

Н.Ю. Кондратюк (Київ)

ЩОДО ІСТОРІЇ СТАНОВЛЕННЯ ТА РОЗВИТКУ СИСТЕМИ ДИСПАНСЕРИЗАЦІЇ ДОРΟΣЛОГО НАСЕЛЕННЯ В УКРАЇНІ ЗА ЧАСІВ СРСР (ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ)

ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України»

Описано та проаналізовано окремі етапи розвитку системи диспансеризації населення в Україні за часів СРСР.

Ключові слова: диспансеризація, дільничний лікар, профілактичні огляди, мережа лікувальних закладів.

Протягом останніх 20 років стан здоров'я населення в Україні та інших пострадянських країнах погіршився. Це пов'язано не тільки з проблемами організації профілактичної допомоги населенню, але й масштабними соціально-економічними потрясіннями, які торкнулися всіх держав, що входили до складу СРСР. А це, своєю чергою, призвело до різкого підвищення рівня смертності та скорочення тривалості життя [13;14].

Можливо, така ситуація викликана і тим, що сучасна система охорони здоров'я в Україні спрямована більше на лікування, ніж на профілактику захворювань і пропаганду здорового способу життя. Хоча ідея активного лікарського спостереження за здоровими та хворими людьми з метою попередження виникнення і подальшого розвитку захворювань неодноразово висувалася передовими діячами медичної науки (Н.І. Пирогов, С.П. Боткін, Г.А. Захар'їн, А.А. Остроумов, І.І. Мечніков, С.С. Корсаков, І.П. Павлов та ін.). Однак, як зазначав Б.Д. Петров, «профілактика захворювань, про яку говорили передові діячі охорони здоров'я..., найчастіше залишалася тільки побажанням, висловленим у науковій праці» [5].

Мета роботи – простежити розвиток і становлення системи диспансеризації населення в Україні за часів СРСР.

Методи, які використано в роботі, – бібліосемантичний, системно-логічний та контент-аналізу.

Результати дослідження та їх обговорення

Ідея динамічного спостереження за «здоров'ям здорових» була сформульована ще на початку ХІХ ст. засно-

вником російської терапії та військової гігієни М.Я. Мудровим, який зазначив, що «прибрати до своїх рук людей здорових, захистити їх від хвороб спадкових чи тих, котрі загрожують, визначити їм належний спосіб життя є чесно, та і для лікаря спокійніше, тому що легше захистити від хвороб, ніж лікувати їх. І в цьому полягає перший його (лікаря) обов'язок». У підтримку цієї ідеї видатний московський терапевт Г.А. Захар'їн у своїх лекціях студентам постійно підкреслював: «...чим зрілішим є лікар практично, тим більше він розуміє силу гігієни та відносно безсилля терапії» [7;8]. На ІV Пироговському з'їзді (1892), а далі – на VI (1896) і VII (1899) з'їздах у доповідях проф. Ю.Т. Чудновського, Д.І. Костієвича, В.Д. Шервинського та ін. були широко представлені проекти організаційних заходів щодо боротьби з туберкульозом, зокрема диспансеризації хворих, які страждають на легеневий туберкульоз, (раннє виявлення, облік, активне лікування, попередження).

З перших років радянської влади диспансерний метод почав активно впроваджуватися і розвиватися насамперед у медичному обслуговуванні міського населення – у сфері боротьби з такими соціальними хворобами, як туберкульоз, алкоголізм, професійні захворювання та інфекції, що передаються статевим шляхом, тощо [10].

У 1919 р. у м. Москві створено перший туберкульозний диспансер, а з 1922 р. розпочався активний розвиток мережі шкірно-венерологічних диспансерів. Провідні завдання диспансерів у системі радянської охорони здоров'я сформулював М.А. Семашко у 1922 р.:

1. Виявлення хворих із соціальними хворобами шляхом регулярних медичних оглядів робітників і службовців промислових підприємств.

2. Регулярне проведення медичних оглядів дітей у дитячих будинках.
3. Обстеження членів родин робітників і службовців.
4. Проведення заходів щодо систематичного гігієнічного виховання не тільки хворих, але і їх оточення.
5. Надання кваліфікованої лікарської допомоги хворим і регулярна перевірка виконання призначень.

Таким чином, уже перші радянські диспансери побудовані на основних науково-організаційних принципах охорони здоров'я. Це був на той час новий вид медичних закладів, які поєднували діагностичну, лікувальну, соціально-профілактичну, санітарно-оздоровчу та соціально-правову функції.

Перший досвід диспансеризації дав змогу визначити завдання і розробити заходи щодо переходу на наступний етап розвитку диспансерного методу у СРСР. У зв'язку із цим у 1924 р. на Всеросійському з'їзді здоров'я 3.П. Соловйов порушив питання про нагальну потребу впровадження диспансерного методу в практику роботи всіх закладів охорони здоров'я (починаючи з пункту першої допомоги на промисловому підприємстві і закінчуючи великою лікарнею). За доповіддю 3.П. Соловйова «Профілактичні завдання лікувальної допомоги» V з'їзду здоров'я 1924 року ухвалив рішення про комбінацію лікувальної діяльності із завданнями профілактичної медицини, які можна реалізувати шляхом застосування диспансерних методів роботи.

У 1925 р. у Москві, а потім у Ленінграді та інших великих містах СРСР почалася «поголовна диспансеризація» робочих промислових підприємств, а потім (у Московській губернії) – масові профілактичні огляди сільського населення (оглянуто понад 80 тис. людей).

Як зазначали дослідники, у проведенні масової диспансеризації 20-х років допущено принципових помилок, а саме: формальний облік стану здоров'я оглянутих без подальшого спостереження за хворими; помилкові судження про шкідливість будь-якої праці; недостатній облік слабкої мережі закладів охорони здоров'я і недостатність медичних кадрів, медикаментів тощо. Слід зазначити, що не виправдала себе і практика диспансеризації, проведена наприкінці 20-х – початку 30-х років так званими єдиними диспансерами.

З огляду на труднощі в тлумаченні поняття та призначення диспансерів в 1927 р. М.А. Семашко зазначив: «Под диспансером мы разумеем лечебно-санитарное учреждение, которое не только оказывает лечебную помощь больным, но и держит на учете санитарное состояние своего района (учетно-статистическая и обследовательская работа диспансера), содержит систематическую связь с организациями трудящихся (организационная работа диспансера), оказывает социальную помощь как проходящим, так и больным на дому, «вылавливает» больных (социальная задача диспансера) и ведет санитарное просвещение в районе

своей деятельности. Необходимо, чтобы каждое лечебное учреждение и каждая лечебная организация действовали этим диспансерным методом, т.е. не ограничивали свою работу одной только лечебной деятельностью» [9]. Завдяки такому підходу диспансер у СРСР сформувався як спеціалізований медичний заклад, що надавав лікувальну допомогу певним контингентам населення та забезпечував спостереження за станом їхнього здоров'я в динаміці. А під поняттям «диспансеризація» стали розуміти метод активного систематичного лікарського спостереження в диспансерах, поліклініках, медико-санітарних частинах, дитячих і жіночих консультаціях та інших закладах охорони здоров'я за станом здоров'я певних груп здорового населення (промислових робітників, дітей до 3 років, спортсменів і т.д.) або хворих на хронічні хвороби (наприклад, ревматизм) з метою попередження та раннього виявлення захворювань, своєчасного їх лікування і профілактики загострень [2;3].

Однак ці недоліки, об'єктивні труднощі та захоплення не призупинили розвиток соціально-гігієнічної думки щодо впровадження диспансеризації в роботу різних видів закладів охорони здоров'я. Саме на початку 30-х років для відбору на диспансеризацію було введено новий критерій – соціально-трудова підхід: відбір хворих за характером перебігу захворювання, залежно від частоти та тривалості втрати працездатності.

Поряд з апробованими формами диспансерного спостереження хворих в умовах спеціалізованих диспансерів, розвитком диспансеризації дітей та вагітних жінок у період 30-х років диспансерний метод активно поширювався насамперед на діяльність такої провідної позалікарняної служби, як здоров'я пункти та закриті поліклініки промислових підприємств.

Що стосується лікарів територіальних лікарських амбулаторій, поліклінік і дільничних лікарень для обслуговування дорослого населення в містах і у сільській місцевості, то до початку 50-х років диспансерний метод у їх роботі не отримав практичного розвитку. Як відзначав у 1957 р. Міністр охорони здоров'я СРСР С.В. Курашов, навіть об'єднання лікарень із поліклініками, «проведене без серйозних наукових обґрунтувань», не могло вирішити складну проблему впровадження диспансерного методу в практику роботи амбулаторій та поліклінік, які обслуговують доросле населення в містах і селах.

Досить вагомим у розвитку диспансеризації населення став період 50–60-х років ХХ ст., цьому сприяло декілька факторів:

- 1) зміцнення територіальної та цехової «дільничності»;
- 2) приріст лікарських кадрів і розвиток широкої мережі потужних міських поліклінічних закладів і великих медико-санітарних частин;
- 3) укрупнення сільських районів; створення великих центральних районних і номерних лікарень;

- 4) активний розвиток вузькопрофільних спеціалізованих видів лікувально-профілактичної допомоги населенню (кардіоревматологічної, гематологічної, ендокринологічної, пульмонологічної, проктологічної тощо);
- 5) проведення наукових досліджень з теорії та методики диспансеризації (І і ІІ Московський, І Ленінградський та Ленінградський санітарно-гігієнічний, Вінницький, Київський, Харківський, Воронежський, Калінінський, Кубанський, Ярославський та інші медичні інститути);
- 6) видання Міністерством охорони здоров'я СРСР у 1954 р. методичних листів «Про застосування диспансерного методу обслуговування населення в міських лікарнях і медико-санітарних частинах» і «Про диспансеризацію сільського населення».

У зв'язку з накопиченими науковими знаннями та передовим досвідом роботи, а також особливою практичною значущістю диспансерного методу в комплексному оздоровленні працездатного населення, у Програмі КПРС (1961) поставлено нове грандіозне стратегічне завдання з охоплення у майбутньому всього населення країни диспансеризацією [1;6].

На початку 70-х років на сторінках журналу «Радянська охорона здоров'я» була представлена дискусія про шляхи розвитку в СРСР диспансерного методу. Ця дискусія та організація Всесоюзного симпозиуму з даного питання дали змогу Міністерству охорони здоров'я СРСР в 1971 р. на одному із засідань колегії обговорити питання «Про стан і розвиток диспансеризації в СРСР».

У 1975 р. розроблено проект «Інструктивно-методичних вказівок з диспансеризації дорослого населення та працівників промислових підприємств» для впровадження їх у практику охорони здоров'я.

У результаті диспансерний метод міцно ввійшов у практику радянської охорони здоров'я. Досить сказати, що в 1965 р. у системі Міністерства охорони здоров'я СРСР на диспансерному спостереженні перебувало 17,3 млн хворих дорослих і підлітків та 3 млн дітей віком до 14 років включно, а в 1974 р. їх число зросло відповідно до 32,4 і 5,8 млн осіб.

У радянській системі охорони здоров'я історично визначилися та практично себе виправдали два основні принципи відбору контингентів осіб, що підлягають диспансеризації.

Провідним принципом була «профілактика здоров'я здорових» (Б.Д. Петров, 1955), тобто диспансеризація певних контингентів здорових людей, об'єднаних або загальними віково-фізіологічними особливостями (діти, вагітні жінки та ін.), або умовами праці (робітники, підлітки, учні, фізкультурники та спортсмени, робітники певних професій, колгоспники та ін.).

Основна соціально-гігієнічна мета диспансеризації здорових — збереження та подальше зміцнення

їхнього здоров'я, забезпечення правильного фізичного та психічного розвитку, створення нормальних умов праці та побуту, раннє виявлення захворювань, попередження їх розвитку, збереження працездатності.

Другий принцип — диспансеризація пацієнтів з певними нозологічними формами захворювань (серцево-судинні хвороби, шлунково-кишкові розлади, ендокринні захворювання, злоякісні пухлини, нерво-психічні розлади, хірургічні хвороби тощо).

Основна соціально-гігієнічна мета диспансеризації хворих — виявлення захворювань у ранній стадії патологічного процесу, недопущення загострень і погіршення клінічного плину захворювань, збереження працездатності, зниження рівня захворюваності та інвалідності, підвищення середньої тривалості життя хворих та їх активної працездатності.

Оскільки у СРСР профілактичний напрямок традиційно вважався пріоритетним, то найбільш успішними були заходи щодо боротьби з інфекційними захворюваннями. Завдяки дотриманню Національного календаря щеплень практично ліквідовані вогнища захворюваності на поліомієліт, знижено рівень поширеності інших інфекційних захворювань. Однак у СРСР, як і в інших розвинених країнах, спостерігався так званий «епідеміологічний перехід». Наприкінці ХІХ і початку ХХ століть серед основних причин смертності превалювали інфекційні захворювання. Успішна боротьба з інфекційними захворюваннями, поліпшення санітарно-гігієнічних умов сприяли підвищенню тривалості життя. Наступила ера неінфекційних захворювань [11].

До переліку обов'язкових обстежень для проходження диспансеризації включені:

- збір анамнестичних даних за спеціально розробленою анкетною;
- антропометричні виміри (ріст, маса тіла);
- вимірювання артеріального тиску;
- гінекологічний огляд жінок із забором мазку із цервікального каналу для цитологічного дослідження (з 18 років), у дівчат з 15 років — пальцеве дослідження через пряму кишку (за показами);
- визначення гостроти зору;
- визначення гостроти слуху;
- туберкулінові проби підліткам (15–17 років);
- аналіз крові (визначення ШОЕ, гемоглобіну, лейкоцитів; цукру — за показами);
- дослідження сечі на білок;
- ЕКГ (з 15 років — 1 раз на 3 роки, з 40 років — щорічно);
- вимірювання внутрішнього тиску (після 40 років);
- флюорографія (рентгенографія) органів грудної клітини — щорічно;
- жінкам — мамографія (з 35 років — 1 раз на 2 роки);
- пальцеве дослідження прямої кишки — з 30 років;
- пневмотахометрія.

За необхідності дільничний терапевт направляв пацієнта для уточнення діагнозу до лікаря-фахівця поліклініки.

Розроблена в СРСР система показників повноти проведення диспансерного нагляду включала:

- а) показники ступеня охоплення диспансерним обслуговуванням:
 - охоплення диспансерним спостереженням хворих (за нозологічними формами) та здорових (за віко-статевими та суспільно-професійними групами);
 - повнота охоплення виявлених хворих;
 - своєчасність обстеження (у відсотках);
- б) показники активності та повноти роботи з диспансеризації:
 - середнє число активних відвідувань до лікаря;
 - кількість проведених лабораторних і рентгенологічних обстежень, консультацій вузьких фахівців і т.д. на одного диспансерного пацієнта;
 - плановість диспансерних оглядів;
 - повнота проведених оздоровчих заходів (працевлаштування тощо).

До такої системи входили і показники ефективності диспансеризації: аналіз динаміки захворюваності (загальної, із втратою працездатності) та летальності серед диспансерних хворих, відсотку зняття з обліку за видужанням, ступінь інвалідизації та її динаміка тощо [16;19].

Слід зазначити, що намічені цілі були нереальними. Спроба обстежити все населення без обліку особливостей поширеності захворювань у різних вікових групах, їх ваги, ефективності обраного діагностичного методу та можливостей лікування даного захворювання могла призвести лише до зайвих витрат державних засобів. Проте, незважаючи на декларативність наказу Міністерства охорони здоров'я СРСР від 1986 р., у ньому витримувалися чіткі інструкції з організації диспансеризації, покладені переважно на дільничного терапевта [12;17;18].

Отже, не втратило свого значення положення про необхідність постійного спостереження за пацієнтами з хронічними захворюваннями. Проведення профілактичних оглядів населення від початку запрова-

дження диспансеризації населення покладено на дільничного терапевта. Таким чином, визначено важливість лікаря первинної ланки у проведенні профілактичних заходів і дотримано так званий маршрут пацієнта [4;9;15].

Висновки

Проведений у цей період багаторічний великомасштабний організаційно-економічний експеримент з переходу до загальної диспансеризації під науковим супроводом Всесоюзного науково-дослідного інституту соціальної гігієни та організації охорони здоров'я ім. М.А. Семашка показав, що причини невдачі є досить глибокими та системними. Спрацював комплекс прорахунків – і організаційно-управлінських (неточність визначення міри та межі відповідальності посадових осіб, адміністративно-господарських органів і громадських організацій за здоров'я населення), і політичних (наприклад, за задумом партійних лідерів неординарність завдання повинна була виступити ще одним свідченням переваг соціалізму), і соціально-психологічних (наприклад, поширеність у ті часи скептичного ставлення виконавців подібних завдань до їх вирішення) та інших. Одним із найважливіших причин були організаційно-економічні. Це насамперед відсутність економічного обґрунтування завдання (методика загальної диспансеризації по необхідних ресурсах для її реалізації носила надлишковий характер) на тлі наростаючої рік у рік нестачі фінансування охорони здоров'я.

Накопичений досвід проведення диспансеризації населення має надзвичайно велике значення для наукового обґрунтування якісно нової диспансеризації населення в сучасних умовах реформування охорони здоров'я.

Перспективи подальших досліджень

З урахуванням досвіду диспансеризації населення за часів СРСР у подальшому планується розробити сучасні підходи до її проведення в Україні.

Список літератури

1. Балмасов А. А. Диспансеризация / А. А. Балмасов, А. В. Свешников. – Л. : Медицина, 1982. – 192 с.
2. Барсуков М. И. Вопросы профилактики в трудах З.П. Соловьева / М. И. Барсуков. – М. : Медгиз, 1955. – 31 с.
3. Баткис Г. А. Диспансерный метод. Диспансеры / Г. А. Баткис, Л. Г. Лекарев // Теория и орг. сов. здравоохранения. – М. : Медгиз, 1961. – С. 233–245.
4. Губачев Ю. М. Семейная медицина / Ю. М. Губачев. – СПб., 1998. – С. 20–30.
5. Денисов Л. Е. Выявление злокачественных новообразований при ежегодной диспансеризации / Л. Е. Денисов, В. Д. Володин, С. В. Одинцов // Советское здравоохранение. – 1984. – № 3. – С. 25–27.

6. Доклад министра здравоохранения СССР Е.И. Чазова // Материалы и стенограмма Всес. съезда врачей, г. Москва, 17–19 окт. 1988 г. – М. : НПО «Медицинская энциклопедия», 1989. – С. 15–41.
7. Зайцев В. М. Социально-гигиеническое обоснование этапности профилактической работы на промышленном предприятии : автореф. дис. ... канд. мед. наук / В. М. Зайцев. – Л., 1984. – 20 с.
8. Захарьин Г. А. Клинические лекции и избранные статьи / Г. А. Захарьин. – М., 1910. – 15 с.
9. Каткова И. П. Диспансеризация населения / И. П. Каткова ; под ред. Д. И. Валентей [и др.] // Демографический энциклопедический словарь. – М. : Сов. энциклопедия, 1985. – С. 125.
10. Лоранский Д. Н. Количественная оценка влияния факторов окружающей среды на показатели здоровья населения / Д. Н. Лоранский, Р. М. Хвастунов, Г. Н. Селехова // Советское здравоохранение. – 1990. – № 7. – С. 39–43.
11. Научное обоснование информационной поддержки национальной системы диспансеризации населения / С. В. Петров, Л. В. Кочорова, Б. И. Лиюкумович, Я. Л. Радиевский // Вестник Санкт-Петербургского университета. – 2008. – Вып. 3. – С. 164–168.
12. Новгородцев Г. А. Диспансеризация населения в СССР: Состояние и перспективы / Г. А. Новгородцев, Г. З. Демченкова, М. Л. Полонский. – 2-е изд., доп. и перераб. – М. : Медицина, 1984. – 336 с.
13. Петров Б. Д. Профилактика – охрана здоровья здоровых / Б. Д. Петров. – М. : Медгиз, 1955.
14. Попченко Т. П. Реформування системи охорони здоров'я в Україні: організаційне, нормативно-правове та фінансово-економічне забезпечення / Київ НІСД, 2011. – 41 с.
15. Похис К. А. Первичная профилактика в работе семейного врача / К. А. Похис // Рос. семейный врач. – 1997. – № 1. – С. 46–48.
16. Серенко А. Ф. Научная концепция поэтапного перехода к диспансеризации всего населения в СССР на основе программно-целевого подхода / А. Ф. Серенко, Г. З. Демченкова, М. Л. Полонский; [под ред. А. Ф. Серенко, А. Ценовой] // Проблемы диспансеризации населения. – София : Медицина и физкультура, 1982. – С. 45–61.
17. Флетчер Р. Клиническая эпидемиология. Основы доказательной медицины / Р. Флетчер, С. Флетчер, Э. Вагнер. – М. : МЕДИА-сфера, 1998. – 352 с.;
18. Шабров А. В. Руководство по профилактической деятельности врача общей практики (семейного врача) / А. В. Шабро, В. Г. Маймулов. – СПб. : СПбГМА им. И. И. Мечникова. – 1997. – С. 17.
19. Щепин О. П. Медицина и общество / О. П. Щепин, Г. И. Царегородцев, В. Г. Ерохин. – М. : Медицина, 1983. – 392 с.

Дата надходження рукопису до редакції: 01.11.2012 р.

К истории становления и развития системы диспансеризации взрослого населения в Украине во времена СССР (обзор литературы)

Н.Ю. Кондратюк (Киев)

Описаны и проанализированы отдельные этапы развития системы диспансеризации взрослого населения в Украине во времена СССР.

Ключевые слова: диспансеризация, участковый врач, профилактические осмотры, сеть лечебных учреждений.

To history of formation and development system of prophylactic medical examination of adult population in Ukraine in soviet times (literature review)

N.Yu. Kondratyuk (Kyiv)

Different stages of development of prophylactic medical examination system of the population in Ukraine at the time of the USSR have been described and analysed.

Key words: prophylactic medical examination, district doctor, preventive examinations, network of treatment facilities.

Рецензент: к. мед. н. О.Р. Ситенко.