



Н. Н. ПИЛИПЦЕВИЧ

## РОЛЬ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ В СИСТЕМЕ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ

Белорусская медицинская академия последипломного образования

*Диспансеризация в СССР в течение многих десятилетий рассматривалась как действенный метод профилактики. Формировались различные подходы к ее проведению. Принимались партийные и правительственные решения по всеобщему охвату населения. Результаты диспансеризации в целом не оправдали возлагаемых на нее надежд. В настоящее время ведется дальнейший поиск вариантов ее эффективного проведения. В данной статье сравниваются результаты традиционного варианта и варианта проведения диспансеризации как текущее наблюдение силами участковой службы первичного звена здравоохранения с выходом на управленческие решения.*

**Ключевые слова:** диспансеризация, диспансер, профилактика.

Первый Нарком здравоохранения Н. А. Семашко на заре советской власти подчеркивал: «...диспансерный метод в его подлинном значении — могучий проводник профилактики». Диспансеризация в такой постановке стала на многие последующие десятилетия частью идеологии деятельности по охране здоровья. По мере становления и развития здравоохранения рассчитывали на получение быстрого результата от ее внедрения в практику. Помимо заинтересованного участия и профессионализма медицинского персонала, упор делался на организационную составляющую — всеобщий охват населения параллельно с применением современных методов и др.

Позади опыт более чем 90 лет практики диспансеризации населения. Однако ожидаемого эффекта не достигнуто. Если судить по основному критерию ВОЗ оценки здоровья населения — продолжительности жизни, значимых тенденций к ее увеличению на постсоветском пространстве не наблюдается. Это касается и Беларуси.

Следует отметить, что пока не наступило и разочарование. В диспансеризацию по-прежнему верят, она проводится. Целесообразна системная оценка ее возможностей в той форме, в которой она реализуется в соответствии с действующими регламентирующими документами.

**Определение понятия.** Диспансеризация — понятие, производное от диспансер (фр. *dispensaire* — благотворительная аптека, восходит к лат. *dispensio* «распределяю»). В «Словаре русского языка» С. И. Ожегова даны определения: диспансер — медицинское учреждение, занимающееся лечением определенного контингента больных, систематически наблюдающее за их здоровьем; диспансеризация — система медицинских мероприятий, осуществляемая

лечебными учреждениями в целях профилактики и своевременного лечения заболеваний.

Более емкое определение представлено в фундаментальном для своего времени учебнике «Социальная гигиена и организация здравоохранения» под ред. А. Ф. Серенко, В. В. Ермакова (1984): диспансеризация — активное динамическое наблюдение за состоянием здоровья определенных контингентов населения (здоровых и больных), взятие этих групп населения на учет с целью раннего выявления заболеваний, динамического наблюдения и комплексного лечения заболевших, проведение мероприятий по оздоровлению их условий труда и быта, предупреждению развития и распространения болезней, восстановлению трудоспособности и продлению периода активной жизнедеятельности.

**Здоровье населения.** Данный раздел в настоящей статье представлен для того, чтобы подчеркнуть важность поднимаемой для обсуждения темы и достигнутый уровень как результат внедрения. Обратим внимание на факт и последствия инверсии патологии болезней человечества. В 60-е годы прошлого столетия в СССР произошла смена типов патологии с эпидемического на неэпидемический. До этого времени в течение нескольких десятилетий год за годом преобладающая эпидемическая заболеваемость последовательно снижалась. Показатели здоровья населения улучшались. Затраты средств, вкладываемых в отрасль, оправдывались. На государственном уровне и населением работа здравоохранения оценивалась позитивно. Оптимистичной была оценка: с эпидемической патологией справились, она стала контролируемой.

На 60-е годы пришелся своеобразный перелом. Началось стремительное «наступление» неэпидемической патологии. Как вскоре оценили, патологии трудно управляемой, многофакторной по этиологии, многоликой по клиническому течению. В подтверждение характеристики «многоликой» отметим, что в МКБ-10 по классу IX «Болезни системы кровообращения» число кодов шифрования соответствующих патологических состояний около 400.

Показатели здоровья, вместо позитивного роста, начали стремительно ухудшаться. Таковы с разной интенсивностью негативные тенденции в целом в мире, в том числе в Республике Беларусь. На сегодняшний день состояние здоровья населения вызывает озабоченность органов управления отраслью, государственных институтов, широкой общественности. По всеобщему признанию, доминирует его социальная обусловленность. Для примера приведем некоторые сведения о смертности. По данным ВОЗ, в 2001 г. в мире почти 60% от общего числа всех случаев смерти приходилось на долю основных неинфекционных заболеваний. К 2020 г. предполагается рост этого показателя до 73%.



В Республике Беларусь ситуация по смертности на протяжении нескольких лет остается тревожной. За 2009 г. основные группы заболеваний (болезни системы кровообращения, онкологические, органы пищеварения и дыхания, внешние причины) составили 96% всех случаев в структуре общей смертности (официальный статистический сборник «Здравоохранение в Республике Беларусь, 2010»).

В соответствии с «формулой здоровья», разработанной школой академика Ю. П. Лисицина, принятой ВОЗ, в структуре социальной обусловленности здоровья 50% составляет образ жизни. То есть речь идет о том, что в сохранении здоровья должно преобладать бережное к нему отношение самого населения. К сожалению, медицинская активность населения пока низкая. Не сформировалась у него потребность такого отношения, в том числе потребность знать его состояние. В России доля профилактических посещений в общем объеме обращений в ЛПУ составляет около 30%. В течение ряда лет этот показатель уменьшался. В нашей республике состояние примерно такое же.

В государственной программе Демографической безопасности общественное здоровье оценивается как системообразующий фактор национальной безопасности.

Современное состояние здоровья населения таково, что необходима стабилизация всей совокупности показателей, характеризующих его, — демографических, заболеваемости, инвалидности, физического развития. Большинство из них находится в зоне профессиональной деятельности (не утверждаем, ответственности!) отрасли здравоохранения. Это так, но здравоохранению в одиночку не справиться. Необходима помощь всех государственных и общественных институтов (образование, культура, наука и др.). Отметим, позиция не новая. Об этом говорится достаточно много, правильно и сравнительно часто. Результативность низкая: ощутимой отдачи пока нет. Возможно, одной из причин является недостаточная организация совместной направленной деятельности.

Несомненно, результативность деятельности в направлениях, касающихся здоровья, чаще всего становится заметно воспринимаемой только со временем, причем трудно просчитываемым по своей продолжительности. Например, демографы Беларуси прогнозируют ухудшение демографической ситуации в стране до середины текущего столетия. Как будет, покажет время. Но меры противодействия этим и другим негативным процессам необходимы сегодня, и это является задачей государства и общества.

С древних времен известно, что для стабилизации показателей здоровья и последующего направленного их улучшения важны превентивные меры. Перечень важнейших из них включает донозологическую диагностику, качественное лечение возникших или имеющихся заболеваний, профилактику. Важнейшим методом последней считается диспансеризация. На сегодняшний день врачебное сообще-

ство видит диспансеризацию как основной «медицинский» путь исходной оценки и последующего управления здоровьем населения. Но результаты этой деятельности, как указывалось выше, пока не удовлетворяют ожидания.

**История становления и развития диспансеризации.** Практике деятельности и соответственно понятию «диспансеризация» более трех веков. Впервые диспансеры возникли в XVII—XIX веках во Франции и Англии. Одним из первых учреждений с таким названием был туберкулезный диспансер в Лилле, созданный в 1699 г. по инициативе известного деятеля по борьбе с туберкулезом Кальметта. В 1902 г. в Германии открылся первый венерологический диспансер. В первой четверти XX века появляется ряд диспансеров в Германии, Франции, некоторых других странах.

Элементы диспансерного метода были в общественной медицине дореволюционной России. В 1910 г. в отдельных городах по инициативе Всероссийской лиги борьбы с туберкулезом созданы отдельные амбулатории — попечительства. Они бесплатно оказывали консультативную и лечебную помощь немущим больным туберкулезом, вели санитарно-просветительную работу среди населения. В этот же период стали возникать специальные амбулатории для венерических больных. Результаты их деятельности в целом были скромными. Вклад в здоровье населения можно оценивать как первые шаги.

Государственную поддержку и сравнительно быстрое развитие получила диспансеризация в СССР. В 1919 г. в Москве был создан первый туберкулезный диспансер. К 1924 г. сеть диспансеров насчитывала 130, к 1941 г. их стало 1048. В 1919 г. в Москве открыта первая противовенерическая амбулатория, реорганизованная в 1921 г. в кожно-венерологический диспансер. Вскоре аналогичные диспансеры были созданы в других городах. К 1941 г. число таких учреждений достигло 545. В 1924 г. в Москве организован республиканский психоневрологический диспансер, появились наркологические и другие диспансеры.

Первоначально диспансеризацию связывали преимущественно с деятельностью диспансеров. Вскоре центр этой работы переместился на всю сеть лечебно-профилактических учреждений, в первую очередь на ее амбулаторное звено.

В программе партии, принятой в 1919 г. на VIII съезде РКП(б), была провозглашена ведущая роль профилактического направления.

Среди населения первоочередное внимание уделялось детям и беременным женщинам. Создавались учреждения по охране материнства и младенчества. Центром диспансерной работы являлись женские консультации. Их обязанностью был определенный перечень мероприятий: антенатальная профилактика для беременных, врачебное наблюдение за грудными детьми до 3 лет, санитарно-просветительная работа в консультации и на дому (патронаж), правовая охрана и социальная профилактика через социально-правовые отделы, лечение больных детей, снабжение боль-



ных лечебным питанием, социальная помощь. Данный перечень содержит функции, возложенные на диспансеры. Опыт работы консультаций себя оправдал. Высокая оценка результатов дана в резолюции II Всероссийского совещания по охране материнства и младенчества (1923).

Со стороны государства принимались соответствующие решения и по проведению оздоровительных мероприятий среди детей и подростков. Центрами этой работы стали детские амбулатории.

Вопросы профилактики заняли ведущее место на V Всероссийском съезде здравотделов (1924). В резолюции съезда констатирована необходимость широкого применения диспансерного метода в работе каждого лечебного учреждения. Это означало, что на государственном уровне был решен вопрос коренного поворота курса здравоохранения в сторону диспансеризации. Важнейшими направлениями деятельности признаны: профилактическая работа среди работников промышленных предприятий, борьба с социальными и профессиональными заболеваниями. В основу диспансеризации были положены массовые профилактические осмотры рабочих, исследование условий их труда, выявление профессиональной заболеваемости. Преследовалась цель выявлять в организме самые ранние изменения, устанавливать их причинную связь с окружающими вредными условиями. Диспансеризация заключалась в санитарном обследовании отдельных промышленных предприятий, осмотре рабочих. Наиболее активно эта работа проводилась в Москве, где в целях проведения диспансеризации были созданы амбулаторные объединения. При них организовывались комиссии оздоровления труда и быта (КОТИБы), задачами которых были анализ и оценка результатов санитарного обследования предприятий, осмотров рабочих, изучения условий труда и быта. По заключениям этих комиссий на предприятиях принимались необходимые санитарные меры. К общественным мерам относятся создание диетических столовых, ночных и праздничных профилакториев, спортивных площадок и др. В отношении отдельных лиц персонально решались вопросы предоставления необходимой помощи.

Диспансеризация была признана как прогрессивное, полезное мероприятие. Лечебные учреждения, наряду с медицинским обслуживанием по обращаемости, брали на себя функции активного наблюдения за здоровьем населения территории обслуживания. Диспансеризация включала следующее: учет физического состояния и здоровья населения, санитарное обследование условий его труда и быта; выявление и учет лиц, нуждающихся по состоянию здоровья во врачебном наблюдении; лечение; социальную помощь; воспитание гигиенических навыков.

Следует отметить, что этот совершенно правильный по своей сути и содержанию перечень мероприятий опередил свое время в плане возможности практической реализации. Он имел прогрессивный характер, но существовал преимущественно в виде теоре-

тических предложений. В Москве в 20-е годы не было реальных предпосылок для проведения массовой диспансеризации. Недостаточной была сама лечебно-профилактическая сеть, слабая техническая оснащенность, не хватало кадров. В результате диспансеризация свелась к одноразовым осмотрам. Больные, нуждающиеся в лечении и систематическом наблюдении, терялись в потоке обширной документации, заполняемой на огромную массу осматриваемых. По результатам анализа опыта диспансеризации в 20-е годы было признано ошибкой стремление к одновременным массовым осмотрам большого числа лиц. Непременной составляющей диспансеризации является возможность проведения оздоровительных мероприятий нуждающимся, динамическое наблюдение за ними. Сами врачи не были подготовлены к массовой диспансеризации населения. Н. А. Семашко подчеркивал исключительную трудность проведения профилактического направления через лечебную организацию: «громадному большинству лечебников еще чуждо понимание профилактики, поэтому они так неактивны в этом деле».

Вместе с тем уже в то время было дано правильное определение цели диспансерного наблюдения — раннее выявление патологических отклонений, выяснение их этиологии, предупреждение развития заболевания путем медицинских, социальных, производственных мероприятий.

Тогда еще не было должного взаимодействия в работе отдельных лечебно-профилактических учреждений. В порядке разрешения ситуации руководители московской медико-санитарной организации предложили создать единый диспансер. По их мнению, это здравое объединение в состоянии было устранить основные недостатки в работе медицинских учреждений по диспансеризации, поднять медицинскую помощь на должный уровень. В типовой состав единого диспансера входили: специальные диспансеры, поликлиника, женская и детская консультации, санэпидстанция, дневной и ночной санатории, оздоровительные площадки. Предназначение единого диспансера — оказание квалифицированной медицинской помощи населению всего района. Основной принцип деятельности — обслуживание по месту жительства.

В 1929 г. коллегией Наркомздрава одобрен перевод всех учреждений на работу по типу единых диспансеров. Анализ опыта работы и последующее развитие здравоохранения позволили дать оценку этим здравое объединениям. Они представляли собой первую попытку налаживания связи между различными лечебно-профилактическими учреждениями и прообраз современных поликлиник. В этом их положительное значение. Был и существенный недостаток: вне поля зрения оказались рабочие промышленных предприятий.

На VII Всероссийском съезде здравотделов (1930) принято решение об изменении работы органов здравоохранения. Единые диспансеры полностью отказались от осмотра населения. Осмотры стали выборочными. Контингенты, в отношении которых прово-



дидась диспансеризация, стали строго ограничивать. Вопрос о постановке на диспансерный учет решался в зависимости от условий труда и быта рабочих. Критериями для отбора на диспансерное наблюдение являлись: тяжесть заболевания, характер его течения, длительность утраты трудоспособности.

Очередным шагом в развитии диспансеризации стал приказ Наркомздрава (1938), согласно которому врачи здравпунктов, главные врачи амбулаторий и поликлиник обязывались вести учет и систематическое диспансерное наблюдение.

В период ВОВ говорить о диспансеризации не представляется возможным. Среди тружеников тыла преобладали женщины и подростки. Их обслуживание осуществлялось преимущественно в медико-санитарных частях и здравпунктах по месту работы.

Новый этап применения диспансерного метода начался в послевоенный период. Поликлиники приступили к диспансеризации по месту жительства больных с некоторыми хроническими заболеваниями. Ведущая роль в ее проведении отводилась участковому врачу.

С 50-х годов диспансеризация проводится согласно производственному и территориальному принципам. С учетом контингентов выделены 2 основных направления: диспансеризация здоровых и больных. Первая группа охватывает лиц, объединенных общими производственно-профессиональными условиями труда или физиологическими признаками. Большинство из них проходят диспансеризацию в медико-санитарных частях промышленных предприятий по типу цеховой участковости. Исходя из практики сложилось определенное «оптимальное» число диспансеризуемых: на одного врача приходилось диспансерное обслуживание 100—120—150 больных.

В последующие годы укреплялась материально-техническая база здравоохранения, расширялись возможности диспансеризации. Одним из вариантов ее усовершенствования было предложение проводить наблюдение больных участковым терапевтом, здоровых — по производственному принципу, вовлекать в эту работу врачей-специалистов (неврологов, окулистов, оториноларингологов и др.). Накопленный опыт был обобщен в методическом письме Минздрава СССР «О применении диспансерного метода обслуживания в городских больницах и медико-санитарных частях» (1954) в виде указаний о контингентах лиц, подлежащих диспансерному наблюдению и о путях отбора больных.

На определенном этапе исторического развития была выдвинута стратегическая задача — переход к диспансеризации всего населения (XXII съезд КПСС, 1961 г.). Переход планировалось осуществить путем планового расширения контингентов диспансеризуемых. Поэтапный охват населения диспансеризацией предусматривалось проводить путем распределения всего населения на группы в зависимости от состояния здоровья.

Таким образом, в XX веке становление диспансеризации прошло несколько этапов:

- создание первых диспансеров по борьбе с социальными болезнями (начало 20-х годов);
- становление и использование диспансерного метода в охране материнства и младенчества (20—30-е годы);
- массовая диспансеризация рабочих и населения (середина 20-х—начало 30-х годов);
- диспансеризация инвалидов ВОВ (40-е годы);
- распространение диспансерного метода на территориальные амбулаторно-поликлинические учреждения, начало диспансеризации сельского населения (50-е годы);
- привлечение для проведения диспансеризации, помимо участковых (цеховых) терапевтов, педиатров, акушеров-гинекологов, врачей-специалистов (конец 50-х—60-е годы);
- переход к массовой диспансеризации населения (середина 60-х—70-е годы).

Так сложилось, что само название «диспансеризация» не удовлетворяло организаторов здравоохранения. Связанное с конкретной патологией (туберкулез, онкология, венерические и другие болезни) название диспансера населением часто воспринималось негативно. Заметим, и в наше время население не очень склонно говорить по поводу наличия у себя подобных заболеваний. По этому вопросу на страницах медицинских изданий развернулась широкая дискуссия. На V съезде здравотделов З. П. Соловьев предлагал вместо термина «диспансеризация» употреблять термин «социальная помощь». Однако изменений названия не произошло.

Особенностью диспансеризации на определенном этапе ее развития является перенесение центра тяжести — внимания службы здравоохранения — на здорового человека. Основным звеном в проведении диспансеризации признан участковый терапевт. Такой расклад обоснован и не вызывает возражений, потому что четко очерчены субъект и объект (кто проводит — кого обследуют), апробированы возможные механизмы и варианты деятельности.

Накопилось много проблем с проведением диспансеризации. Существует много различных вариантов ее решений. Они имеют выход в практику в виде инструкций, приказов, директивных указаний и др. Неизменным из прошлых десятилетий осталось только устойчивое признание ее значимости, важности, полезности для населения.

Крупной вехой в истории развития диспансеризации явился приказ № 770 Минздрава СССР «О порядке проведения всеобщей диспансеризации населения» (1986). В нем подробно расписан весь ход диспансеризации, контингенты лиц, подлежащие ей, сроки проведения, ответственные по должности лица, обобщен весь предыдущий опыт этой работы. Особенно следует подчеркнуть выделение в приказе ведущего звена — участковую службу как основного исполнителя мероприятий диспансеризации. В поли-



«клиниках предусмотрено создание отделений профилактики, утверждены положения об отделении и его функциональных кабинетах, предложены варианты должностных инструкций. Констатирована необходимость совершенствования материально-технической базы. Указано на привлечение к проведению ежегодной диспансеризации «высококвалифицированных специалистов всех больничных и других учреждений здравоохранения, имеющих стационары...». В «Инструкции по диспансеризации больных и лиц с факторами риска в амбулаторно-поликлинических учреждениях», занимающей 78% от общего объема приказа (333 стр.), дана примерная схема динамического наблюдения за лицами, подлежащими диспансеризации по профилю заболевания у соответствующих специалистов.

Согласно приказу № 770, диспансеризация включает:

- ежегодный медицинский осмотр всего населения с проведением установленного объема лабораторных и инструментальных исследований;
- дообследование нуждающихся с использованием современных методов диагностики;
- выявление лиц с факторами риска, способствующими возникновению и развитию заболеваний;
- выявление заболеваний на ранних стадиях;
- определение и индивидуальную оценку состояния здоровья;
- разработку и проведение комплекса необходимых медицинских и социальных мероприятий и динамического наблюдения за состоянием здоровья населения.

**Диспансеризация в Беларуси.** Во время нахождения в СССР деятельность по диспансеризации регламентировалась соответствующими союзными документами. С приобретением независимости в Беларуси возникла необходимость в разработке соответствующих республиканских документов. Были изданы: Приказ № 10 от 10.01.1994 г. «Об обязательных медицинских осмотрах работающих, занятых во вредных и опасных условиях труда»; Приказ № 159 от 20.10.1995 г. «О разработке программ интегрированной профилактики и совершенствовании метода диспансеризации»; Приказ № 159 от 27.06.1997 г. «О выполнении программы интегрированной профилактики неинфекционных заболеваний (СИНДИ) в Республике Беларусь»; «Инструкция о порядке организации диспансерного наблюдения взрослого населения Республики Беларусь (рекомендована к использованию в ред. Постановления Минздрава от 03.02.2009 № 11)».

В инструкции диспансерное наблюдение взрослого населения определено как система медицинских мероприятий, направленных на «...выявление заболеваний или факторов, влияющих на их возникновение, для оценки состояния здоровья каждого гражданина...». Система включает:

- «— диспансерный осмотр;
- диспансерное динамическое наблюдение за состоянием здоровья;

— пропаганду здорового образа жизни, воспитание интереса и ответственности к своему здоровью».

В инструкции дана «Примерная схема диспансерного динамического наблюдения за пациентами, состоящими в группах Д (II) и Д (III)».

Вопросы диспансеризации постоянно находятся в поле зрения руководства отрасли здравоохранения. Помимо упомянутой выше инструкции, в 2009 г. издано письмо Министерства здравоохранения «О диспансеризации трудоспособного населения», в 2010 г. — письмо «О диспансеризации взрослого населения».

### Заключение

1. Диспансеризация — одна из мер проявления заботы государства о здоровье населения. Традиционным в сознании медицинских работников стало представление, что диспансеризация обеспечивает решение коренных проблем здоровья населения. Оказалось, что планка оценки возможности диспансеризации завышена. Как и прежде, ее проведение регулируется директивами, письмами, инструкциями. Проблемы здоровья она решает недостаточно, в такой же мере влияет на него. Не случайно, что в настоящее время стали больше говорить о превентивно-диагностической ее роли. Возможно, обоснованным будет суждение о технологических просчетах ее реализации.

2. Профессиональная, в том числе психологическая готовность медицинских работников к повседневной работе в этом направлении имеется. Но если определить ее место по степени важности в перечне профессиональных обязанностей врача, то, к сожалению, ей будет принадлежать не первое место. Предпосылки для такого положения формируются в сознании многих поколений врачей еще со студенческой скамьи. В частности, в годы их вузовской подготовки преобладает учеба на стационарной клинической базе и, соответственно, больной с его патологией, клиникой, лечением. Неверным будет утверждение, что профилактике уделено меньше внимания в университетской программе, что по своей весомости она уступает клинической подготовке. Но учебного времени в целом не хватает. Известно, для полного усвоения университетского курса первичной врачебной подготовки требуется 8 и более лет, имеем 6. По этой причине на первом месте в процессе преподавания находятся те разделы медицины, которые будут востребованы с начальных шагов практической деятельности врача. Такова реальная действительность.

3. Декларируя приоритет профилактики, необходимо определить того врача, которому она наиболее доступна, с учетом особенностей его профессиональной деятельности. Выше подчеркивалось, что в разные периоды, наряду с узкими специалистами, обязательно указывалась участковая служба. Давно известно, узкий специалист не наблюдает больного, а ведет его «разовый» прием. Перед ним черед людей с патологией его профиля. И если даже по ре-



зультатам диспансерного осмотра больные и будут на определенный промежуток времени взяты им под наблюдение, то все равно это, пусть пролонгированный по времени, но «разовый» контакт.

Выход: очередной раз обратить внимание на то звено здравоохранения, которое находится в постоянном тесном контакте с населением. Это звено первичной медико-санитарной помощи и его ядро — участковая служба.

Диспансеризация является составной частью работы участкового врача. Или в прямой постановке — это его повседневная работа. Как известно, на каждого жителя страны приходится в среднем 11—12 обращений за медицинской помощью в год. Реально полагать, что наиболее полное обследование пациент получит у него или по его направлению к конкретным специалистам, или на лабораторно-аппаратную диагностику. Но самое главное — вся информация о больном приходит (возвращается) в одни руки — участкового врача. Только он, зная каждого своего пациента (состояние и динамику здоровья, образ жизни, характер производственной деятельности, условия жилья, микроклимат в семье, наследственную составляющую и пр.), может принять наиболее адекватное решение в отношении назначений, ведения пациента, рекомендаций.

Кроме того, наблюдение за пациентом возможно не только в официальной обстановке лечебного учреждения. Контакты пациента с врачом при таком раскладе более доверительные, следовательно, более полезные с учетом конечного результата.

4. На Алма-Атинской конференции ВОЗ (1987) было заявлено, а в наше время получает практическое подтверждение, что передовым рубежом и ядром здравоохранения любой страны является звено «первичная медико-санитарная помощь». Основную опору в этом звене представляет участковый врач (общей практики, семейный). Именно он сегодня, исходя из оценки опыта многовариантной практики прошлого, в состоянии решить проблему диспансеризации. Из ранга регламентируемой соответствующими директивными документами компании диспансеризация станет повседневной его работой с пациентами. Проблематичным (ненужным!) становится двойное (по месту работы и месту жительства) медицинское обслуживание рабочих промышленных предприятий.

5. Необходимо провести крупномасштабное медико-социологическое исследование; сравнить результаты диспансеризации по определенному перечню критериев двух больших групп населения (например, жителей двух районов Минска). Одна группа обследуется по действующей в практике здравоохранения

системе, другая — только службой участкового врача. Результаты диспансеризации сопоставлять в течение четырех-пяти лет. Статистически обоснованные преимущества проведения диспансеризации по предлагаемому варианту будут основой для принятия управленческих решений в масштабе отрасли здравоохранения по совершенствованию диспансеризации населения.

Появится возможность уточнить перечень медицинских осмотров. Предварительные осмотры для врача, знающего свой обслуживаемый контингент населения, не будут представлять сложности по затратам времени и характеру мероприятий. Периодические медицинские осмотры волеются, станут составной частью текущего наблюдения. При диспансеризации всего населения отпадет надобность в проведении целевых осмотров.

#### Использованная литература

1. Майстрах К. В. Диспансерный метод работы лечебно-профилактических учреждений.— М., 1955.
2. Общество и здоровье человека / Под ред. Г. И. Царегов-родцева.— М., 1973.
3. Новгородцев Г. А., Демченкова Г. З., Полонский М. Л. Диспансеризация населения в СССР.— М., 1979.
4. Состояние диспансеризации на современном этапе и основные направления ее развития в перспективе: Сб. науч. трудов.— М., 1980.
5. Демченкова Г. З. Теоретическое и организационное обоснование перспектив перехода к диспансеризации всего населения: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук.— М., 1980.
6. Тюльпин И. Н., Демченкова Г. З., Полонский М. Л. Пути повышения эффективности и качества профилактических осмотров населения.— М., 1981.
7. Проблемы диспансеризации населения / Под ред. А. Ф. Серенко, А. Ценова.— София, 1982.
8. Диспансеризация — основной метод профилактики / ЦНИИ санитарного просвещения МЗ СССР.— М., 1984.
9. Приказ № 770 «О порядке проведения всеобщей диспансеризации населения».— М., 1986.
10. Щепин В. О., Петручук О. Е. Диспансеризация населения в России / Под ред. О. П. Щепина.— М., 2006.

Поступила 30.09.10.

#### ROLE OF PROPHYLACTIC MEDICAL EXAMINATION IN PUBLIC HEALTH SYSTEM

N. N. Piliptsevich

The prophylactic medical examination in the USSR has been considered for many decades an effective method for prophylaxis. Different approaches to performing the same have been formed. The Party and Government decisions aimed at the population total examination have been made. In general, the results obtained while performing the prophylactic medical examination have not confirmed the hopes put on it. Nowadays variants for its effective performance are being still searched. The present article compares the results of the prophylactic medical examination conventional variant with the results of the prophylactic medical examination performed as a current observation by the public health primary service followed by suggesting managerial decisions.

**Key words:** prophylactic medical examination, dispensary, prophylaxis.