

УДК 616-053.8-07-039.57:614.2 (476)

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ В СИСТЕМЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

¹М.М.Сачек, ¹М.В.Щавелева, ²И.Н.Болдырева

¹Институт повышения квалификации и переподготовки кадров здравоохранения учреждения образования «Белорусский государственный медицинский университет», ул. П.Бровки, 3, корп. 3, 220013, г. Минск, Республика Беларусь

²11-я городская поликлиника, ул. Великоморская, 36, 220028, г. Минск, Республика Беларусь

В динамике представлен анализ нормативных правовых актов, регламентирующих проведение диспансеризации в Республике Беларусь с момента обретения ею независимости. Усилия системы здравоохранения сегодня направлены на борьбу с неинфекционными заболеваниями и факторами риска их возникновения, что нашло отражение в новых подходах к проведению диспансеризации населения. Внедрение новой системы диспансеризации позволит снизить преждевременную смертность и инвалидность населения через индивидуализацию программы наблюдения и мотивирования населения к ответственному отношению к своему здоровью.

Ключевые слова: диспансеризация; неинфекционные заболевания.

Введение. К основным принципам государственной политики Республики Беларусь в области здравоохранения относятся приоритетность мер профилактической направленности, санитарно-эпидемиологическое благополучие населения и его будущих поколений, формирование ответственного отношения населения к сохранению, укреплению и восстановлению собственного здоровья и здоровья окружающих. Первоочередная цель – создание условий, позволяющих каждому человеку реализовать свое право на охрану здоровья [1]. Республика Беларусь достигла высокого уровня развития человеческого потенциала. Созданы условия для улучшения здоровья населения с охватом всех этапов жизни, повышения качества и доступности услуг системы здравоохранения. В 2022 г. показатель доступности качественных медицинских услуг составил 97,6%. По показателю «базовая медицинская помощь» Беларусь заняла 19-е место в рейтинге социального прогресса в 2022 г. Вместе с тем, в стране отмечается изменение половозрастной структуры населения, которое связано с его старением, и вопросы укрепления здоровья являются ключевым резервом для сохранения и поддержания стабильного уровня человеческого потенциала. Усилия системы здравоохранения направлены на формирование здорового образа жизни, совершенствование медицинской профилактики, повышение доступности и качества услуг здравоохранения и, соответ-

ственно, нейтрализацию внутренних источников угроз национальной безопасности Республики Беларусь в социальной сфере [2].

В демографической сфере основные национальные интересы – последовательное увеличение рождаемости и ожидаемой продолжительности жизни, снижение смертности, повышение общего уровня здоровья [2]. В Республике Беларусь достигнуты значительные успехи в области охраны здоровья граждан. Однако, в нашей стране, как и в других странах, неинфекционные заболевания (далее – НИЗ) остаются основной причиной смертности населения и экономических потерь в связи с возникающей нетрудоспособностью и затратами на медицинское обслуживание. Согласно данным ВОЗ, доля неинфекционных болезней в Республике Беларусь по показателю совокупного ущерба в основных группах болезней составляет 5,4% ВВП [3]. НИЗ, представляющие глобальную проблему общественного здравоохранения, являются наиболее распространенной причиной преждевременной смертности и длительной инвалидности. Развитию этих заболеваний способствуют одни и те же факторы риска (далее – ФР), что ставит вопрос о целесообразности проведения комплексной профилактики [3–8].

Поставленные в рамках целей устойчивого развития задачи по борьбе с НИЗ и ФР их возникновения требуют целенаправленных действий со стороны государств в области политики и зако-

нодательства, а также обеспечения систем здравоохранения соответствующими ресурсами [7; 8].

Приоритетность мер профилактической направленности – один из основных принципов государственной политики Республики Беларусь в области здравоохранения. Соответствующая работа ведется в рамках стратегических документов, определивших приоритеты профилактики НИЗ [4; 5]. Так, целью Государственной программы “Здоровье народа и демографическая безопасность” на 2021–2025 годы является создание условий для улучшения здоровья населения с охватом всех этапов жизни, повышения качества и доступности услуг системы здравоохранения, а среди задач – снижение влияния факторов риска неинфекционных заболеваний за счет создания единой профилактической среды; обеспечение всеобщего и доступного охвата населения услугами первичной медицинской помощи; снижение преждевременной смертности и стабилизация инвалидности населения, наступивших по причине неинфекционных заболеваний. Реализация профилактических мероприятий позволит к 2025 году обеспечить охват диспансеризацией взрослого населения, подлежащего обслуживанию в организации здравоохранения, на уровне не менее 90 процентов [5].

Текущий год в Республике Беларусь объявлен Годом качества. В плане мероприятий по его проведению [9] в разделе «Формирование личной гражданской ответственности за достижение высокого качества жизни» особое внимание уделено пропаганде идей здорового образа жизни, здорового питания, формированию ответственного отношения к мужскому и женскому здоровью, качественному долголетию и сохранению здоровья нации. Акцент сделан на диспансеризации населения (подраздел «Укрепление демографического потенциала и здоровья нации»).

Цель настоящей работы – провести анализ нормативных правовых актов, регламентирующих вопросы диспансеризации взрослого населения Республики Беларусь.

Материалы и методы исследования. Проведен анализ нормативно-правовой базы в области здравоохранения, касающейся вопросов диспансеризации населения Республики Беларусь. Используются результаты, полученные в ходе STEPS-исследования [6; 10], которые отражают поведенческие (употребление табака и алкоголя, нездоровое питание (низкий уровень потребления фруктов и овощей (<5 стандартных порций в сутки), высокое содержание в рационе питания соли), недостаточная физическая активность (<150 минут средней интенсивной нагрузки в неделю) и биологиче-

ские факторы риска НИЗ (избыточная масса тела и ожирение, повышенное артериальное давление (далее – АД) (систолическое АД ≥ 140 и/или диастолическое АД ≥ 90 мм рт. ст.), повышенный уровень глюкозы ($\geq 6,1$ ммоль/л) и холестерина ($\geq 5,0$ ммоль/л) в крови). Использован метод системного и статистического анализа. Проверка на статистическую значимость различий выполнялась с использованием критерия «хи-квадрат» ($p < 0,05$, доверительный интервал (далее – ДИ) – 95%) [6; 10].

Результаты и их обсуждение. Исторические термины «диспансеризация» и «диспансерное наблюдение» образованы от латинского *dispense* – «распределяю, регулирую, управляю» [11]. Одно из первых и полных в смысловом наполнении определений диспансеризации было дано Н.А. Семашко в 1920-х годах: «Под диспансеризацией следует разуметь метод деятельности медико-санитарных учреждений, заключающийся в синтезе лечебных и профилактических мероприятий, систематическом наблюдении и изучении условий труда и быта как этиологических факторов заболеваемости, и имеющий своей целью устранение или смягчение вредных влияний окружающей среды на здоровье коллектива, обеспечение его правильного физического развития и предупреждение заболеваемости и инвалидности путем проведения соответствующих мер лечебной, профилактической и социальной помощи» [12]. Это определение базировалось на постулате, что основой диспансеризации является диалектическое понимание единства между факторами биологическими и социальными. «Диспансеризация населения – это метод активного наблюдения за здоровьем определенных контингентов населения, который составляет основу профилактического направления советского здравоохранения. Из метода работы отдельных учреждений диспансеризация превращается в ведущий метод советской системы здравоохранения. Диспансерная система предусматривает комплексную организацию охраны и укрепления здоровья населения посредством реализации социально-экономических, медицинских, технических мероприятий, направленных на улучшение условий окружающей среды, труда и быта. В ее основу положена не обращаемость населения в амбулаторно-поликлинические учреждения, а активное выявление заболеваний, динамическое наблюдение за различными контингентами населения, преемственность и интеграция диагностической, лечебно-оздоровительной и профилактической работы всех медицинских учреждений» [13]. Роль диспансеризации заметно возрастает с начала 60-х годов прошлого века при

смене характера патологии с инфекционного на неинфекционный тип, когда ведущую роль в заболеваемости и смертности стали играть неинфекционные заболевания. От систем здравоохранения потребовался поиск решений, направленных на улучшение показателей здоровья населения, а также повышение доступности и качества медицинского обслуживания. Именно тогда в Советском Союзе были заложены научные основы системы всеобщей диспансеризации населения [14; 15]. Как отмечено выше, определенный опыт внедрения диспансерного метода в деятельность лечебно-профилактических учреждений к тому времени уже существовал [15; 16].

В конце 80-х годов был издан приказ Министерства здравоохранения СССР от 30.05.1986 №770 «О порядке проведения всеобщей диспансеризации населения» (далее – приказ №770) согласно которому все население должно было пройти диспансеризацию в учреждениях здравоохранения для выявления хронических заболеваний на ранних стадиях и ФР их возникновения [17]. В документе сделан акцент на выявление и постоянное наблюдение за **больными** с целью улучшения их состояния (диспансерное наблюдение), которое увязывалось с последующим лечением [18]. Приказом впервые утверждалась четко разработанная схема диспансеризации больных почти для 200 нозологических форм заболеваний. Этот документ может рассматриваться как прототип протокола диспансерного наблюдения за лицами с различной патологией [19]. Диспансеризация рассматривалась как технологический процесс, включающий медицинский осмотр, лечебно-оздоровительные мероприятия, динамическое наблюдение, что позволяло в определенной мере оценивать эффективность диспансеризации. В то же время, необходимо отметить проблемы, с которыми столкнулась отрасль при переходе к всеобщей диспансеризации населения. Среди них – недостаточная ответственность граждан за собственное здоровье и здоровье окружающих; социально-экономические проблемы конца прошлого века, вместе с которыми пришли недостаток средств, кадровый дефицит и др.; отсутствие четко сформулированных критериев эффективности диспансерной работы [19].

В 2004 г. издан приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 22.12.2004 №285 «О проведении диспансерного наблюдения врачами терапевтами участковыми» [20]. Документ официально отменил действие на территории нашей страны приказа №770 и обязал первичное звено:

усилить внимание к диспансеризации декретированных контингентов (участников и инвалидов Великой Отечественной войны и лиц, к ним приравненных, граждан, пострадавших вследствие катастрофы на Чернобыльской АЭС и приравненных к ним категорий населения, юношей призывного возраста и других контингентов населения в соответствии с действующими нормативными документами);

активизировать мероприятия по пропаганде здорового образа жизни;

обучать больных методам самоконтроля за течением заболеваний, особенно при социально значимых болезнях, определяющих высокие уровни смертности и трудопотерь;

формировать группы высокого риска осложнений заболеваний, проводить активное динамическое наблюдение в группах высокого риска осложнений заболеваний при согласии больного на выполнение рекомендаций врача.

В этот период отмечалась неблагоприятная медико-демографическая ситуация в стране. Так, ожидаемая продолжительность предстоящей жизни в 2004 г. составляла 68,95 лет (женщин – 74,97 года, а мужчин – 63,2 года, коэффициент смертности мужчин трудоспособного возраста – 9,0 на 1000 населения, женщин – 2,26). Возможности системы здравоохранения в улучшении показателей здоровья населения не были полностью реализованы [19]. Среди таких возможностей – диспансеризация всего населения, на которую было повторно обращено пристальное внимание в 2007 г. [21–23].

С 2007 г. диспансеризация граждан представляла систему мероприятий, направленных на раннее выявление заболеваний или ФР их возникновения, их лечение, оценку состояния здоровья граждан, и включала [21; 22]:

первичный медицинский (диспансерный) осмотр с определением группы диспансерного наблюдения;

диспансерное динамическое наблюдение за состоянием здоровья и пропаганду здорового образа жизни, воспитание ответственности граждан за свое здоровье.

Постановлением Министерства здравоохранения от 12.10.2007 №92 «Об организации диспансерного наблюдения взрослого населения Республики Беларусь» были определены группы диспансерного наблюдения:

Д (I) – здоровые граждане, не предъявляющие жалоб на состояние здоровья, у которых в анамнезе или во время диспансерного осмотра не выявлены острые, хронические заболевания или

нарушения функций отдельных органов и систем организма, а также имеющие незначительные отклонения в состоянии здоровья (без тенденции к прогрессированию), не оказывающие влияния на трудоспособность;

Д (II) – практически здоровые граждане, имеющие в анамнезе острые заболевания, которые могут привести к хронизации патологического процесса, или факторы риска хронических заболеваний;

Д (III) – граждане, имеющие хронические заболевания, с умеренными или выраженными нарушениями функции органов и систем организма, с периодическими обострениями и снижением работоспособности, кратность диспансерных осмотров которым определяется в соответствии с примерной схемой диспансерного динамического наблюдения. Из группы диспансерного динамического наблюдения Д (III) выделяли граждан: не имеющих группы инвалидности по заболеванию – Д (III)а; имеющих группу инвалидности по заболеванию – Д (III)б. Диспансерный учет пациентов проводился, как правило, по заболеванию (состоянию), в наибольшей степени определяющему качество жизни пациента.

Эффективность диспансеризации [23] ежегодно оценивалась врачами амбулаторно-поликлинических организаций здравоохранения по удельному весу (табл. 1):

пациентов из группы диспансерного динамического наблюдения Д (II), снятых с учета;

пациентов из группы диспансерного динамического наблюдения Д (II), переведенных в группу Д (III);

пациентов из группы диспансерного динамического наблюдения Д (III), имеющих обострения хронических заболеваний с трудопотерями;

пациентов, впервые отнесенных к группе диспансерного динамического наблюдения Д (III);

пациентов из группы диспансерного динамического наблюдения Д (III) со стойкой утратой трудоспособности;

пациентов из группы диспансерного динамического наблюдения Д (III) с первичным выходом на инвалидность;

госпитализированных пациентов из группы диспансерного динамического наблюдения Д (III);

пациентов с впервые выявленным хроническим заболеванием.

В этот период в обществе постепенно происходит процесс осознания значимости здоровья и здорового образа жизни, о чем свидетельствуют результаты проводимых опросов. Так, здоровье стало занимать ведущие позиции в рейтинге жизненных

ценностей белорусов: среди 22 жизненных ценностей 86,9% опрошенных отметили его в числе пяти наиболее важных. Отношение значительной части населения (44,1%) к своему здоровью изменилось и стало более внимательным [10].

Наблюдалась умеренная тенденция к снижению уровня смертности от инсультов, острого инфаркта миокарда (далее – ОИМ) и хронической обструктивной болезни легких (далее – ХОБЛ). Стабилизировались показатели общей смертности от новообразований.

Среди населения трудоспособного возраста отмечались определенные тенденции к снижению смертности:

болезни системы кровообращения (далее – БСК): с 153,5 случаев на 100000 населения в 2012 г. до 136,3 в 2016 г.;

ОИМ: с 5,7 случаев на 100000 населения в 2012 г. до 4,8 в 2016 г.;

инсульт: с 27,6 случаев на 100000 населения в 2012 г. до 25,2 в 2016 г.

Показатель смертности от диабета существенно не изменился: 1,2 на 100000 населения в 2012 г. и 1,3 в 2016 г.; также не изменилась смертность населения трудоспособного возраста от злокачественных новообразований: 83,7 случая на 100000 населения в 2012 г. и 83,1 в 2016 г. [10].

Неинфекционные заболевания, на долю которых в 2016 г. приходилось 79,1% смертности и 79,8% бремени в структуре общей заболеваемости, оставались основной причиной заболеваемости, инвалидизации и преждевременной смертности населения Республики Беларусь. Показатель общей смертности населения в стране был выше среднеевропейских значений и в основном определялся высокими показателями смертности от БСК, злокачественных новообразований и других распространенных НИЗ [10].

Результаты исследования по эпиднадзору за ФР развития хронических заболеваний, проведенные в 2016 г. (STEPS-2016), показали, что в стране курило 29,6% взрослого населения; около двух третей (64,9%) мужчин и двух пятых (41,8%) женщин употребляли алкоголь, один из семи взрослых белорусов (13,2%) имел недостаточную физическую нагрузку; около трети взрослого населения всегда или часто добавляли в пищу перед ее употреблением соль (31,7%), а четыре пятых это делали при приготовлении пищи (80,8%); три пятых взрослого населения (60,6%) имели избыточную массу тела, а четверть (25,4%) страдала ожирением. Риск развития смертельного или сердечно-сосудистого события в течение 10 лет имели 13,5% белорусов в возрасте 40–69 лет [10].

**Критерии эффективности диспансеризации, установленные нормативными
и локальными правовыми актами в разные временные периоды**

№ п/п	Год	Критерии эффективности диспансеризации
1.	1986 [17]	Критерии эффективности диспансеризации устанавливались для каждой нозологической формы и фактора риска
2.	2007 [21–23]	Эффективность проведенной диспансеризации должна была ежегодно оцениваться врачами амбулаторно-поликлинических организаций здравоохранения, в том числе отделений (кабинетов) профилактики, по удельному весу: пациентов из группы диспансерного динамического наблюдения Д (II), снятых с учета; пациентов из группы диспансерного динамического наблюдения Д (II), переведенных в группу Д (III); пациентов из группы диспансерного динамического наблюдения Д (III), имеющих обострения хронических заболеваний с трудопотерями; пациентов, впервые отнесенных к группе диспансерного динамического наблюдения Д (III); пациентов из группы диспансерного динамического наблюдения Д (III) со стойкой утратой трудоспособности; пациентов из группы диспансерного динамического наблюдения Д (III) с первичным выходом на инвалидность; госпитализированных пациентов из группы диспансерного динамического наблюдения Д (III); пациентов с впервые выявленным хроническим заболеванием
3.	2016 [24]	Эффективность диспансеризации населения определялась следующими критериями: снижение заболеваемости; снижение (отсутствие) временной нетрудоспособности; отсутствие обострений; восстановление функций; отсутствие инвалидности; улучшение клинических показателей и др.
4.	2022 [25]	Критерии эффективности диспансеризации взрослого населения: показатель охвата диспансеризацией взрослого населения, подлежащего обслуживанию в организации здравоохранения (плановое значение – не менее 90% ежегодно); частота выявления и регистрации факторов риска хронических неинфекционных заболеваний среди граждан, проходящих диспансеризацию; количество выявленных факторов риска развития хронических obstructивных заболеваний легких; количество выявленных факторов риска развития онкологических заболеваний; количество выявленных факторов риска развития сердечно-сосудистых заболеваний; количество впервые выявленных хронических неинфекционных заболеваний; количество проведенных лабораторных и инструментальных исследований у лиц, прошедших диспансеризацию; количество проведенных мероприятий по медицинской профилактике, пропаганде здорового образа жизни и вакцинации, в абсолютных цифрах
5.	2023 [26]	Критерии эффективности диспансеризации взрослого и детского населения: 1. Показатель охвата диспансеризацией населения в возрасте 18–39 лет, подлежащего обслуживанию в организации здравоохранения (плановое значение – не менее 70% в год). 2. Показатель охвата диспансеризацией населения в возрасте 40–70 лет, подлежащего обслуживанию в организации (плановое значение – не менее 70% в год)

Ответом на сложившуюся ситуацию стало изменение порядка организации диспансеризации взрослого населения Республики Беларусь: в 2016 г. принимается постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 12.08.2016 №96 «Об утверждении Инструкции о порядке проведения диспансеризации». В принятом документе диспансеризация граждан определена как система мероприятий, направленных на проведение диспансерного медицинского осмотра и диспансерного наблюдения пациента в динамике в зависимости от группы диспансерного наблюдения (Д1, Д2, Д3), которые определялись преимущественно по наличию (отсутствию) заболевания (состояния), в наибольшей степени определяющего качество жизни пациента [24]:

группа Д (I) – здоровые пациенты, не предъявляющие жалоб на состояние здоровья, у которых во время диспансерного медицинского осмотра не выявлены острые, хронические заболевания (состояния) или нарушения функций отдельных органов и систем организма, а также имеющие незначительные отклонения в состоянии здоровья (без тенденции к прогрессированию), не оказывающие влияния на трудоспособность;

группа Д (II) – практически здоровые пациенты, имеющие в анамнезе факторы риска хронических заболеваний и (или) хронические заболевания в стадии ремиссии без нарушений функций органов и систем организма, острые заболевания, которые могут привести к хронизации патологического процесса (в том числе часто или длительно болеющие пациенты, которые часто (6 и более раз в году) или длительно (более 40 календарных дней в году суммарно) переносят острые заболевания);

группа Д (III) – пациенты, имеющие хронические заболевания с нарушениями функций органов и систем организма и (или) периодически обострениями.

Диспансеризацию взрослого населения осуществляли врачи-терапевты участковые, врачи общей практики и (или) иные врачи-специалисты по профилю заболевания, которые совместно с помощниками врача по амбулаторно-поликлинической помощи, медицинскими сестрами участковыми обеспечивали организацию мероприятий по проведению диспансеризации [24].

Проведение диспансеризации взрослого населения зависело от группы диспансерного наблюдения и наличия или отсутствия у пациента хронических заболеваний, что не позволяло выявить ФР других основных социально значимых хронических НИЗ. Следует отметить, что при проведении диспансеризации лабораторные исследования выполнялись

независимо от наличия или отсутствия медицинских показаний, а зачастую лабораторные и инструментальные исследования дублировали клинические протоколы заболеваний, что приводило к дополнительной нагрузке на врача-специалиста, врача общей практики, лабораторно-диагностические подразделения и на систему здравоохранения в целом, увеличивая листы ожидания на проведение диагностических исследований. Кратность проведения диспансеризации взрослого населения зависела от группы диспансерного наблюдения [24].

Эффективность диспансеризации (табл. 1) населения определялась по снижению заболеваемости, снижению (отсутствию) временной нетрудоспособности, отсутствию обострений, восстановлению функций, отсутствию инвалидности, улучшению клинических показателей и другим критериям [24].

Однако, НИЗ по-прежнему остаются причиной более 80% смертности в стране. Среди четырех основных НИЗ главной причиной смертности населения трудоспособного возраста являются БСК (в 2009 г. – 54,1%, в 2014 г. – 55,5%, в 2019 г. – 58,5% общего числа умерших от всех причин), далее следуют злокачественные новообразования (в 2009 г. – 13,3%, в 2014 г. – 14,0%, в 2019 г. – 16,0%) [6]. С неинфекционными заболеваниями по-прежнему связан и такой негативный феномен, как «сверхсмертность мужчин трудоспособного возраста». Смертность белорусских мужчин в трудоспособном возрасте от БСК почти в 6 раз выше по сравнению с женщинами, в том числе, по причине инфаркта миокарда – более чем в 9 раз, от рака – более чем в 2 раза. Заболеваемость населения Республики Беларусь основными НИЗ из года в год находилась на стабильно высоком уровне [6]. Так, общая заболеваемость БСК на 100 тысяч населения составила в 2018 г. 29699, в 2019 г. – 30383, новообразованиями – 6439 (2018 г.) и 6710 (2019 г.), болезнями эндокринной системы – 9918 (2018 г.) и 10223 (2019 г.) [27].

Проведенные повторно в 2020 г. в стране STEPS-исследования, определяющие факторы риска НИЗ, к сожалению, продемонстрировали их сохраняющееся широкое распространение [6]. Так, табачные изделия потребляло 26,7% населения (41,9% мужчин и 11,3% женщин). Алкоголь в течение последних 30 дней употребляли 54,4% населения (63,1% мужчин и 45,7% женщин). Среди употребляющих алкоголь 17,4% населения (30,6% мужчин и 4,2% женщин) делали это по наиболее неблагоприятной модели – эпизодическое употребление алкоголя в больших количествах (≥ 6 стандартных порций алкоголя). Почти треть населения (30,8%) имели повышенное АД (САД ≥ 140 и/или

ДАД ≥ 90 мм рт. ст.) или принимали антигипертензивные препараты. Доля населения с повышенным АД (САД ≥ 140 и/или ДАД ≥ 90 мм.рт.ст.), не получающего антигипертензивную лекарственную терапию, составила 41,5% (52,9% мужчин и 29,9% женщин). 53,0% населения имели избыточную массу тела (индекс массы тела (далее – ИМТ) ≥ 25 кг/м²) или ожирение (ИМТ ≥ 30 кг/м²), причем таких мужчин было 56,0%, а женщин – 49,9%. Собственно ожирение (ИМТ ≥ 30 кг/м²) было установлено у 18,9% населения (16,6% мужчин и 21,2% женщин). Доля лиц с нарушенной гликемией натощак составила 9,1% (8,0% мужчин и 10,2% женщин). У 43,9% населения был отмечен повышенный уровень общего холестерина в крови (≥ 5 ммоль/л), при этом, 36,0% принимали лекарственные средства для снижения его уровня (32,8% мужчин и 38,1% женщин). Таким образом, 64% лиц с высоким уровнем холестерина не принимали лечение для снижения риска развития БСК. Каждый третий (33,0%) в возрасте 18–69 лет (39,3% мужчин и 26,4% женщин) имел три или более факторов риска НИЗ (ежедневное табакокурение, потребление менее 5 порций овощей и/или фруктов в день, гиподинамия, избыточная масса тела, повышенное АД). Доля населения с тремя или более факторами риска НИЗ пропорционально увеличивается с возрастом: в возрастной группе 18–44 года – 17,8% (24,8% мужчин и 9,2% женщин), а в возрастной группе 45–69 лет – 55,5% (66,0% мужчин и 47,1% женщин). При этом, как в популяции в целом, так и в каждой возрастной группе, доля женщин с тремя и более факторами риска существенно ниже доли мужчин. Только у 7,2% населения не было выявлено ни одного фактора риска НИЗ (4,5% мужчин и 10,0% женщин).

Сравнительный анализ показателей потребления табака показал, что доля курящих на момент проведения исследования в 2020 г. (26,7%) стала ниже, чем в 2016 г. (29,6%). Средний возраст начала курения увеличился почти на 1 год (17,4 лет в 2016 г. и 18,2 лет в 2020 г.). При анализе показателей потребления алкоголя в 2016 и 2020 гг. статистически достоверное снижение было установлено для доли лиц с эпизодическим употреблением алкоголя в больших количествах (6 и более стандартных порций за 1 случай за последние 30 дней) – 20,3% в 2016 г. и 17,4% в 2020 г.

Средний ИМТ снизился с 27,0 кг/м² в 2016 г. до 26,2 в 2020 г. По таким показателям, как доля тех, кто имеет избыточную массу тела (ИМТ ≥ 25 кг/м²), страдающих ожирением (ИМТ ≥ 30 кг/м²), и по окружности талии установлено достоверное снижение у женщин.

Средние значения САД и ДАД, включая тех, кто в текущее время принимает антигипертензивное лечение, снизились. Так, средний уровень САД в 2016 г. составил 134,6 мм рт.ст., в 2020 г. – 129,9 мм рт.ст.; средний уровень ДАД – 84,9 мм рт.ст. и 82,2 мм рт.ст. соответственно. Снизилась доля лиц с повышенным АД (САД ≥ 140 и/или ДАД ≥ 90 мм рт.ст.), принимающих антигипертензивное лечение (с 44,9% в 2016 г. до 30,8% в 2020 г.), и доля лиц с повышенным АД (САД ≥ 140 и/или ДАД ≥ 90 мм рт.ст.), не принимающих антигипертензивное лечение (с 53,4% в 2016 г. до 41,5% в 2020 г.).

Среднее значение уровня глюкозы в крови натощак, включая тех, кто в текущее время принимает медикаменты от повышенного уровня глюкозы в крови (ммоль/л), возросло с 4,7 ммоль/л в 2016 г. до 5,2 ммоль/л в 2020 г. Более чем в два раза возросла доля лиц с нарушенной гликемией натощак (в плазме венозной крови $\geq 6,1$ ммоль/л).

В 2020 г. доля лиц с тремя и более факторами риска в возрасте от 18 до 69 лет (ежедневное табакокурение, потребление менее 5 стандартных порций овощей и/или фруктов в день, гиподинамия, избыточная масса тела, повышенное артериальное давление) уменьшилась до 33,0%, (в 2016 г. – 40,5%). Доля лиц в возрасте 40–69 лет с 10-летним риском БСК $\geq 30\%$ или с наличием БСК среди всего населения увеличилась с 13,3% в 2016 г. до 18,2% в 2020 г. В сравнении с результатами 2016 г., установлен достоверный рост доли лиц в возрасте 40–69 лет с 10-летним риском БСК более 30% или с наличием БСК (табл. 2).

К сожалению, существовавшая система диспансеризации не позволила достичь желаемых результатов и не смогла доказать свою эффективность. Это послужило основанием для разработки нового документа с акцентом на медицинскую профилактику при проведении диспансеризации взрослого населения.

В 2022 г. принимается постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 09.08.2022 №83 «О порядке проведения диспансеризации взрослого и детского населения» [25], согласно которому диспансеризация взрослого населения проводится с 18 лет в двух группах диспансерного наблюдения с 18 до 39 лет и с 40 лет и старше и независимо от наличия и (или) отсутствия заболеваний. Кратность проведения определяется группой диспансерного наблюдения: 18–39 лет – 1 раз в три года, 40 лет и старше – ежегодно [25].

Активным участником проведения мероприятий по действительной всеобщей диспансеризации населения стал Национальный центр электронных услуг (НЦЭУ) – оператор важнейших межведом-

**Распространенность факторов риска НИЗ в Республике Беларусь.
Сравнение результатов STEPS-исследований 2016 и 2020 гг. [6]**

Показатель	Год	Оба пола	Мужчины	Женщины
Доля курящих в настоящее время	2016	29,6% (27,9–31,3)	48,4% (45,5–51,3)	12,6% (11,1–14,0)
	2020	26,7% (24,6–28,7)	41,9% (38,7–45,1)	11,3% (9,6–13,0)
Доля населения, употребляющая алкоголь в настоящее время (употребляли алкоголь в течение последних 30 дней)	2016	52,8% (50,2–55,4)	64,9% (61,6–68,3)	41,8% (38,6–44,9)
	2020	54,4% (51,5–57,3)	63,1% (59,7–66,4)	45,7% (41,7–49,6)
Доля тех, у кого был случай употребления большого количества алкоголя (6 и более стандартных порций за 1 случай за последние 30 дней)	2016	20,3% (18,4–22,1)	35,0% (31,8–38,1)	6,9% (5,6–8,2)
	2020	17,4% (15,5–19,4)	30,6% (27,2–33,9)	4,2% (3,1–5,3)
Доля тех, кто употреблял менее 5 смешанных порций фруктов и/или овощей в день	2016	72,9% (69,5–76,3)	77,9% (74,3–81,5)	68,4% (64,7–72,0)
	2020	78,2% (75,5–81,0)	83,7% (80,9–86,6)	72,7% (69,3–76,0)
Доля населения с недостаточной физической активностью	2016	13,2% (11,5–14,8)	12,8% (10,7–14,9)	13,5% (11,5–15,5)
	2020	11,6% (9,7–13,5)	11,2% (8,8–13,6)	11,9% (9,9–13,9)
Доля тех, кто имеет избыточную массу тела (ИМТ ≥ 25 кг/м ²)	2016	60,6% (58,7–62,6)	61,5% (58,7–64,2)	60,0% (57,3–62,4)
	2020	53,0% (50,3–55,7)	56,0% (52,0–60,0)	49,9% (47,1–52,7)
Доля страдающих ожирением (ИМТ ≥ 30 кг/м ²)	2016	25,4% (23,7–27,1)	20,2% (17,9–22,4)	30,2% (27,9–32,5)
	2020	18,9% (17,0–20,8)	16,6% (14,1–19,1)	21,2% (18,9–23,6)
Доля населения с повышенным АД (САД ≥ 140 и/или ДАД ≥ 90 мм рт.ст.) или принимающих антигипертензивное лечение	2016	44,9% (42,8–47,0)	45,6% (42,7–48,6)	44,2% (41,9–46,5)
	2020	30,8% (28,2–33,4)	31,0% (27,9–34,2)	30,6% (27,6–33,6)
Доля населения с повышенным АД, не получающих антигипертензивное лечение	2016	53,4% (50,7–56,2)	65,0% (61,3–68,7)	42,6% (39,1–46,1)
	2020	41,5% (37,8–45,3)	52,9% (48,5–57,3)	29,9% (25,2–36,6)
Доля населения с нарушенной гликемией натощак	2016	4,0% (3,0–5,0)	4,1% (3,0–5,2)	4,0% (2,8–5,2)
	2020	9,1% (7,7–10,5)	8,0% (6,5–9,6)	10,2% (8,4–11,9)
Доля населения с повышенным уровнем общего холестерина или тех, кто в текущее время принимает медикаменты от повышенного холестерина в крови	2016	38,2% (36,1–40,4)	33,4% (30,6–36,2)	42,6% (40,0–45,2)
	2020	43,9% (40,8–47,0)	43,5% (39,4–47,7)	44,3% (41,0–47,6)
Доля населения с тремя и более факторами риска в возрасте от 18 до 69 лет (ежедневное табакокурение, потребление менее 5 порций овощей/фруктов в день, гиподинамия, избыточная масса тела, повышенное АД)	2016	40,5% (38,3–42,7)	47,9% (44,8–50,9)	33,7% (31,2–36,2)
	2020	33,0% (30,6–35,4)	39,3% (35,6–43,0)	26,4% (24,2–28,7)
Доля населения с отсутствием факторов риска	2016	5,6% (4,6–6,6)	2,5% (1,6–3,4)	8,4% (6,7–10,2)
	2020	7,2% (5,8–8,6)	4,5% (2,9–6,2)	10,0% (8,0–12,0)
Доля населения с тремя и более факторами риска в возрасте от 18 до 44 лет	2016	27,4% (24,9–29,8)	37,2% (33,4–41,0)	17,4% (14,7–20,0)
	2020	17,8% (15,2–20,4)	24,8% (20,4–29,1)	9,2% (7,1–11,3)
Доля населения с тремя и более факторами риска в возрасте от 45 до 69 лет	2016	55,5% (52,8–58,2)	61,9% (58,3–65,5)	50,4% (47,1–53,7)
	2020	55,5% (52,6–58,4)	66,0% (62,3–69,7)	47,1% (43,3–50,9)
Доля населения в возрасте 40–69 лет с 10-летним риском БСК $\geq 30\%$ или с наличием БСК*	2016	13,3% (11,4–15,5)	15,5% (12,6–18,4)	11,6% (9,5–13,9)
	2020	18,2% (16,2–20,3)	18,6% (15,6–21,6)	17,9% (15,3–20,6)

*10-летний риск БСК $\geq 30\%$ определяется на основе возраста, пола, артериального давления, статуса курения (курят в текущее время или бросили курить менее чем за 1 год до проведения исследования), общего холестерина, диабета (диагностированный ранее или значение уровня глюкозы в цельной капиллярной крови $\geq 6,1$ ммоль/л или в плазме венозной крови $\geq 7,0$ ммоль/л).

ственных информационных систем, составляющих фундамент электронного правительства в Республике Беларусь. Привлечение НЦЭУ к проведению всеобщей диспансеризации – реальный шаг по цифровому развитию здравоохранения нашей страны и вовлеченности пациентов в управление своим здоровьем. Пациенты, имеющие электронную цифровую подпись и (или) биометрический паспорт, могут самостоятельно заполнять анкету выявления ФР развития НИЗ на едином портале электронных услуг (НЦЭУ) с использованием электронного сервиса «Предоставление сведений для выявления факторов риска развития неинфекционных заболеваний (от граждан)» посредством мобильного телефона и (или) персонального компьютера с получением результатов пройденного анкетирования на электронную почту личного кабинета учреждения. Результаты анкетирования в данном случае также поступают в организацию здравоохранения.

Результаты проведения диспансеризации позволяют выявить ФР развития четырех основных групп хронических НИЗ, определяющих основную заболеваемость, инвалидность и смертность взрослого населения, а не только наблюдать за пациентами, имеющими хронические заболевания.

Следует подчеркнуть, что предложенный подход к диспансеризации построен таким образом, что при анкетировании происходит не только непосредственное взаимодействие медицинского работника и пациента, но и при ответе на вопросы анкеты пациент осознано признает наличие ФР того или иного заболевания. С января 2024 г. постановлением Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 30.08.2023 №125 схема диспансеризации взрослого населения претерпела определенные изменения, однако принципы данного подхода сохранены [25; 26].

Так, с 1 января 2024 г. в группе диспансерного наблюдения 18–39 лет медицинский осмотр женщин в возрасте 30 и 35 лет в смотровом кабинете сопровождается определением вируса папилломы человека (далее – ВПЧ). Начиная с 40 лет, такой медицинский осмотр проводится каждые 5 лет до достижения женщиной возраста 60 лет (ранее тестирование на ВПЧ не предусматривалось). Изменения коснулись также и порядка проведения маммографии: проводится женщинам в возрасте 49–58 лет один раз в 3 года (ранее проводилась женщинам в возрасте 50–69 лет 1 раз в 2 года).

В целях ранней диагностики колоректального рака, изменились подходы к проведению анализа кала на скрытую кровь. В настоящее время это исследование проводится в возрасте 50, 57, 64 года (ранее предлагалось проводить в возрасте 50–

60 лет один раз в два года) и при его положительном результате выполняется фиброколоноскопия.

Согласно постановлению Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 09.08.2022 №83 «О порядке проведения диспансеризации взрослого и детского населения» [25], в случае выявления в ходе проведения диспансеризации заболевания, оказание медицинской помощи пациентам осуществляется врачом-специалистом по профилям заболеваний, состояниям, синдромам на основании клинических протоколов, а также иных нормативных правовых актов, устанавливающих порядок организации и оказания медицинской помощи по профилям заболеваний, состояниям, синдромам, или методов оказания медицинской помощи.

С 2024 г. медицинское наблюдение населения осуществляется согласно перечню заболеваний (состояний), подлежащих медицинскому наблюдению в амбулаторных условиях (взрослое население), который определен Министерством здравоохранения Республики Беларусь. Следует отметить, что Министерством здравоохранения предусмотрена возможность внесения в перечень дополнений по мере разработки новых клинических протоколов [26].

Существенным нововведением в порядок проведения диспансеризации является то, что статьей 103¹ Трудового кодекса Республики Беларусь определены гарантии для работников при прохождении диспансеризации.

Так, работники при прохождении диспансеризации имеют право на освобождение от работы на один рабочий день один раз в три года с сохранением за ними места работы, должности служащего (профессии рабочего) и среднего заработка по месту работы; а работники, достигшие возраста сорока лет, имеют право на освобождение от работы на один рабочий день один раз в год.

Работники, достигшие общеустановленного пенсионного возраста, а также в течение пяти лет до достижения такого возраста при прохождении диспансеризации имеют право на освобождение от работы на два рабочих дня один раз в год с сохранением за ними места работы, должности служащего (профессии рабочего) и среднего заработка по месту работы.

При этом, работники обязаны предоставлять нанимателю документы, подтверждающие прохождение ими диспансеризации.

Эффективность диспансеризации взрослого населения определяется следующими критериями [25]:

охват диспансеризацией взрослого населения, подлежащего обслуживанию в организации здравоохранения (плановое значение – не менее 90% ежегодно);

частота выявления и регистрации факторов риска хронических неинфекционных заболеваний среди граждан, проходящих диспансеризацию;

количество выявленных факторов риска развития конкретных хронических заболеваний.

С 2024 г. показатель охвата диспансеризацией населения в возрасте 18–39 лет и в возрасте 40–70 лет, подлежащего обслуживанию в организации здравоохранения, должен составить не менее 70% [26].

Выводы. Диспансеризация населения всегда позиционировалась как важнейший инструмент политики в сфере здравоохранения, направленный на раннее выявление заболеваний и их диспансерное наблюдение, и являлась ключевой технологией здоровьесбережения и снижения смертности. Перспективы развития диспансеризации связаны с расширением числа участников и состава мероприятий по выявлению ФР неинфекционных заболеваний, а также внедрением новых технологий, что должно привести к улучшению здоровья населения через выявление заболеваний на ранних стадиях их развития. Новый формат диспансеризации, с акцентом на максимальный охват населения, должен способствовать увеличению ожидаемой продолжительности жизни населения, снижению смертности за счет активизации профилактической работы. Следует подчеркнуть, что эффективность работы по диспансеризации населения зависит не только от системы здравоохранения, но и от понимания ее значимости и вовлеченности в этот процесс населения. Диспансеризация = реальный инструмент, повышающий качество жизни населения, который по-прежнему остается важнейшим методом решения не только медицинских, но и общегосударственных задач, направленных на обеспечение национальной безопасности государства.

Литература

1. О здравоохранении [Электронный ресурс]: Закон Респ. Беларусь, 18 июня 1993 г., №2435-ХП // ЭТАЛОН. Законодательство Республики Беларусь / Нац. центр правовой информ. Респ. Беларусь. – Минск, 2024.
2. Об утверждении Концепции национальной безопасности Республики Беларусь [Электронный ресурс]: решение Всебелорусского народного собрания, 25 апр. 2024 г., №5 // ЭТАЛОН. Законодательство Республики Беларусь / Нац. центр правовой информ. Респ. Беларусь. – Минск, 2024.
3. Профилактика неинфекционных заболеваний и борьба с ними в Беларуси: Аргументы в пользу инвестирования [Электронный ресурс] / Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ). Европейское региональное бюро. – Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ, 2018. – vii, 37 с. – Режим доступа: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/343255/WHO-EURO-2018-3293-43052-60250-rus.pdf?sequence=3&isAllowed=y>. – Дата доступа: 19.03.2024.
4. Об утверждении Программы социально-экономического развития Беларуси на 2021–2025 годы [Электронный ресурс]: Указ Президента Респ. Беларусь, 29 июля 2021 г., №292 // ЭТАЛОН. Законодательство Республики Беларусь / Нац. центр правовой информ. Респ. Беларусь. – Минск, 2024.
5. О Государственной программе «Здоровье народа и демографическая безопасность» на 2021–2025 годы [Электронный ресурс]: постановление Совета Министров Респ. Беларусь, 19 янв. 2021 г., №28 // ЭТАЛОН. Законодательство Республики Беларусь / Нац. центр правовой информ. Респ. Беларусь. – Минск, 2024.
6. STEPS: Распространенность факторов риска неинфекционных заболеваний в Республике Беларусь, 2020 г. [Электронный ресурс] / Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ). Европейское региональное бюро. – Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ, 2022. – 114 с. License: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. – Режим доступа: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/358798>. – Дата доступа: 19.03.2024.
7. Эпидемиологический надзор за факторами риска неинфекционных заболеваний в Европейском регионе ВОЗ. Обзор исследования STEPS в 2013–2019 гг. [Электронный ресурс]. – Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ, 2023. – 46 с. License: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. – Режим доступа: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/373993/WHO-EURO-2023-4561-44324-62622-rus.pdf>. – Дата доступа: 19.03.2024.
8. Глобальные факторы риска для здоровья. Смертность и бремя болезней, обусловленные некоторыми основными факторами риска. – Женева: ВОЗ, 2015. – 62 с.
9. О республиканском плане мероприятий по проведению в 2024 году Года качества [Электронный ресурс]: постановление Совета Министров Респ. Беларусь, 16 янв. 2024 г., №41 // ЭТАЛОН. Законодательство Республики Беларусь / Нац. центр правовой информ. Респ. Беларусь. – Минск, 2024.
10. Распространенность факторов риска неинфекционных заболеваний в Республике Беларусь. STEPS 2016 / Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ). Европейское региональное бюро. – Минск: Страновой офис ВОЗ, 2017. – 250 с.
11. *Омельяновский, В.В.* Эволюция смысловой нагрузки определений «диспансеризация» и «диспансерное наблюдение»: история и действительность / В.В.Омельяновский, Л.С.Мельникова, М.В.Авксентьева // Медицинские технологии. Оценка и выбор. – 2017. – №4 (30). – С.39–45.
12. *Семашко, Н.А.* Профилактика и диспансеризация / Н.А.Семашко // Основы профилактики в медицине / под ред. А.Молькова, Н.Семашко и А.Сысина. – М., 1927. – С.7–16.
13. *Буренков, С.П.* О развитии профилактического направления в советском здравоохранении / С.П.Буренков, И.С.Глазунов // Советское здравоохранение. – 1981. – №3. – С.3.

14. Демченкова, Г.З. Теоретические и организационные основы диспансеризации населения / Г.З.Демченкова, М.Л.Полонский. – М.: Медицина, 1987. – 288 с.
15. Лисицын, Ю.П. Социальная гигиена и организация здравоохранения: проблемные лекции: учеб. пособие / Ю.П.Лисицын. – М.: Медицина, 1992. – 512 с.
16. Щавелева, М.В. Диспансеризация населения: исторические и современные аспекты / М.В.Щавелева, Т.Н.Глинская, Э.А.Вальчук // Лечебное дело. – 2010. – №2. – С.29–34.
17. О порядке проведения всеобщей диспансеризации населения: приказ Министерства здравоохранения СССР, 30 мая 1986 г., №770. – М., 1986. – 333 с.
18. Гуревич, К.Г. Основные проблемы при проведении дополнительной диспансеризации взрослого населения / К.Г.Гуревич, Н.В.Косик, Е.Л.Никонов // Доказательная медицина и клиническая эпидемиология. – 2009. – №1. – С.25–33.
19. Щавелева, М.В. Роль всеобщей диспансеризации в повышении качества жизни населения / М.В.Щавелева, Т.Н.Глинская, Э.А.Вальчук // Вопросы организации и информатизации здравоохранения. – 2010. – №3. – С.65–69.
20. О проведении диспансерного наблюдения врачами терапевтами участковыми [Электронный ресурс]: приказ Министерства здравоохранения Респ. Беларусь, 22 дек. 2004 г., №285 // ЭТАЛОН. Законодательство Республики Беларусь / Нац. центр правовой информ. Респ. Беларусь. – Минск, 2024.
21. Об организации диспансерного наблюдения взрослого населения Республики Беларусь [Электронный ресурс]: постановление Министерства здравоохранения Респ. Беларусь, 12 окт. 2007 г., №92 // ЭТАЛОН. Законодательство Республики Беларусь / Нац. центр правовой информ. Респ. Беларусь. – Минск, 2024.
22. О внесении изменений и дополнений в постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 12 октября 2007 г. №92 [Электронный ресурс]: постановление Министерства здравоохранения Респ. Беларусь, 3 фев. 2009 г., №11 // ЭТАЛОН. Законодательство Республики Беларусь / Нац. центр правовой информ. Респ. Беларусь. – Минск, 2024.
23. О внесении изменений и дополнений в постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 12 октября 2007 г. №92 [Электронный ресурс]: постановление Министерства здравоохранения Респ. Беларусь, 1 июня 2011 г., №51 // ЭТАЛОН. Законодательство Республики Беларусь / Нац. центр правовой информ. Респ. Беларусь. – Минск, 2024.
24. Об утверждении Инструкции о порядке проведения диспансеризации [Электронный ресурс]: постановление Министерства здравоохранения Респ. Беларусь, 12 авг. 2016 г., №96 // ЭТАЛОН. Законодательство Республики Беларусь / Нац. центр правовой информ. Респ. Беларусь. – Минск, 2024.
25. О порядке проведения диспансеризации взрослого и детского населения [Электронный ресурс]: постановление Министерства здравоохранения Респ. Беларусь, 9 авг. 2022 г. №83 // ЭТАЛОН. Законодательство Республики Беларусь / Нац. центр правовой информ. Респ. Беларусь. – Минск, 2024.
26. О порядке проведения диспансеризации взрослого и детского населения [Электронный ресурс]: постановление Министерства здравоохранения Респ. Беларусь, 30 авг. 2023 г., №125 // ЭТАЛОН. Законодательство Республики Беларусь / Нац. центр правовой информ. Респ. Беларусь. – Минск, 2024.
27. Здравоохранение в Республике Беларусь [Электронное издание]: офиц. стат. сб. за 2019 г. – Минск: ГУ РНПЦ МТ, 2020. – 257 с.: табл. – Режим доступа: http://mpcmt.belcmt.by/files/Stat/Healthcare_in_RB_2019.pdf. – Дата доступа: 19.03.2024.

CLINICAL EXAMINATION IMPROVEMENT OF ADULT POPULATION IN HEALTHCARE SYSTEM OF THE REPUBLIC OF BELARUS

¹M.M.Sachek, ¹M.V.Schaveleva,

²I.N.Boldyreva

¹Institute for Advanced Training and Retraining of Healthcare Personnel of the Educational Institution “Belarusian State Medical University”, 3, building 3, P.Brovki Str., 220013, Minsk, Republic of Belarus

²11th City Polyclinic, 36, Velikomorskaya Str., 220028, Minsk, Republic of Belarus

Analysis is presented in dynamics of legal acts of the Republic of Belarus since the country's independence, regulated clinical examinations conducting. Healthcare system efforts are aimed today at non-communicable diseases and their risk factors fighting, and this is reflected in new approach to clinical examinations conducting. Introduction of a new system of clinical examinations will reduce premature mortality and population disability through individualization of program of monitoring and motivation for responsible attitude to own health.

Keywords: clinical examination; non-communicable diseases.

Сведения об авторах:

Сачек Марина Михайловна, д-р мед. наук, профессор; УО «Белорусский государственный медицинский университет», Институт повышения квалификации и переподготовки кадров здравоохранения, профессор кафедры общественного здоровья и здравоохранения; тел.: (+37529) 6703237; e-mail: msachek@rambler.ru.

Щавелева Марина Викторовна, канд. мед. наук, доцент; УО «Белорусский государственный медицинский университет», Институт повышения квалификации и переподготовки кадров здравоохранения, зав. кафедрой общественного здоровья и здравоохранения; тел.: (+37529) 5513754; e-mail: mvsch@tut.by.

Болдырева Ирина Николаевна; УЗ «11-я городская поликлиника» г. Минска, главный врач; тел.: (+37544) 5557748; e-mail: irsenden@yandex.by.

Поступила 31.05.2024 г.