56436.

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РСФСР

ЛЕНИНГРАДСКИЙ САНИТАРНО-ГИГИЕНИЧЕСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ

Кафедра организации здравоохранения и истории медицины ЛСГМИ
(Заведующий — доктор медицинских наук, профессор Б. С. СИГАЛ)

ЯНЬ ЮЭ

ДИСПАНСЕРНЫЙ МЕТОД В ЗДРАВООХРАНЕНИИ СССР И КИТАЙСКОЙ НАРОДНОЙ РЕСПУБЛИКИ

АВТОРЕФЕРАТ
диссертации на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

ЛЕНИНГРАД
1958

525464.
0 | Янь Юэ.
56436 | Диспансерный мет. в здрав. СССР и Кит. нар. республ. 1. 1958
525464. 11/XI

56436

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РСФСР

ЛЕНИНГРАДСКИЙ САНИТАРНО-ГИГИЕНИЧЕСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ

Кафедра организации здравоохранения и истории медицины ЛСГМИ
(Заведующий — доктор медицинских наук, профессор Б. С. СИГАЛ)

ЯНЬ ЮЭ

ДИСПАНСЕРНЫЙ МЕТОД В ЗДРАВООХРАНЕНИИ СССР И КИТАЙСКОЙ НАРОДНОЙ РЕСПУБЛИКИ

АВТОРЕФЕРАТ
диссертации на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

ЛЕНИНГРАД
1958

Защита диссертации состоится 28 ноября 1958 г.

в 4 час. мин. на заседании Ученого Совета Ленинградского Санитарно-гигиенического медицинского института (Ленинград, ул. Куракина, д. 1/4, больница им. Мечникова, 10-й павильон, 1-й этаж).

Официальные оппоненты:

1. Доктор медицинских наук, проф. **С. Я. Фрейдлин.**
2. Кандидат медицинских наук, заслуженный врач РСФСР **Е. М. Филипченко.**

Автореферат разослан 28 октября 1958 г.

Государственная ... Министерства ... здравохран.

525 464

М09546 27-X-58 г. Тип. Окт. ж. д. зак. 3804 т. 200

Наша работа состоит из 3-х частей:

1. Сущность диспансерного метода и его историческое развитие в советском здравоохранении.
2. Изучение применения диспансерного метода в работе участкового врача районной поликлиники и цехового участкового врача медико-санитарной части.
3. Развитие здравоохранения и применение диспансерного метода в Китайской Народной Республике.

***

Советский народ уверенно идет по пути строительства коммунизма, указанному историческими решениями XX съезда КПСС.

Съезд наметил грандиозный перспективный план развития народного хозяйства и указал пути дальнейшего развития советского здравоохранения.

Директивы съезда по шестому пятилетнему плану развития народного хозяйства СССР на 1956—1960 гг. указывают на необходимость поднять уровень профилактической деятельности органов здравоохранения.

Наиболее ярким выражением профилактического направления в деятельности лечебно-профилактических учреждений является диспансерное обслуживание населения.

Диспансерный метод является методом здравоохранения, в котором осуществляется подлинный синтез лечения с профилактикой и который применяется как в медицинском обслуживании определенных групп здоровых лиц, так и больных.

Сущность диспансерного метода состоит:

1. В активном выявлении больных, особенно в ранних стадиях заболеваний;
2. Во взятии на учет определенных групп здоровых и больных граждан и систематическом медицинском наблюдении за ними;
3. В своевременном и планомерном применении лечебных

и профилактических мероприятий для предупреждения заболеваний; скорейшего восстановления здоровья и трудоспособности.

4. В проведении мероприятий по улучшению условий труда и быта и трудоустройству в соответствии с состоянием здоровья.

Конечной целью применения диспансерного метода в медицинском обслуживании является сохранение и укрепление здоровья и трудоспособности диспансеризируемых контингентов.

В Советском Союзе диспансерный метод применялся прежде всего в медицинском обслуживании городского населения в области борьбы с туберкулезом и венерическими заболеваниями. (В Москве был создан первый противотуберкулезный диспансер в 1919 г. и первый венерологический диспансер в 1921 г.). Затем число этих диспансеров быстро увеличивалось. В 20-х годах диспансерный метод применялся в противомалярийной работе, в борьбе с трахомой и в области охраны материнства и младенчества. Были созданы нервно-психиатрические диспансеры и наркодиспансеры для борьбы с нервно-душевными болезнями и алкоголизмом.

В связи с ликвидацией военных фронтов и началом восстановления и подъема промышленности и других отраслей народного хозяйства на очередь была поставлена борьба с профессиональными болезнями.

С 1926 г. в Москве и несколько позже в других городах страны началась поголовная диспансеризация рабочих на промышленных предприятиях. В проведении такой диспансеризации имели место серьезные ошибки: была игнорирована принципиальная противоположность социалистического и капиталистического способа производства в их влиянии на здоровье рабочих. Не были учтены реальные возможности для осуществления диспансеризации огромных масс населения путем поголовного осмотра и систематического врачебного наблюдения за ними и др.

Вопрос о диспансеризации сельского населения выдвинулся в 1925 г. В течение 2-й половины этого года в уездах Московской губернии диспансеризация охватила около 80 000 человек. В 1925 г. началось диспансерное обслуживание сельского населения в Орехово-Зуевском, Можайском и других уездах.

Руководители отделов здравоохранения Москвы и ряда других городов начали в 1929 г. диспансеризацию населения

по месту жительства путем создания «единых диспансеров».

В июне 1931 г. Коллегией Наркомздрава РСФСР было утверждено «Положение о диспансерном объединении (едином диспансере)», по которому в состав диспансерного объединения включены почти все лечебно-профилактические и санитарно-противоэпидемические учреждения.

Практика показала, что «единые диспансеры» не оправдали своего существования, ибо медицинское обслуживание по территориальному принципу было оторвано от производства и, вместе с тем, единый диспансер стал громоздким медицинским учреждением, которое не могло правильно координировать деятельность своих отделений.

В начале 30-х годов началась диспансеризация так называемых «часто и длительно болеющих» рабочих. Основным и решающим критерием для диспансерного обслуживания явились тяжесть заболевания, длительность утраты трудоспособности, характер течения болезненного процесса.

После Великой Отечественной войны объединение больниц и поликлиник, укрепление участкового принципа обслуживания населения открыли новые широкие возможности применения диспансерного метода в работе лечебно-профилактических учреждений.

С 1948 г., кроме медицинских учреждений диспансерного типа в городских учреждениях внебольничной помощи, как амбулаториях, поликлиниках, здравпунктах и др., начал более углубленно применяться диспансерный метод в повседневной практической деятельности. То же касается и внедрения диспансерного метода в обслуживании сельского населения.

В 1952, 1953 гг. на страницах медицинских журналов развертывалась дискуссия по вопросам диспансеризации. В дискуссии принимали участие ученые и практические работники здравоохранения. Вопросы, обсуждавшиеся в дискуссии, касались не только теоретического обоснования диспансеризации, но и ее повседневного практического применения во всех лечебно-профилактических учреждениях.

Дискуссия закончилась редакционной статьей 5-го номера журнала «Советское здравоохранение» за 1953 г. «Некоторые итоги дискуссии по вопросам диспансеризации».

Дискуссия, безусловно, способствовала дальнейшему развитию метода диспансерного обслуживания населения в советском здравоохранении.

В 1954 г. Министерство здравоохранения СССР издало

методические письма «О применении диспансерного метода обслуживания населения в городских больницах и медико-санитарных частях» и «О диспансеризации сельского населения», которые оказали существенную помощь медицинским работникам городов и сел в проведении диспансеризации по единой методике.

Согласно методических писем и других инструкций и приказов Министерства здравоохранения СССР в настоящее время контингентами, подлежащими диспансерному обслуживанию, являются:

1. Дети до 3-летнего возраста.
2. Дети дошкольного и школьного возраста.
3. Подростки от 14 до 18-летнего возраста.
4. Занимающиеся физкультурой и спортом, учащиеся юношеских спортивных школ.
5. Рабочие цехов и профессий, отличающихся особыми условиями труда.
6. Руководящие кадры промышленных предприятий.
7. Инвалиды Великой Отечественной войны.
8. В сельских местностях: комбайнеры, трактористы, руководящий состав МТС и совхозов, заведующие фермами, доярки, бригадиры и руководители колхозов, колхозники — мастера высоких урожаев, передовики животноводства.

Помимо перечисленных категорий, обязательному диспансерному наблюдению подлежат больные, страдающие туберкулезом, венерическими болезнями, злокачественными новообразованиями, гипертонией, ревматизмом, язвенной болезнью, гастритом, тромбофлебитом, глаукомой, тонзиллитом и некоторыми другими болезнями.

В настоящее время диспансерный метод входит в работу всех лечебно-профилактических учреждений как в городах, так и в сельских местностях.

***

Однако богатый опыт работы по диспансерному обслуживанию населения не обобщен, а методика проведения диспансерного обслуживания населения недостаточно разработана, в частности, в наиболее массовых учреждениях амбулаторно-поликлинического типа (обслуживание населения по территориальному принципу и на предприятиях).

Мы поставили перед собой задачу осветить применение диспансерного метода в работе участкового врача районной поликлиники и цехового участкового врача медико-санитарной части предприятия.

В качестве баз для изучения этого вопроса мы взяли врачебный участок поликлиники № 35 Дзержинского района гор. Ленинграда, обслуживаемый участковым врачом Б. Е. Штейнгадт, и цеховой врачебный участок завода, обслуживаемый цеховым участковым врачом Г. П. Царевой.

Под диспансерным наблюдением участкового врача Б. Е. Штейнгадт находилось в конце 1955 г. 42 человека, 1956 г. — 59 человек, а 1957 г. — 72 человека.

Из 59 человек, находившихся под диспансерным наблюдением в конце 1956 г., были 4 больных ревматизмом, 3 — грудной жабой и инфарктом миокарда, 28 — гипертонической болезнью, 10 — язвенной болезнью, 11 — анацидным гастритом и 3 — злокачественными новообразованиями.

Проведенная нами выкопировка из амбулаторных карт больных, обращавшихся в течение 1956 г. к данному участковому врачу, и выделение нуждавшихся в диспансерном наблюдении по характеру заболевания показали, что таких больных на участке, состоящем из 4000 человек, было около 100 человек.

Мы считаем, что такое количество должно, в среднем, находиться на диспансерном учете у участкового врача. Это дает возможность врачу принимать ежедневно одного диспансеризируемого больного, и повторное обследование проводится в среднем через 4 месяца, что врача не перегружает.

Диспансеризируемым больным оказывают кроме амбулаторной помощи еще специализированную медицинскую помощь, а также проводят необходимые оздоровительные мероприятия. Участковый врач старается обеспечить этими мероприятиями всех диспансеризируемых больных, которые в них нуждаются.

За 1956, 1957 гг. на данном участке стационарным лечением были обеспечены все нуждающиеся, а санаторно-курортным лечением — около 70% нуждающихся.

Большое внимание обращено на трудоустройство диспансеризируемых. Из 59 больных, находившихся под диспансерным наблюдением в конце 1956 г., 95% нуждающихся было трудоустроено.

Благодаря лечебно-оздоровительным мероприятиям, из оставшихся 72 диспансеризируемых больных в конце 1957 г. у 41 человека (57,5%) отмечалось улучшение в состоянии здоровья, у 23 человек (31,8%) состояние здоровья и самочувствие остались без перемен.

В поликлинике № 35 врачи почти всех специальностей проводят диспансеризацию. Кроме того, к каждому хирургу и невропатологу прикреплено 3—4 участковых терапевта. Так были созданы хорошие условия для взаимной, своевременной консультации терапевтов, хирургов и невропатологов и тем самым повысилось качество диспансеризации населения обслуживаемых ими вместе участков.

Медико-санитарная часть завода начала диспансерное обслуживание в 1952 г. Под диспансерным наблюдением цехового участкового врача Г. П. Царевой находилось в конце 1955 г. 54 чел., 1956 г. — 55 чел., 1957 г. — 66 человек.

В 1956 г. на участке почти все больные (96%), которые нуждались в диспансерном обслуживании цехового врача, были взяты на учет.

Цеховые врачи работают в стационаре и в поликлинике медсанчасти по системе чередования. Диспансеризацию каждый цеховой врач ведет на своем участке независимо от того, где он работает, в стационаре или в поликлинике. Такой подход к диспансеризации является безусловно положительным, так как постоянная связь с диспансеризируемыми контингентами является одной из предпосылок для успешного проведения диспансеризации.

За 1956—57 гг. стационарным лечением были обеспечены почти все нуждающиеся (95%), санаторно-курортным лечением было обеспечено 62% нуждающихся, было трудоустроено свыше 90% нуждающихся в трудоустройстве.

За 3 года (1955—1957 гг.) под диспансерным наблюдением находилось 160 человек у цехового участкового врача. Из них с учета было снято 94 человека (58,7%), в том числе 27 чел. были сняты в связи с выздоровлением, 16 человек — с переводом в другие цехи, 31 человек — с увольнением с завода, 20 человек — с прочими различными причинами.

Благодаря диспансерному обслуживанию и динамическому наблюдению, а также своевременным лечебно-профилактическим и оздоровительным мероприятиям у многих диспансеризируемых больных улучшилось состояние здоровья и восстановилась частично потерянная трудоспособность.

Из 66 человек, находящихся под диспансерным наблюдением цехового врача в конце 1957 г., у 35 человек (53,0%) отмечалось улучшение в состоянии здоровья.

В конце года цеховой врач составляет в амбулаторной карте каждого диспансеризируемого больного этапный эпикриз о проведенных лечебно-профилактических мероприятиях, их эффективности и о сдвигах в состоянии здоровья больного.

***

При реакционном гоминдановском режиме китайский народ жил под игом феодализма и гнетом иностранного империализма. Уровень санитарного состояния был очень низкий. Частые вспышки эпидемий и социальные заболевания при тяжелых материальных условиях и недостаточной медицинской помощи были обычным явлением.

Под мудрым руководством Коммунистической партии китайский народ освободил свою родину от империалистического рабства и гнета феодализма и создал Китайскую Народную Республику.

На основе указаний партии и правительства, а также богатого опыта советского здравоохранения были разработаны основные принципы народного здравоохранения Китая, одним из которых является профилактическое направление.

Внедряя профилактическое направление, народное здравоохранение Китая добилось больших успехов за 8 лет после освобождения.

Профилактическое направление определяет главную линию в развитии китайского народного здравоохранения, направленного прежде всего на предупреждение болезней. Это направление находит свое выражение в работе лечебно-профилактических учреждений, постепенно усваивающих передовые методы советского здравоохранения — методы диспансерного обслуживания населения.

Для того чтобы на основе ознакомления с общим состоянием здравоохранения Китая изучить, как применяется диспансерный метод в медицинских учреждениях Китая, летом 1957 г. автор изучил работу следующих городских и сельских медицинских учреждений КНР: 2 городских противотуберкулезных диспансеров, 1 городской объединенной поликлиники, 1 объединенного пункта охраны материнства и младенчества, 2 медико-санитарных частей промышленных предприятий и 2 сельских объединенных амбулаторий.

Туберкулезные диспансеры начали применять диспансерный метод обслуживания больных, пользующихся бесплатной медицинской помощью и работающих в предприятиях и учреждениях, которые были прикреплены к диспансерам.

Для этой цели была разработана специальная контрольная карта диспансерного наблюдения. На предприятиях и учреждениях отмечается снижение заболеваемости туберкулезом. (Так, например, заболеваемость туберкулезом среди рабочих Синьхуаской типографии гор. Цзинана, прикрепленной к противотуберкулезному диспансеру провинции Шандуна, снизилась с 9,0% в 1953 г. до 6,1% в 1956 г.).

С 1955 г. по примеру Советского Союза началось внедрение диспансерного метода в противотуберкулезную работу среди городского населения по месту жительства. Были достигнуты успехи. На 1-м участке гор. Цзинана заболеваемость туберкулезом среди населения за 1955—1957 гг. снизилась с 3,8% до 3,3%.

В городах учреждения по охране материнства и младенчества начали применять диспансерный метод в медицинском обслуживании беременных и новорожденных.

Создались участковые пункты охраны материнства и младенчества как низовые учреждения этой области, которые обслуживают беременных и новорожденных своего участка. Пункты активно выявляют беременных своего участка в ранний период, берут их на учет, регулярно проводят диспансерное обследование, принимают роды на дому и проводят послеродовой патронаж. Была введена контрольная карта беременной женщины.

Чтобы удовлетворить неуклонный рост потребностей населения в лечении и охране здоровья, на Всекитайском совещании культуры и просвещения в 1955 г. было принято решение «О проведении системы медицинского обслуживания населения по принципу участковости». Сейчас эта система проводится во всех городах Китая с 300 000 и больше населения. Городские поликлиники и амбулатории имеют сейчас свой район обслуживания. Их участковость с каждым днем повышается. Участковый принцип создал необходимые предпосылки для диспансерного обслуживания поликлиниками и амбулаториями городского населения по месту жительства.

Ввиду того, что эта система была проведена еще недавно и что многие врачи городских поликлиник и амбулаторий еще вполне не знакомы с диспансерным методом, пока в работе городских поликлиник и амбулаторий диспансерный метод применяется в основном только в отношении туберкулезных больных.

В феврале 1951 г. народное правительство КНР опубликовало закон «О проведении социального страхования в Китайской Народной Республике», согласно которого рабочие промышленных предприятий пользуются бесплатной медицинской помощью. По примеру Советского Союза на промышленных предприятиях внедрялся принцип цеховой участковости медицинского обслуживания рабочих и диспансерное обслуживание их.

Под диспансерным наблюдением цеховых врачей находились в основном больные туберкулезом. В этом деле были достигнуты успехи. Например, на Шанхайском 2-м Текстильно-Машиностроительном заводе за 4 года (1953—1956 гг.) под диспансерным наблюдением находилось 166 больных туберкулезом. За этот период 84 больных (51%) туберкулезом были сняты с учета. Большинство из них было снято в связи с выздоровлением или устойчивым улучшением состояния здоровья.

В 1956 г. на промышленных предприятиях началось диспансерное обслуживание больных гипертонией, язвенной болезнью и др. Министерство здравоохранения КНР в своем приказе от 2 марта 1958 г. включило в задачи цехового участкового врача диспансерное обслуживание больных туберкулезом, гипертонической болезнью, хроническими желудочно-кишечными болезнями и сердечно-сосудистыми болезнями.

В настоящее время применение диспансерного метода в здравоохранении народного Китая еще недостаточное. Оно нуждается в дальнейшем развитии и усовершенствовании, используя опыт советского здравоохранения.

Выводы:

1. Диспансерный метод является методом здравоохранения, в котором осуществляется подлинный синтез лечения с профилактикой и который применяется как в медицинском обслуживании определенных групп здоровых лиц, так и больных.

2. В Советском Союзе диспансерный метод стал ведущим методом работы всех лечебно-профилактических учреждений. В диспансеризации населения большую роль играют участковый врач районной поликлиники и цеховой участковый врач медико-санитарной части.

3. Изучив работу участкового врача по диспансерному обслуживанию населения, мы считаем, что под диспансерным наблюдением каждого участкового врача должно находиться в среднем 100 человек.

4. Повторное обследование каждого диспансеризируемого больного должно проводиться в среднем через каждые 4 месяца, т. е. каждый больной должен планово обследоваться в среднем 3 раза в год.

5. Для обеспечения нормального производства и повышения производительности труда участковым врачам необходимо динамически наблюдать тех, которые играют главную роль на производстве, как начальники цехов, начальники смен, главные специалисты цеха и т. д., независимо от их состояния здоровья.

6. В этапном эпикризе на амбулаторной карте, кроме сведений о проведенных лечебно-профилактических мероприятиях, их эффективности и о сдвигах в состоянии здоровья больного, надо обратить серьезное внимание на план дальнейших оздоровительных мероприятий.

7. В настоящее время диспансерный метод работы применяется в здравоохранении народного Китая, но еще недостаточно.

8. Для дальнейшего развития и усовершенствования применения диспансерного метода в работе врачей медицинских учреждений КНР мы предлагаем провести следующие мероприятия:

а) Ознакомление всех врачей, особенно врачей диспансеров, поликлиник, медсанчастей, врачей и акушерок учреждений по охране материнства и младенчества, с диспансерным методом, сущностью и преимуществом этого метода.

б) Разработка Министерством здравоохранения КНР методических писем о применении диспансерного метода обслуживания населения в диспансерах, в городских больницах и медсанчастях и в учреждениях по охране материнства и младенчества.

в) Дальнейшее укрепление участкового принципа в медицинском обслуживании городского населения. Повышение участковости лечебно-профилактических учреждений.

г) Ознакомление китайских врачей с передовым опытом советского здравоохранения по применению диспансерного метода обслуживания населения.

Гос. б-ка медицинская
БИБЛИОТЕКА
Здравоохран.
СССР
525 464