на уровне 1–2–3-й степени ХВН. Группа диспансерного наблюдения определяется степенью выраженности ХВН. Несмотря на широкое применение классификации заболеваний вен по системе CEAP, выраженность ХВН лучше характеризовать с точки зрения клинических проявлений. Так, 1-я степень ХВН характеризуется появлением отеочно-болевого синдрома к концу рабочего дня, но он самостоятельно проходит после отдыха. При 2-й степени этот

синдром не проходит, необходимо назначение лечения. Третья степень ХВН проявляется рецидивом отеочно-болевого синдрома на фоне кожных изменений в виде гиперпигментации кожи и уплотнения (индурации) подкожной клетчатки. Следует отметить, что нарушения венозного оттока могут компенсироваться, отека и боли при изменениях кожи может и не быть, однако исследования показывают, что такого рода изменения кожи являются необратимыми. 4-я степень ХВН — наличие открытой трофической венозной язвы типичной локализации — на уровне лодыжек.

Гемодинамика в нижних конечностях — система очень динамичная, степень нарушения оттока венозной крови во многом зависит и от ее притока. Исходя из этого, ведение таких больных должно быть комплексным, междисциплинарным, с участием терапевтов или кардиологов. При 1-й и 2-й степени ХВН группа наблюдения 3-я, с осмотрами и назначением лечения не менее 2 раз в год. При 3-й степени ХВН больных следует включать в 4-ю группу, при открытой трофической венозной язве — в 5-ю группу наблюдения. Зажившая (закрытая) язва, как правило, сопровождается индурацией подкожной клетчатки и гиперпигментацией кожи, поэтому в таких случаях больных целесообразно оставить в 4-й группе не менее 1 года, тем более что очень часто возникает рецидив язвы. Перевод из группы в группу зависит, как уже было сказано выше, от степени выраженности ХВН. После закрытия язвы через год можно перевести больных в 3-ю группу. При этом самая низкая группа, в которую можно переводить больных — это 3-я.

**Посттромботическая болезнь** — вторичные изменения венозной стенки. Развивается после тромбоза вен высокого сегмента, как правило, бедренно-подвздошного. Морфологическая основа заболевания — появление участка вен с полным разрушением клапанного аппарата. Протяженность его зависит от длины тромба, формируется болезнь в периоде его реканализации. Отличается упорным, прогрессирующим течением, плохо поддается лечению. Часто осложняется появлением трофических венозных язв типичной локализации. При относительно компенсированном оттоке венозной крови (ХВН 1–2-й степени) группа наблюдения — 3-я, другие формы (ХВН 3–4-й степени) целесообразно относить в 4–5-ю группы.

**Объем исследования.** 3-я группа — 1 раз в год ультразвуковое ангиосканирование (УЗАС) вен конечностей, малая коагулограмма, общий белок и белковые фракции, сахар и холестерин крови. При 4-й группе наблюдения эти исследования целесообразно проводить 2 раза в год с целью коррекции лечения и определения наличия показаний для оперативного лечения.

**Объем консервативного лечения.** Компрессионная терапия — медицинский трикотаж 2-го класса компрессии, курсы флеботоников (3 мес. прием МОФФ (микронизированная очищенная флавоноидная фракция) по 1000 мг 1 раз в сутки либо флебодиа 600 1 раз в сутки). Флеботоническое действие оказывают отечественные препараты-дженерики (флебофа, венарус и др.). Важное

значение имеют режим работы и отдыха, ЛФК. Такого рода курсы продолжаются с перерывом по 3 мес.. Следует помнить, что настоятельно необходимо проводить консервативное лечение неопределенно долго. Показанием для направления на операцию считается наличие вертикального или же горизонтального рефлюкса. После хирургического лечения больные нуждаются в продолжении компрессионной терапии не менее года, целесообразно перевести их в 4-ю группу, при эффективности вмешательства через год осуществляется перевод в 3-ю группу.

### **Хронические облитерирующие заболевания артерий нижних конечностей (ХОЗАНК)**

В эту группу входят облитерирующий атеросклероз и эндоартериоз артерий нижних конечностей. Распространенность этих заболеваний, особенно атеросклеротического поражения, очень высока, значительно количество ампутаций, в том числе высоких, конечности (тей), выраженное снижение качества жизни больных. Группа диспансерного наблюдения зависит от степени выраженности хронической артериальной недостаточности (ХАН), которая определяется по Фонтейну–Покровскому. При ХАН 1–2А степени — группа наблюдения 3-я, 2Б — 4-я группа, 3-й и 4-й степени — 5-я группа. После оперативного восстановления притока крови больные из 3-й группы переводятся в 4-ю, как и после ампутаций, до стабилизации притока крови к конечности (этот срок, как показывает опыт, составляет не менее года).

**Облитерирующий эндоартериоз** встречается значительно реже, отличается поражением людей молодого (20–45 лет) возраста, упорным прогрессирующим течением, ранними осложнениями за счет поражения артерий 3–4-го порядка в виде гангрены. Последняя чаще влажная, угрожает жизни больного. Следует отметить, что этиология и патогенез данного заболевания изучены совершенно недостаточно, отсюда и эффективность диспансерного наблюдения незначительна. До настоящего времени не установлены причины гиперплазии субэндотелиального слоя артериальной стенки, соответственно, нет методов остановки этого процесса.

**Объем исследования:** во всех группах наблюдения — УЗАС артерий нижних конечностей 2 раза в год с определением размеров и локализации атеросклеротической бляшки, динамики ее роста, характера кровотока в артериях, состояния коллатерального кровообращения. Определяется уровень сахара крови, липидограмма 2 раза в год. Нужно отметить, что содержание холестерина в крови не полностью характеризует нарушения липидного обмена, поэтому необходима именно липидограмма с установлением коэффициента атерогенности. Консультация кардиолога (терапевта), эндокринолога по показаниям.

Необходимо остановиться на факторах риска ХОЗАНК, устранение или же снижение их воздействия на организм могут быть лечебными мероприятиями.

Курение — злостные курильщики имеют в 4 раза больший риск развития перемежающейся хромоты.

Таблица 2

## Подходы к лекарственному лечению ХОЗАНК

Степень ХАН	Лечение
1	Устранение факторов риска, дозированная ходьба, антиагреганты
2А	Обязательны антиагреганты Реконструктивные операции + антиагреганты
2Б	Реконструктивные операции + антиагреганты
3А	Реконструктивные операции + простагландины
4А	Ампутация + простагландины
4Б	Большие ампутации + лекарственная терапия

Сахарный диабет — каждое увеличение гликированного гемоглобина на 1% приводит к увеличению риска развития критической ишемии нижних конечностей на 26%.

Артериальная гипертензия, гиперлипидемия, маркеры воспаления (С-реактивный белок), повышенная вязкость крови и гиперкоагуляционный синдром, гипергомоцистемия, хроническая почечная недостаточность также играют важную роль в развитии риска перемежающейся хромоты.

*Объем лекарственного лечения:* общие направления лекарственного лечения ХОЗАНК представлены ниже (табл. 2). Оно зависит в определенной степени от уровня хронической артериальной недостаточности.

Консервативная терапия должна быть непрерывной, комплексной и проводиться неопределенно долго. Она показана во всех степенях ХАН, при наличии противопоказаний для оперативного лечения и в послеоперационном периоде. Обязательна терапия сопутствующих заболеваний — лечение артериальной гипертензии, снижение уровня холестерина крови, нормализация содержания сахара. Большое значение должно придаваться коррекции сердечно-сосудистой патологии, профилактике сердечных катастроф, липидоснижающим препаратам. «Золотым стандартом» лечения является пентоксифиллин, который показан при всех степенях ХАН и в послеоперационном периоде в общепринятых дозировках и курсах.

В условиях стационара и/или дневного стационара поликлинических учреждений оптимально эффективны плектас, нафтидрофурил, карнитин, которые увеличивают расстояние безболевой ходьбы и показания тредмил-теста. Для оценки эффективности проведенного курса лечения целесообразно использовать следующие данные в виде шкалы (табл. 3).

Перевод из 5-й в нижележащие группы может быть совершен только по порядку, так как декомпенсацию нарушенных функций вряд ли можно будет сразу перевести в компенсацию. Из 3-й во 2-ю группу перевод осуществляется через 1,5–2 года наблюдения при хорошей компенсации функций пораженного органа.

Важным для оценки качества работы амбулаторного хирурга является система оценки эффективности диспансерного наблюдения. Первый критерий эффектив-

ности — показатель процента диспансеризации — показывает выявляемость хирургических больных, нуждающихся в диспансерном наблюдении, из количества прикрепленного для обслуживания данной поликлиники населения, вычисляется путем деления числа обслуживаемого населения лечебным учреждением на общее количество диспансерных больных и умножения на 100. Референтные показатели равны 5–12%, то есть такое количество больных из общего числа обслуживаемого населения поликлиникой нуждаются в оздоровлении по хирургическим нозологиям. Второй показатель характеризует число больных, осмотренных в течение года, и вычисляется делением числа диспансерных больных на сумму переводов из групп в группы, умноженного на 100. Приемлемым является показатель, равный 75–85%. Процент положительных переводов, что означает улучшение состояния больных, вычисляется суммой переводов из 5-й в 4-ю, затем в 3-ю и 2-ю группы, умноженной на 100 и разделенной на количество диспансерных больных. Референтные значения этого показателя — 70–80%. Ухудшение состояния диспансерных больных определяется делением числа диспансерных больных на сумму переводов из 2-й в вышележащие группы, умноженным на 100. Показатели эти равны 10–15%. Немаловажный показатель — процент санации по нозологиям. И конечно, при многих нозологиях (при грыжах живота, ЖКБ) эффект диспансеризации определяется вовремя проведенной плановой операцией.

Применение такого метода диспансеризации показало его жизнеспособность и эффективность. Так, по данным годовых отчетов хирургов поликлинических уч-

Таблица 3

## Шкала изменений клинического статуса больного ХОЗАНК

+3	Значительное улучшение	Нет симптомов ишемии, все трофические язвы зажили, ЛПИ $\geq 0,9$
+2	Умеренное улучшение	Симптомы ишемии есть, но ХАН уменьшилась на одну степень, ЛПИ стало больше на 0,1
+1	Минимальное улучшение	ЛПИ увеличился больше чем 0,1, степень ХАН без изменений
0	Без изменений	Нет изменений ЛПИ и степени ХАН
–1	Незначительное ухудшение	Нет изменений степени ХАН, ЛПИ уменьшился более чем на 0,1
–2	Умеренное ухудшение	Увеличение ишемии на одну ступень или необходимость малой ампутации
–3	Значительное ухудшение	Увеличение ишемии на 2 ступени, необходимость в большой ампутации

реждений г. Тюмени, за последние годы число больных с венозной патологией, осложненной трофическими венозными язвами, сократилось в 10 раз. Не наблюдалось случаев смерти от ущемленных грыж, снизилось число ампутаций нижних конечностей при облитерирующих поражениях артерий, в несколько раз уменьшилось количество осложнений при патологии желчного пузыря и желчевыводящих путей. Таким образом, организация диспансерного наблюдения и лечения по вышеуказанной простой методике позволяет оценить не только эффективность работы врача-хирурга, но и проследить динамику оздоровления больных с рядом хирургическими патологиями. Можно четко охарактеризовать частоту хирургической патологии у прикрепленного населения, организацию планового оздоровления больных.

**Конфликт интересов.** Автор заявляет об отсутствии конфликта интересов.

**Финансирование.** Исследование не имело спонсорской поддержки.

#### ЛИТЕРАТУРА / REFERENCES

1. Ефремова Т.Ф. Новый словарь русского языка. В 2 томах. 2-е изд. [Efremova T. F. New dictionary of the Russian language. In 2 volumes. 2 ed. 2000;(1):1210. (in Russian)]
2. Романов В.И., Давыдкин А.В., Вилков и др. Под ред. проф. И.Н. Пиксина. Саранск: Изд-во Мордовского ун-та, 2001:28. [Romanov V.I., Davydkin A.V. Vilkov et al.; Edited by prof. I.N. Paksin. Saransk: Publishing house of the University of Mordovia, 2001:28. (in Russian)]
3. Леонов С.А., Сон И.М., Вайсман Д.Ш. и др. Руководство по анализу состояния здоровья населения и учреждений здравоохранения муниципального уровня. М., 2008:97. [Leonov S.A., On I.M., Weissman D.S. et al. Guidelines for the analysis of the health status of the population and health institutions at the municipal level. M., 2008:97. (in Russian)]
4. Руководство по диспансеризации взрослого населения (под общ. ред. В.М. Чернышева Новосибирск, ИПП «Офсет», 2013:543. [Guidelines for the medical examination of the adult population (under the general editorship of V.M. Chernyshev. Novosibirsk, IPP «Offset», 2013:543. (in Russian)]

Поступила 11.10.2020