

**КЫРГЫЗСКАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ  
им. И. К. АХУНБАЕВА**

**КЫРГЫЗСКО-РОССИЙСКИЙ СЛАВЯНСКИЙ  
УНИВЕРСИТЕТ им. Б. Н. ЕЛЬЦИНА**

Диссертационный совет Д 14.23.690

На правах рукописи  
УДК 614.2:616-085(575.22)

**ИСРАИЛОВА ДАРЫГУЛ КУБАНЫЧБЕКОВНА**

**АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ОРГАНИЗАЦИИ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ  
ПОМОЩИ В ПРАКТИКЕ СЕМЕЙНЫХ ВРАЧЕЙ ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ  
(НА ПРИМЕРЕ ЮЖНОГО РЕГИОНА КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ)**

14.02.03—общественное здоровье и здравоохранение

**Автореферат**

Диссертации на соискание ученой  
степени кандидата медицинских наук

**Бишкек-2024**

**Работа выполнена** на кафедре общественного здравоохранения медицинского факультета Ошского государственного университета.

**Научный руководитель:** **Шамшиев Абдилатип Абдырахманович**  
доктор медицинских наук, директор  
южного филиала республиканского центра  
укрепления здоровья

**Официальные оппоненты:**

**Ведущая организация:**

Защита диссертации состоится « » года в часов на заседании диссертационного совета Д 14.23.690 по защите диссертаций на соискание ученой степени доктора (кандидата) медицинских наук при Кыргызской государственной медицинской академии им. И. К. Ахунбаева, соучредитель Кыргызско-Российский Славянский университет им. Б. Н. Ельцина по адресу: 720020, г. Бишкек, ул. Ахунбаева, 92, конференц-зал. Ссылка доступа к видеоконференции защиты диссертации: <https://vc.vak.kg/b/142-c9g-rqj-fbe>

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеках Кыргызской государственной медицинской академии им. И. К. Ахунбаева (720020, г. Бишкек, ул. Ахунбаева, 92), Ошского государственного университета (723500, Кыргызская Республика, г. Ош, ул. Ленина, 331.) и на сайте <https://vak.kg>.

Автореферат разослан « \_\_\_\_ » года.

**Ученый секретарь диссертационного совета**  
**Кандидат медицинских наук, доцент Д. Д. Ибраимова**

## ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

**Актуальность темы диссертации.** По данным Всемирной организации здравоохранения, модель первичной медико-санитарной помощи, в отличие от традиционной медицинской помощи, должна включать меры укрепления здоровья и профилактики заболеваний, а также усилия по борьбе с факторами, способствующими ухудшению здоровья. Самое главное для создания тесных, стабильных взаимоотношений между врачом и обслуживаемым населением – обеспечение непрерывности оказания медицинских услуг с учетом их социальных условий.

В развитии здравоохранения во всем мире, в том числе и в странах СНГ, с запуском Института семейной медицины, от стационара к амбулаторному, т.е. было сосредоточить внимание на профилактической работе [В. И. Стародубов и др., 2002; О. П. Щепин, 2005; Д. М. Флеминг, 2004].

Основными задачами Национальной программы Кыргызской Республики по развитию системы здравоохранения «Здоровая нация – процветающая страна» до 2030 года являются, улучшение качество оказание медицинской помощи населению путем дальнейшей реализации принципов семейной медицины и обязательного медицинского страхования, в текущих политических и экономических условиях страны. Поэтому вопрос реформирования системы первичной медико-санитарной помощи приобретает особое значение [Н. К. Касиев, 1999; Т. С. Мейманалиев, 2003].

Рабочее время врачей первичного звена ограничено четырьмя часами в учреждениях и двумя часами обходов. Такой график создает длинные очереди пациентов в центры семейной медицины. Кроме того, нехватка кадров, особенно в сельской местности, доказывает отсутствие оптимальной и своевременной организации медицинской помощи [М. Т. Калиев, 2021].

Ряд работ посвящен изучению различных аспектов деятельности семейных врачей за рубежом и в Кыргызстане [Р. С. Гаджиев, 2005; О. П. Королев, 2008; Н. Н. Бримкулов, 2018.; О. Т. Касымов, 2019.; Каратаев М. М., Султаналиева Р.Б., Абылова Н., 2024).

Однако до настоящего времени не разработаны факторы, влияющие на объем, технологию, качество терапевтической помощи в системе первичной медико-санитарной помощи населению на амбулаторно-поликлиническом уровне, экономические аспекты и критерии оценки терапевтической помощи. Вышеуказанные проблемы определили необходимость комплексного изучения терапевтической службы первичной медико-санитарной помощи и на основе этого стали основой для определения приоритетных направлений организации терапевтической помощи на примере Ошской области.

**Связь темы диссертации с приоритетными научными направлениями, крупными научными программами(проектами),**

**Основными научно-исследовательскими работами, проводимыми образовательными и научными учреждениями.** Диссертационная работа является инициативной.

**Цель исследования.** На основе комплексного исследования медицинской помощи, оказываемой на амбулаторном уровне, оптимизация терапевтической помощи и разработка научно обоснованных мероприятий, направленных на повышение ее качества и эффективности.

**Задачи исследования:**

1. Изучить распространенности заболеваемости и смертности по мониторируемым заболеваниям среди населения Ошской области на уровне первичной медико-санитарной помощи за период 2016-2023 гг. и оценить терапевтическую помощь.

2. Анализ качества терапевтической помощи, оказываемой семейными врачами и терапевтами, методом экспертной оценки.

3. Изучение организации терапевтической помощи на амбулаторном уровне в Ошской, Жалалабадской и Баткенской областях и разработка технологии работы врачей.

4. Разработка комплекса научно-обоснованных предложений по повышению доступности, качества и эффективности терапевтической помощи в первичном звене, внедрение их в практическую медицину и экспериментальная проверка их эффективности.

**Научная новизна полученных результатов:**

1. Проведен анализ структуры мониторируемых заболеваний и уровня смертности населения Ошской области, на основе которого определена организация терапевтической помощи и кадровый потенциал в первичном звене.

2. Обосновано, повышение квалификации семейных врачей общей практики через систему непрерывного образования позволит повысить качество терапевтической помощи, оказываемой населению.

3. Внедрение технологии работы врачей при амбулаторном приеме терапевтических больных (цельевой сбор анамнеза, углубленный физикальный осмотр и опрос, рекомендации по лечению и диете каждого больного) позволило повысить качество терапевтической помощи.

4. Разработан и внедрен в практику комплекс научно обоснованных рекомендаций по повышению качества терапевтической помощи на амбулаторном уровне.

**Практическая значимость полученных результатов.** Результаты исследования внедрены в практику в центрах семейной медицины Ноокатского района Ошской области (акт внедрения от 20.05.2024 г.), Сузакского района Жалалабадской области (акт внедрения от 29.04.2024 г.) и Ошский городской ЦСМ (акт внедрения от 21.10.2024 г.)

Материалы диссертации использованы в курсе «Общественное здоровье

и здравоохранение» на кафедре общественного здравоохранения медицинского факультета ОшГУ (акт внедрения от 22.05.2024г.).

**Основные положения, выносимые на защиту:**

1. В Ошской, Джалал-Абадской, Баткенской областях КР распространенность заболевания среди пациентов старше 50 лет с 2017 года увеличилась от 88,7 до 208,1 на 100 пациентов к 2023 году. В структуре заболеваемости первое место заняли болезни органов дыхания (81,1%), болезни сосудов (51,2%), ишемическая болезнь сердца (27,0%), четвертое место - цереброваскулярные заболевания (19,4%). В Южных регионах из числа прошедших общее обследование здоровы 15,9%, фактически здоровы 20,3%, компенсированная форма заболевания - 3,4%, - 0,1% составляют декомпенсированная форма заболевания.

2. В Кыргызстане не выделяются средства семейным врачам для профилактического медицинского осмотра школьников. Необходимо разработать положение о профилактическом медицинском осмотре детей в общеобразовательных и дошкольных образовательных учреждениях и узаконить его путем внесения изменений в нормативно-правовые документы.

3. Качество опроса и физикального обследования больных с отдельными видами терапевтических заболеваний низкое, доказана недостаточная квалификация врачей в «технологии амбулаторного приема терапевтических больных», желательно улучшить квалификация семейных врачей через систему непрерывного образования.

4. При приеме терапевтических больных стандартные направления, готовые рецепты, рекомендации по диете, ЛФК, средства связи, световой сигнал для вызова больного, Использование «правил приема», разработка графиков деятельности врача и экономия рабочего времени врача, эффективность лечебно-профилактических мероприятий в общей медицинской практике, использование модели организации и управления качеством оказываемой терапевтической помощи позволяют улучшить здоровье населения.

**Личный вклад соискателя.** Автором лично сформировано направление и программа исследования, проведен аналитический обзор отечественной и зарубежной литературы по изучаемой проблеме, составлена программа сбора материала. Соискателем анализированы деятельность и учреждений первичного звена Ошской, Жалалабадской и Баткенской областей, проведены специальные анкетные опросы, статистические расчеты

количественных показателей и экспериментальная работа.

Проведен факторный анализ необходимых количественных параметров материалов, сделанный автором. Автором изучены организация работы по лечению больных с мониторируемыми заболеваниями.

**Апробации результатов диссертации.** Основные положения диссертации доложены и обсуждены на: международной научной конференции (РФ, Нижневартонск-2021); на международной научной конференции Кыргызско-Узбекского международного университета имени Б.Сыдыкова (Ош, 2022 г.); На международной научной конференции «Интеграция теории, знаний и науки с прикладной медициной», посвящённой 30-летию медицинского факультета ОшГУ, г. (Ош ш., 22-23-июнь 2023г), на межкафедральном совещании ОшГУ на кафедре общественного здравоохранения (Ош, 2023 г.), на международной научно-практической конференции «Использование высоких инновационных технологий в профилактической медицине» в Андижанском государственном медицинском институте (30 апреля 2024 г.).

**Полнота отражения результатов диссертации в публикациях.** По теме диссертации опубликовано 12 научных статей, из них из них 8 – в журналах, индексируемых системой РИНЦ с импакт-фактором не ниже 0,1.

**Структура и объем диссертации.** Диссертация написана на кыргызском языке изложена на 153 страницах компьютерного текста. Состоит из введения, 3 глав и заключения. Результаты научной работы сопровождаются 18 таблицами и 17 рисунками, а также библиографического списка, включающего – 163 источников из них: 130 на кыргызском языке и на русском и 33 на иностранных языках.

## **ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ ДИССЕРТАЦИИ**

**Во введении** диссертации обоснована актуальность темы исследования, представлены цель, задачи, научная новизна, практическая значимость полученных результатов и основные положения диссертации, выносимые на защиту.

**Глава 1 «Терапевтическая помощь в общей врачебной (семейной) практике**

(литературный обзор)». Проведен анализ источников отечественных и зарубежных исследований о роли и качества терапевтической помощи в общеврачебной (семейной) практике, что позволило обосновать актуальность выбранного направления диссертационной работы.

## **Глава 2 «Методология и методы исследования».**

**2.1. Общая методология изучения терапевтической помощи в семейной медицине.** Руководствуясь Закону «Об организациях здравоохранения в Кыргызской Республике» КР от 13 августа 2004 г. № 116, 29 апреля 2016 г. № 52, 2 августа 2017 г. № 167, 1 декабря 2017 г. № 197 (2), 22 августа 2020 г. № 142, проведено комплексное исследование деятельности ГСВ №1, №2, №3, №4, №5, №6, №7, №8, №9, №10, №11, № 12 ЦСМ города Ош и центров общеврачебной общей практики Ноокатского района Ошской области, Сузакского района Жалалабадской области, Кадамжайского района Баткенской области.

**2.2. Организация работы семейных врачей и методология амбулаторного приема пациентов.** В ходе исследования затрат рабочего времени семейного врача были разработаны 4 хронокарты: 1) «хронокарта амбулаторного приема врача общей практики (района)»; 2) «хронокарта учета рабочего времени семейного врача в поликлинике (амбулатории)», 3) "хронокарта услуги вызова семейного врача на дом"; 4) «хронокарта рабочего времени врача при посещении объектов».

Вместе с хронометражем мы использовали и метод фотографирования рабочего дня. Для этого мы использовали лист наблюдений, куда хронометражисты вносили результаты наблюдений и отмечали время начала и окончания каждого элемента работы. Сочетание этих методов позволило получить достоверную, полную и исчерпывающую информацию о распределении рабочего времени врачей общей практики (семейных врачей).

В соответствии с целью и задачами наших исследований при создании хронокарт были изменены и дополнены хронокарты, созданные Ю. И. Зотовым (1970) и Р. С. Гаджиевым (2005). Перед началом заполнения хронокарт врачам общей практики были разъяснены цель и задачи исследования, а также проведены инструкции о порядке ведения и оформления медицинских документов при каждом хронометраже.

Изучение технологии работы терапевтов ЦОВП проводилось в 2 этапа. Первый этап охватывает 2020-2022 годы, изучается технология работы врачей общей практики на амбулаторных приемах в современных условиях, а также изучаются современные достижения клинической медицины в вопросах диагностики и лечения. Второй этап охватывает 2022-2024 годы. За этот период была апробирована и отработана спроектированная технология амбулаторного приема, по результатам которой были разработаны предложения по совершенствованию организации труда врачей общей

практики и технологии их работы.

**2.3. Исследование качества терапевтической помощи в семейной медицине.** При изучении качества терапевтической помощи в семейной медицине в связи с целями и задачами нашего исследования использовался метод экспертной оценки, разработанный Б. З. Кучеренко (2002) с дополнениями и изменениями.

**2.4. Методика изучения экономических аспектов деятельности терапевтической службы в семейной медицине.** Исследования экономических аспектов работы врачей общей практики и терапевтов проводились с использованием методик разработанных Н. Сеницын (2001), Р. С. Гаджиев (2003), Е. Н. Кулагиной, И. И. Введенской (1998), Н. Г. Шамшуриной (2001), В. М. Шиповой.

**Методы исследования.** В работе использованы следующие методы исследования: аналитический, ретроспективный, статистический, социологический (анкетирование), экспертная оценка, организационное моделирование.

Репрезентативность объема выборки определялась по методике с известным числом генеральной совокупности, которая составила - 395 единиц.

**Объем исследования** – экспертная оценка качества терапевтической помощи, оказываемой врачами общей практики и семейными врачами, 415 случаев завершено амбулаторного лечения терапевтических больных, в том числе: 45 случаев ревматизма, гипертонической болезни II стадии - 55, ишемической болезни сердца - 50, острый бронхит и хронический) - 50, язва желудка и двенадцатиперстной кишки - 40, гастрит (хронический) - 45, холецистит (хронический) - 40, нефрит (острый и хронический) - 50 случаев, бронхиальная астма - 40.

По экспертным оценкам качества терапевтической помощи: ревматизм - 40 случаев, гипертоническая болезнь II стадии - 65, ишемическая болезнь сердца - 60, бронхиальная астма - 48, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки - 56, гастрит (хронический) - 55, холецистит (хронический). ) - 40, нефриты (острые и хронические) - 58, всего изучено 422 случая. Рассчитывались индексы относительной магнитуды и динамического диапазона. Достоверность различий между группами определяли с помощью параметрического критерия Стьюдента, репрезентативной ошибки, расчета критерия надежности безошибочного прогноза и коэффициента конкордантности. Все данные обрабатывались на персональном компьютере с использованием приложения Microsoft-Statistica 6.0, программного обеспечения Microsoft Excel и программного обеспечения SPSS (IBM Inc, США, версия 23).

### **Глава 3 «Результаты собственных исследований и их обсуждение».**

#### **3.1. Динамика основных классов заболеваний по Омской области**

Таблица 3.1.1. Динамика заболеваний по классам (Ошская область 16 лет и старше 2019-2023 гг.).

№		Абсолюттук саны					100 миң калкка				
		2019	2020	2021	2022	2023	2019	2020	2021	2022	2023
	Общий	246407	162841	196807	237769	204858	28041,2	18197,5	21552,0	26290,7	22004,0
1	Некоторые инфекционные и паразитарные заболевания	7524	9511	7203	6783	6602	856,2	1062,9	788,8	750,0	711,5
2	Опухолевые (онкологические) заболевания	2227	1432	1648	1655	1344	253,4	160,0	180,5	183,0	144,8
3	Болезни крови	11168	6819	6287	8082	6425	1270,9	762,0	688,5	893,6	692,4
4	Заболевания эндокринной системы	15251	14234	14967	15426	16655	1735,6	1590,6	1639,0	1705,7	1722,5
5	Психические расстройства	5152	2164	4335	4303	4055	586,3	241,8	474,7	475,8	437,0
6	Заболевания нервной системы	15800	10635	12962	17359	14637	1798	1188,5	1419,4	1919,4	1577,3
7	Заболевания органов зрения	18517	9962	13487	16730	15595	2107,2	1113,3	1476,9	1849,9	1680,6
8	Ушные заболевания	4965	2326	3855	5643	4323	565	259,9	422,2	624,0	465,9
9	Заболевания системы кровообращения	45978	32226	33459	41587	36376	5232,3	3601,2	3664,0	4598,4	3920,0
10	Респираторные заболевания	26631	19097	23689	29566	25814	3030,6	2134,1	2594,1	3269,2	2781,8
11	Пищеварительные заболевания	16831	11125	12829	15233	10258	1915,4	1243,2	1404,9	1684,4	1105,4
12	Кожные заболевания	8304	3988	6799	7459	6712	945	445,7	744,5	824,8	723,3
13	Заболевания опорно-двигательного аппарата	13171	7018	12013	13706	11467	1498,9	784,3	1315,5	1515,5	1235,7
14	Заболевания мочеполовой системы	29123	19021	25329	29367	25487	3314,2	2125,6	2773,7	3247,2	2746,6
15	Беременность, роды и послеродовой период	17759	8568	12908	18100	12508	4059,8	1923,9	2839,0	3986,6	1347,9
16	Врожденные дефекты	522	207	326	378	303	59,4	23,1	35,7	41,8	32,7
17	Заболевания с неопределенными симптомами	664	332	621	720	671	75,6	37,1	68,0	79,6	72,3
18	Травмы и отравления	6820	4176	4090	5672	5626	776,1	466,7	447,9	627,2	606,3

Примечание: данные взяты из отчетной формы Центра электронного здравоохранения Министерства здравоохранения КР за 2019-2023 годы.

В динамике основных классов болезней по Ошской области за 2019-2023 годы зафиксировано общее количество заболеваний: в 2019 году зарегистрировано 246 407 случаев, в 2020 году этот показатель резко снизился (162 841 случай), а затем каждый год снова увеличивался (в 2023 году оно достигло 204 858 случаев). Это может быть связано с ограничением доступа к медицинской помощи во время пандемии и изменениями в системе регистрации. Заболевания системы кровообращения по основным классам болезней: Одно из наиболее часто регистрируемых заболеваний на протяжении многих лет. В 2019 году было зарегистрировано 45 978 случаев, а в 2023 году оно снизилось до 36 376 случаев. Соотношение на 100 000 населения снизилось с 5 232,3 в 2019 году до 3 920,0 в 2023 году. Респираторные заболевания: число зарегистрированных случаев варьировалось от 26 631 в 2019 году до 25 814 в 2023 году. В период пандемии (2020–2021 гг.) наблюдался рост этих заболеваний. Заболевания эндокринной системы: тенденция роста наблюдается в период с 2019 по 2023 годы: с 15 251 до 16 655 случаев. Соотношение на 100 000 населения также увеличивалось с каждым годом (1735 в 2019 году и 1722,5 в 2023 году). Онкологические заболевания: Стабильна, но в 2023 году несколько снизилась: с 2227 до 1344 случаев. Травмы и отравления: 6820 случаев в 2019 году, снижение до 5626 в 2023 году. Психические расстройства: зарегистрированные случаи снизились до 2164 в 2020 году (во время пандемии), а затем снова увеличились (табл. 3.1.1).

Заболевания органов зрения: с 2019 по 2023 год общее количество случаев снизилось и стабилизировалось. Анализ показывает, что пандемия оказала существенное влияние на динамику заболеваний. По некоторым классам наблюдалась тенденция роста (эндокринные заболевания), по другим — устойчивое снижение (система кровообращения и травмы). Используя эти данные, можно принимать решения по эффективному распределению ресурсов в системе здравоохранения Ошской области и усилению профилактических мероприятий.

### **3.1.2. Терапевтические заболевания в семейной медицине Ошской области**

Для сравнения и анализа динамики и структуры распространенности терапевтических заболеваний по каждому пациенту были собраны данные за 4 года. В 2017 году из 100 пациентов, обратившихся к терапевтам,  $79,6 \pm 2,3$  имели заболеваемость. В 2018 году он был равен  $75,2 \pm 2,2$ ; В 2019 г. –  $122,3 \pm 2,8$  и в 2020 г. –  $182,4 \pm 3,1$  ( $p < 0,05$ ).

Тенденция роста заболеваемости наблюдается как у мужчин (по сравнению со  $119,8 \pm 2,6$  в 2018 г.,  $85,3 \pm 2,4$  по сравнению со 100,3% в 2017 г.), так и у женщин ( $124,0 \pm 2,8$ ,  $75,9 \pm 2,2$ ). В 2017 и 2020 годах самые высокие показатели заболеваемости были у лиц старше 70 лет -  $131,0 \pm 2,4$  и  $244,8 \pm 1,8$  соответственно за счет роста - в 3,2 раза, уровень общей заболеваемости

увеличился в 1,8 раза.

Заболеваемость у лиц в возрасте 50-59 лет увеличилась с  $50,0 \pm 4,0$  до  $94,4 \pm 3,9$  на 100 обследованных, в том числе за счет пациентов мужского пола ( $90,9 \pm 5,0$  с  $9,0 \pm 0,4$ , т.е. в 10 раз). У наблюдаемых членов семьи в возрасте 60-69 лет заболеваемость увеличилась в 2,1 раза (с  $85,07 \pm 4,3$  до  $186,57 \pm 2,7$ ) ( $P < 0,001$ ). В 2020 году сохранилась установившаяся динамика роста заболеваемости вторым заболеванием в возрастной группе старше 50 лет ( $192,6 \pm 4,2$ ;  $169,6 \pm 3,7$  и  $355,5 \pm 6,7$  на 100 наблюдаемых членов семьи). 50-59 соответственно; 60-69 и старше 70).

Доля заболеваний этого класса среди пациентов до 50 лет в 2017 г. составила 7,5% за весь период обследования увеличился до 12,3% в 2018 году и 13,1% в 2008 году, что подтверждает рост доли сердечно-сосудистых заболеваний среди молодежи.

Таким образом, по данным исследования заболеваемости населения в учреждениях первичной медико-санитарной помощи, распространенность заболевания среди наблюдаемых пациентов старше 50 лет увеличилась с 88,7 в 2017 г. до 208,1 в 2023 г. В структуре заболеваемости первое место заняли болезни органов дыхания, болезни сердечно-сосуд, ишемическая болезнь сердца, четвертое место - цереброваскулярные заболевания.

### **3.2.1. Респираторные заболевания в Ошской области.**

Анализ заболеваний десятой редакции Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем, показал, что респираторные заболевания (класс X) заняли первое место по распространенности в 2017 году. Их частота составила  $31,5 \pm 2,7$  на 100 членов семьи, наблюдавшихся в 2017 г. (на 100 мужчин  $32,8$  и  $26,2$  женщин).

В 2018 году распространенность этого класса патологии снизилась – она составила  $26,2 \pm 2,5$  на 100 пациентов врачей общей практики ( $22,4$  среди мужчин и  $27,9$  среди женщин). За рассматриваемый период доля заболеваний органов дыхания в общей заболеваемости снизилась с  $38,3$  до  $19,1\%$ , что соответствует данным ряда авторов, согласно которым их доля в структуре заболеваемости населения взрослое население составляет 20%, подростки - 36% и дети - 50%. Заболевания органов дыхания наиболее часто встречаются у пациентов в возрасте до 50 лет, особенно в возрастной группе 20-29 лет ( $43,6 \pm 3,6$  на 100 больных в 2017 г.;  $34,5 \pm 5,3$  в 2018 г. и 116 в 2020 г.  $6 \pm 5,6$  и 30 лет). -39 ( $88,9 \pm 7,0$ ;  $p < 0,05$ ).

Таким образом, полученные данные свидетельствуют об устойчивом ежегодном росте заболеваемости больных и членов их семей, находящихся под наблюдением врачей общей практики (семейных врачей). Тенденция к увеличению заболеваемости характерна как для женщин, так и для мужчин, но более четко она наблюдается у последних (общий рост составляет от 1,8 до 3,5 раза).

Самый высокий уровень заболеваемости наблюдался у людей старше 50 лет. Особое значение имеет возрастная характеристика разницы в распространении заболеваний, таких как хронические заболевания органов дыхания, системы кровообращения, нервной системы, глаза и его придатков, уха и сосцевидного отростка, опорно-двигательного аппарата и соединительных тканей.

За годы наблюдения прогрессирующая динамика заболеваемости оказалась характерной не только для старших возрастных групп, но и для больных и наблюдаемых членов семьи до 50 лет. Увеличение распространенности и доли хронических заболеваний органов дыхания, системы кровообращения, опорно-двигательного аппарата и соединительной ткани может свидетельствовать о раннем проявлении хронической патологии среди лиц до 50 лет и увеличении всех возрастных категорий больных считается общей (семейной) практикой.

По данным исследования заболевания органов дыхания, второе место - сосудистые заболевания, третье место - ишемическая болезнь сердца, четвертое место - цереброваскулярные заболевания. Установлено, что из числа прошедших общее обследование здоровы 15,9%, фактически здоровы 20,3%, компенсированная форма заболевания - 3,4%, декомпенсированная форма заболевания - 0,1%.

### **3.3.1 Подготовка специалистов по семейной медицине.**

Качество медицинской помощи зависит от многих факторов, и одним из важнейших является подготовка высококвалифицированных специалистов. Подготовка таких специалистов является основной задачей процесса внедрения практики семейной медицины. При анализе 114 анкет врачей, работающих в исследуемых учреждениях, установлено, что переподготовку прошли 45% терапевтов, 35% педиатров, 12% акушеров-гинекологов, 8% других специалистов.

В ходе опроса выяснилось, что дополнительное образование по педиатрии хотели 35% врачей, по терапии - 27%, по акушерству и гинекологии - 63%, по хирургии - 16%, по офтальмологии - 15%, по неврологии - 13%, по ЛОРу - 9%. заболевания. По установленному регламенту на одну штатную единицу в ЦСМ предусмотрено 1500-1700 человек. В городе Ош КР проживает более 500 тысяч человек за счет внутренней и внешней миграции. Таким образом, городу Ошу необходимы более 330 семейных врачей.

В настоящее время в исследуемом Ошском городском центре семейной медицины работают 172 семейных врача. Однако среди этих врачей нет ни одного специалиста, окончившего специальные факультеты семейной медицины высших медицинских учебных заведений. Все они бывшие терапевты, педиатры, акушеры и гинекологи. В 2013 году в Кыргызской

государственной медицинской академии имени И.К. Ахунбаева открыт специальный факультет по подготовке специалистов семейной медицины. В 2019 году его окончили и были приняты на 3-летнюю ординатуру. Впервые в Кыргызстане в 2021 году выпущены 50 специальных семейных врачей, прошедших 8-летний период обучения.

Если в Кыргызстане проживает более 6 миллионов человек, в среднем потребуется 4 тысячи специальных семейных врачей. Реализация материально-технической базы учреждений первичной медико-санитарной помощи (приобретение нового современного оборудования). Повышение зарплаты медицинским работникам. Развитие механизмов карьерного роста семейных врачей и защита их социальных и моральных прав. Определено, что существует необходимость открытия факультетов «семейной медицины» во всех высших медицинских учебных заведениях Кыргызстана.

#### **3.4. Работы в центрах общеврачебной практики по профилактике заболеваний.**

Центр семейной медицины финансируется из государственного бюджета из расчета на душу населения. За каждым семейным врачом в указанном районе было закреплено 1500-1700 человек и на него возлагалась задача заботиться о здоровье всех людей на своем участке, начиная с новорожденного. По этой причине он время от времени обходит людей по домам (подворовой обход) и проводит профилактические осмотры.

С другой стороны, для проведения профилактического медицинского осмотра работники учреждений и предприятий заключают договор с центром семейной медицины, перечисляют деньги по утвержденной цене (прейскуранту), а затем проходят медицинское обследование. Он находится под наблюдением семейного врача по адресу проживания работника, а средства, выделяемые ему государством, выделяются врачу, обслуживающему его адрес проживания.

Однако такая система больше не распространяется на Министерство образования и обороны. Причина в том, что те, кто работает и получает образование в указанной системе, обращаются в ЦСМ (Семейная медицина) по своему зарегистрированному адресу, и финансирование выделяется этому ЦСМ.

Профилактический медицинский осмотр проводится бесплатно по месту работы или учебы. Например, в Ошском городском центре семейной медицины работают 172 семейных врача, а в более чем 60 общеобразовательных школах и около 50 дошкольных учреждениях города обучаются более 150 тысяч детей. Они должны пройти медицинское обследование по месту жительства. Однако эта задача была возложена на ЦСМ города Ош.

В первом квартале 2022 года врачами Ошского городского медицинского

центра и его филиалов было проведено углубленное профилактическое обследование с целью изучения заболеваний населения, состоящего на учете в Медицинском центре. Все данные о выявленных заболеваниях внесены в компьютерную базу данных ЦСМ, всего проведено 4260 профилактических осмотров. На основании этой информации обследуемое население было разделено на группы здоровья. Информация о выявленных заболеваниях позволила рассчитать показатели заболеваний по данным профилактических осмотров (табл. 3.4.1).

Таблица 3.4.1. Распространенность заболеваний, выявленных при профилактическом осмотре (на 100 обследованных)

Виды заболевания	Мужчины	Женщины	Средний
VI нервная система	11,4±1,1	2,2	7,4±1,3
VII глазные заболевания	8,1±4	7,6±1,0	8,0±1,3
IX сосудистая система	28,6±1,2	55,9±2,4	43,5±2,4
XI пищеварение	9,2±1,5	9,5±1,5	9,3±1,4
XIII Опорно-двигательная система	8,1±1,3	14,9±1,2	11,8± 1,6
другие:	12,4±1,1	30,6±2,3	18,9±1,2
Примечание: Показатель интенсивности указан на 100 больных $r \pm m$ интенсивный показатель, репрезентативная ошибка $p > 0,05$ , ** - $p < 0,01$ Достоверная разница между группами.			

Например, результаты профилактических осмотров показывают, что только 15,9% пациентов, прошедших профилактический осмотр, имеют первую группу здоровья, причем более половины из них (60,3%) страдают хроническими заболеваниями. С возрастом увеличивается доля больных с установленными хроническими заболеваниями.

При профилактических осмотрах наиболее распространенной патологией являются заболевания системы кровообращения, на долю которых приходится 44% всех выявленных заболеваний.

Так, по результатам исследования, средства семейным врачам на медицинское обследование школьников не выделялись. По этой причине возникает необходимость пересмотреть порядок проведения профилактического медицинского осмотра детей в общеобразовательных и дошкольных образовательных учреждениях и разработать соответствующее положение.

### 3.5. Финансирование амбулаторно-поликлинической службы.

В 2001-2005 годах были реализованы реформы в рамках Национальной программы здравоохранения «Манас», которые оказали положительное влияние на улучшение финансовой защиты беднейших 40% населения и повышение эффективности и справедливости предоставления услуг. Эта стратегия работает путем объединения и координации финансирования и предоставления услуг для достижения лучших результатов.

Оптимизация финансирования (сооплаты) на основе реформы привела к снижению платежей за лекарства и медицинские изделия. Кроме того, введены подушевые нормативы оплаты по гарантийным программам, финансируемым из бюджета Кыргызской Республики.

Реформа здравоохранения предусматривает финансовые ресурсы (страхование, дополнительный доход) для нужд амбулаторно-поликлинической помощи, введение трудовых премий медицинским работникам (выплаты КТУ). Этот фактор может сыграть важную роль в повышении производительности труда.

Реформы здравоохранения в Кыргызской Республике финансировались по так называемой подушевой формуле оказания медико-санитарной помощи на амбулаторном уровне, за исключением пилотных территорий. Такое финансирование не позволило повысить качество и эффективность первичной помощи.

Указом Президента КР с 1 апреля 2022 года врачам (семейным врачам), работающим в центрах общей практики, будет выплачиваться заработная плата в размере семи тысяч сорока сомов, рассчитанная с коэффициентом 2,16. Кроме того, предусмотрены дополнительные выплаты в зависимости от опыта работы и категории. Например, врач со стажем 15 лет, с высшей категорией,  $7040 \times 2,16 = 15206$ ,  $30\% = 4561$  сом за стаж,  $50\% = 7603$  сом за высшую категорию. Итого  $15206 + 4561 + 7603 = 27370$  сом. Следует отметить, что такое повышение заработной платы стало большим стимулом для работников первичной медико-санитарной помощи.

На основании анализа финансирования общей врачебной (семейной) практики в Кыргызстане можно сделать следующий вывод: Зарплата в семейной медицине с начала реформы здравоохранения формировалась на основе подушевого расчета, что не позволило провести полную оптимизацию первичной помощи. Можно сделать вывод, что финансовые ресурсы, выделяемые на повышение качества первичной медицинской помощи в ходе реформы здравоохранения в Кыргызской Республике, не находились на достаточном уровне.

### **3.6. Терапевтическая помощь в первичной медико-санитарной службе.**

В ходе исследования определялись прием пациентов врачами, виды терапевтических заболеваний и советы, которые врачи давали пациентам. При первом обращении больного по поводу болезни семейный врач всегда

полностью объясняет его жалобы ( $m \pm 49.5$ ), а терапевт - составляет случай на 100 поступивших больных ( $m \pm 48.5$ ). Однако если посмотреть на другие элементы обследования и опроса при поступлении больных, то наблюдается достоверная разница в показателях ( $p < 0,005$ ).

При первичном осмотре больного терапевты идентифицировали симптомы заболевания -  $m \pm 89.5$  случаев, семейные врачи -  $m \pm 18.0$  случаев, было известно, что имеется достоверная ( $p = 12.7$ ) разница.

При определении длительности заболевания соответствовали 50% и 25% TDS. Другими словами, терапевты менее осведомлены.

При первичном осмотре причины заболевания определялись у ВБД в три раза чаще, чем у Т. С другой стороны, по назначению препаратов терапевтическим больным терапевты писали больше, чем в отделениях неотложной помощи (30,4 случая). При выслушивании жалоб больных, направленных на терапию, семейные врачи составили ( $(47.9 \pm 6.6)$  ( $m \pm 46.9$ )) случаев на 100 обследованных больных, у терапевтов этот показатель составил  $45.4 \pm 6.2$  ( $m \pm 44.4$ ) случаев, и достоверной разницы не было ( $p = 0,500$ ).

Сумма всех пунктов опроса рассчитывалась на 100 поступивших пациентов для получения комплексной оценки проведения опроса пациентов терапевтами и семейными врачами.

В ходе исследования мы выделили 14 элементов обследования пациента. В таблице 3.6.1 представлено обследование терапевтических больных семейными врачами и терапевтами.

Таблица 3.6.1 – Качество исследования пациентов при отдельных видах

№	Элементы опроса	Таблица 3.6.1 – Качество исследования пациентов при отдельных видах											
		Острые респираторные заболевания, грипп				Бронхит и пневмония				Гипертония			
		Семейный врач		Терапевт		Семейный врач		Терапевт		Семейный врач		Терапевт	
		Элемен Кол-о	p±m	Элемен Кол-о	p±m	Элемен Кол-о	p±m	Элемен Кол-о	p±m	Элемен Кол-о	p±m	Элемен Кол-о	p±m
1	Анамнез Жалобы	98,0	47,8±4,6	94,6	46,5±4,8*	89,6	46,0±4,5	91,0	47,6±4,4	89,5	44,2±4,3	87,4	44,1±4,4
2	Характер заболевания	17,6	4,75±3,7	8,5	4,35±8,3*	32,8	12,5±1,1	24,0	11,9±1,5*	16,0	45,0 ±3,5	8,9	31,9±7,5*
3	Продолжительность болезни	27,0	4,65±3,6	8,3	3,62±1,3*	17,1	49,0±3,9	8,8	3,62±8,0*	29,7	43,5±3,3	7,7	28,6±1,4*
4	Причины заболевания	8,4	3,10±2,1	5,2	2,92±3,7*	4,7	18,0 ±0,8	2,6	14,2±1,8*	6,8	24,5 ±1,4	3,9	15,2±2,9*
5	Факторы риска	12,4	2,95±1,9	4,9	2,46±5,7*	28,7	5,85 ±4,8	10,7	4,36±1,3*	32,1	22,0±1,2	3,4	4,51±1,5*
6	лечения	54,1	1,41±1,3	27,2	0,87±2,6*	61,7	16,3 ±1,5	31,6	9,8±3,0*	70,2	14,8±1,3	28,6	8,61±3,4*
7	Другие элементы	5,8	2,0±1,0	3,0	1,56±2,4*	3,7	14,5 ±0,4	1,9	10,7±1,3*	5,2	1,85±0,8	2,7	0,74±2,1*
8	Общее количество элементов на 100 пац-а	223,3	7,63 ±7,5	151,7	5,82±1,1*	238,3	85,8 ±8,4	170,6	67,5±1,1*	249,6	71,4±7,0	141,8	51,6±1,2*
9	Фактор активности	2,2	1,25±0,2	1,5	1,12±0,6*	2,3	13,5±0,3	1,7	10,8±0,6*	2,5	1,20±0,20	1,4	1,0±0,7*

Примечание. Эта цифра указана на 100 госпитализированных пациентов. Индекс интенсивности p±m, репрезентативная ошибка, p>0,05,\*\*- p<0,01. \* p — оценка вероятности(вероятность безошибочного прогноза)

Таблица 3.6.2 – Осмотр терапевтических больных семейными врачами и терапевтами

№	Текшерүү	Кайрылуулар		Ыктымалдуулук божомолу	
		Үй бүлөлүк дарыгер	Терапевттер	Биринчи	Кайталанган
		p±m	p±m	p –	p –
1	Исследование кожи и подкожно-жировой клетчатки.	4,60±5,0	2,1±1,6*	>0,05	>0,05
2	Осмотр полости рта	15,8±2,1	5,25±6,0*	<0,01	<0,001
3	Перкуссия легких	29,9±4,0	12,1±1,5**	<0,001	>0,05
4	Аускультация легких	6,4±4,6	36,91±2,5	<0,001	<0,05
5	Перкуссия сердца	39,8±2,7	32,6±2,2	<0,001	<0,001
6	Аускультация сердца	78,4±54,7	29,0±1,9	<0,001	<0,001
7	Измерение А/Б	76,2±53,1	54,7±3,7*	<0,001	<0,001
8	Изучите пульс	42,0±28,9	28,3±1,9*	<0,001	>0,05
9	Пальпация желудка	36,5±2,5	28,5±1,9*	<0,001	>0,05
10	Перкуссия печени	31,3±2,1	16,88±1,1	>0,05	>0,05
11	Пальпация печени	27,4±1,8	14,5±9,5*	>0,05	<0,001
12	Пальпация кишечника	49,5±3,4	26,±1,7**	>0,05	>0,05
13	Обнаружение опухоли	22,3±1,5	10,9±7,0	>0,05	<0,05
14	Перкуссия почки	24,0±1,6	10,6±6,7*	>0,05	<0,001
15	Общее количество предметов на 100 пациентов	59,1±4,1	32,5±2,2*	>0,05	<0,001
16	Коэффициент активности	5,93±3,4	3,32±1,6*	>0,05	<0,001
Примечание. Эта цифра указана на 100 госпитализированных пациентов. Индекс интенсивности p±m, репрезентативная ошибка, p>0,05, **-p<0,01. * p — оценка вероятности(вероятность безошибочного прогноза)					

Таблица 3.6.3 – Качество физикального обследования терапевтических больных

№	Текшерүү элементтери	ОРВИ, грипп		Бронхит пневмония		Гипертоническая болезнь		ИБС		ЯБЖ, гастрит		Другие	
		ҮБД	Тер	ҮБД	Тер	ҮБД	Тер	ҮБД	Тер	ҮБД	Тер	ҮБД	Тер
1	Исследование кожи и подкожно-жировой клетчатки.	13,7	2,6	3,7	3,4	10,4	1,8	12,8	2,5	14,0	3,2	11,7	5,0
2	Осмотр полости рта	78,9	56,5	58,0	42,4	34,8	14,3	36,0	16,3	84,9	51,2	32,1	27,5
3	Перкуссия легких	74,0	62,3	82,4	79,0	52,0	27,6	57,1	30,2	37,1	18,4	30,5	25,3
4	Аускультация легких	96,7	83,1	100,0	99,4	67,5	41,3	70,5	47,3	65,9	33,3	56,6	58,6
5	Перкуссия сердца	48,1	32,1	64,1	56,4	72,8	52,7	77,6	44,0	38,7	27,0	41,9	32,7
6	Аускультация сердца	72,0	67,5	89,0	75,9	93,0	76,4	99,3	85,2	67,1	45,5	50,9	61,9
7	Измерение А/Б	65,1	55,7	68,7	60,1	100,0	95,0	100,0	100,0	71,7	49,6	63,1	65,9
8	Изучите пульс	27,0	12,1	28,3	13,9	60,5	25,5	62,7	30,6	22,8	8,1	21,7	15,4
9	Пальпация желудка	11,3	3,9	17,5	12,4	11,0	5,8	24,8	10,0	79,7	56,9	9,8	7,3
10	Перкуссия печени	9,0	2,7	18,1	16,0	6,7	3,8	35,0	28,7	72,3	47,0	8,6	5,8
11	Пальпация печени	16,1	7,4	17,5	14,4	23,8	12,3	32,4	18,6	87,8	53,6	20,3	12,4
12	Пальпация кишечника	8,6	3,9	16,7	13,2	18,0	6,2	24,1	11,4	69,7	43,9	9,3	8,1
13	Обнаружение опухоли	8,0	4,1	7,9	3,4	13,1	8,9	21,3	12,7	12,5	7,0	9,7	6,9
14	Перкуссия почки	2,6	1,9	2,8	1,3	36,7	10,0	38,9	14,3	14,6	11,6	10,1	4,9
15	Общ. Кол-во элементов на 100 пациентов	530,6	395,6	574,7	491,2	600,3	380,9	692,5	451,8	738,8	456,3	376,3	337,7
16	Коэффициент активности	5,3	4,0	5,4	4,9	6,0	3,8	6,6	4,5	7,4	4,6	3,8	3,4

Примечание: УБД – Семейный врач, Тер-терапевт. Процент на 100 принятых пациентов.

По полученным данным, по сравнению с терапевтами, видно, что показатель семейных врачей выше.

У СВ: аускультация сердца -77,9, А/Д измерение -76,3, аускультация легких 65,8, Т - аускультация сердца -61 и аускультация легких -58.

Общее количество анализов СВ составило 590, что значительно превышает аналогичный показатель у терапевтов. А в повторных случаях одному пациенту соответствовало 5,9 элемента, что составляло коэффициент 3,3.

Таким образом, количественный показатель качественной характеристики опроса пациентов районных терапевтов составил в среднем 342,9 на 100 поступивших больных, т.е. На одного пациента приходилось 3,4 элемента, а на семейных врачей – 458,4 элемента, коэффициент активности составил 4,6.

Стало известно, что показатели качества обследования на момент первого обращения пациента в Службу здравоохранения у семейных врачей в полтора раза выше, чем у терапевтов. Например: прослушивание сердца и легких, измерение артериального давления. А у терапевтов ЦОВП проводилась только аускультация сердца и легких. Исследование показало, что врачи ЦОВП не разъясняли должным образом назначенные им препараты при приеме больного и не выполняли их другие элементы обследования.

### **3.7. Повышение качества терапевтической помощи в семейной медицине.**

Для повышения качества терапевтической помощи нами разработаны рекомендации по клинической технологии лечебно-диагностического процесса, карте обследования пациента, рациональному использованию рабочего времени:

Основой клинической технологии лечебно-диагностического процесса является свод правил диагностики всех заболеваний, т.е. это универсальная система. В терапии: 1) опрос; 2) проверка; 3) пальпация; 4) перкуссия; 5) включает методы аускультации.

Какой бы метод скрининга пациентов ни разрабатывался, он всегда начинается с опроса. Опрос – важнейший и сложный метод исследования, с помощью которого можно определить около 60% всех заболеваний.

Опрос пациентов, как и любое другое обследование, должен проводиться объективно. Нами предложена конкретная процедура проведения обследования, которая освобождает врача от необходимости следить за тем, чтобы он ничего не упустил, и позволяет ему сосредоточиться на полученной информации. На основе общей схемы обследования, учитывая потребности врачей в диагностической информации и логику медицинского наблюдения, нами предложена схема обследования в зависимости от случая наблюдения (табл. 3.7.1).

3.7.1-таблица. Схема опроса терапевтических больных в амбулаторных условиях.

№	Элементы опроса	Первичный		Повторное		заключительное	
		Острый	Хронический	Острый	Хронический	Острый	Хронический
1	Выслушивание жалоб пациента на его болезнь	+	+	+	+	-	+
2	Обследование симптомов	+	+	+	+		+
3	Продолжительность болезни	+	-	-	-	-	-
4	Причины заболевания	+	-	-	-	-	-
5	Время, последовательность и обстоятельства появления симптомов	+	+				
6	Обсудить варианты лечения	+	+	+	+	+	+
7	Изменения во время болезни	-	-	+	+	-	+
8	Результаты предыдущих исследований		+				
<i>Примечание: «+» — обязательный элемент, «-» — необязательный элемент.</i>							

Следует отметить, что при последнем обследовании больных, страдающих хроническими заболеваниями, рекомендуется определять остаточные симптомы заболевания и степень их выраженности, что позволяет лучше оценить динамику течения необходимого контроля. осмысление и ознакомление с результатами проведенного исследования. Разговор последнего дня должен включать профилактические рекомендации.

Обсуждать личные проблемы пациента разрешается только в случае проявления с его стороны инициативы. Не занимайтесь другими делами во время разговора. Опрос пациентов является новейшим этапом технологии амбулаторной помощи, и в будущем мы предлагаем называть ее амбулаторной технологией.

Следующий этап терапевтической помощи включает подбор лабораторно-инструментальных методов. При выполнении данной работы нами предложена карта обследования пациента, включающая в себя информацию для диагностики, экспертные заключения, проведение инструментальных исследований, план лечебно-профилактических мероприятий с учетом организации работы и оснащения клиник современными диагностическими средствами.

Информация для внесения в карту подготавливается заранее. Он содержит: сведения о длительности заболевания, причинах и факторах, способствующих его развитию, наличии хронического заболевания; заболевания в анамнезе; жалобы на общее состояние; нарушения функции

некоторых органов и систем организма, их характер, интенсивность, продолжительность; данные физикального обследования с группировкой признаков по отдельным органам и системам организма; Определяются сведения о профессии, возрасте, условиях труда и быта, вредных привычках.

Важно использовать стандартизированные формы для направления на исследования и лечение, чтобы сократить время, затрачиваемое врачом на ведение медицинской документации. Наблюдения показывают, что на каждые 100 обращений средняя частота обращений составляет 26 раз со стороны врача и 48 раз со стороны медсестры. На оформление обращения уходит в среднем 1,5 минуты.

С учетом того, что пациенту необходимо объяснить, куда и в какой кабинет ему следует прийти, как подготовиться к обследованию, неоправданные затраты рабочего времени существенно возрастают.

Чтобы исключить подобные негативные явления, мы рекомендовали использовать стандартные формы направления. Лицевая сторона каждой формы направления состоит из двух частей.

В первой части медсестра пишет фамилию, имя пациента, номер медицинской карты, адрес, а также фамилию врача и дату приема. Вторая часть призвана дополнить результаты исследования вспомогательных диагностических услуг. На оборотной стороне бланка будет помещена записка для пациента, содержащая информацию о правилах подготовки к исследованию, месте и времени его проведения. Наличие таких бланков полностью освобождает врача от написания инструкций и экономит время медицинской сестры.

За счет рационализации работы врачей необходимо сократить время ведения амбулаторной медицинской документации, которое составляет в среднем 35% времени приема больных. Для этого рекомендуется использовать приложения к медицинской карте, что позволяет существенно сократить расходы (на 20%) за счет акцентирования внимания на указанных в них симптомах и внесения недостающих в специально выделенные строки.

## **ЗАКЛЮЧЕНИЕ:**

1. По данным исследования заболеваемости населения в службах первичной медицинской помощи, распространенность заболевания среди наблюдаемых пациентов старше 50 лет увеличилась с 88,7 в 2017 году до 208,1 в 2020 году на 100 больных. По данным исследований, второе место заняли болезни органов дыхания - сосудистые заболевания, третье место - ишемическая болезнь сердца и четвертое - цереброваскулярные заболевания. Установлено, что 15,9% прошедших общее обследование были здоровы, 20,3% - практически здоровы, 3,4% имели компенсированную форму заболевания, 0,1% - декомпенсированную

форму заболевания.

2. При обследовании терапевтических больных в центре общей практики он дал средний коэффициент 5,4 для заболеваний органов дыхания, коэффициент активности при этом же заболевании был равен 7,3 и выше у терапевтов на 1,9. 3,9 и 4,5 б.а. при гастрите и язвенной болезни желудка, коэффициент активности у семейных врачей в 1,5 раза выше, чем у районных терапевтов.

3. Проблемы с организацией профилактического медицинского осмотра детей: в Кыргызстане не выделяются средства семейным врачам для проведения профилактического медицинского осмотра школьников, что ограничивает возможности проведения профилактической работы в средних образовательных и дошкольных учреждениях. Необходимо разработать положение о профилактической медицинской помощи детям и внести изменения в соответствующие нормативно-правовые документы.

3. Разработанные методы позволяют рационально использовать имеющиеся ресурсы для обеспечения здоровья населения. Оно может быть использовано при реализации Государственных программ по охране здоровья населения, в том числе по снижению смертности, заболеваемости и инвалидности в Кыргызстане.

4. Типовые направления, готовые рецепты, рекомендации по диетотерапии, организационно-технологические мероприятия, оценка качества работы терапевтов, «Хронограммы» для экономии рабочего времени врача, разработанное методическое пособие «Терапевтическая помощь в семейной медицине». «Для профилактики и лечения заболеваний. Повышает эффективность».

### **СПИСОК ОПУБЛИКОВАННЫХ РАБОТ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ:**

1. **Исраилова, Д. К.** Кыргыз Республикасынын Ош облусундагы жалпы үй-бүлөлүк дарыгерлер практикасындагы респиратордук оорулуулардын көрсөткүчтөрү / Д. К. Исраилова // Наука, новые технологии и инновации Кыргызстана. – 2021. – No. 9. – P. 69-71. То же: [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://elibrary.ru/item.asp?id=48219342>

2. **Исраилова, Д. К.** Жалпы (үй-бүлөлүк) дарыгерлер практикасындагы терапевттерге кайрылган оорулуулардын түзүмү жана таралышы / Д. К. Исраилова, Г. А. Аскарбекова // Известия ВУЗов Кыргызстана. – 2021. – No. 5. – P. 39-42. То же: [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://elibrary.ru/item.asp?id=48220827>

3. **Исраилова, Д. К.** Состояние здоровья первого и второго поколения лиц, пострадавших от радиации / [Р. А. Алдашукуров, А. С. Абдыкарова, Д. К. Исраилова и др.] // Бюллетень науки и практики. – 2022. – Т. 8, № 1. – С. 107- 113. – DOI 10.33619/2414-2948/74/15. То же: [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://elibrary.ru/item.asp?id=47789257>

4. **Исраилова, Д. К.** Баштапкы медициналык санитардык жардамдын көлөмүн пландоонун ыкмалары / Г. А. Аскарбекова, Д. К. Исраилова, А. А. Шамшиев [etal.] // Илим. Билим. Техника. – 2022. – No. 2(74). – P. 91-94. То же: [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://elibrary.ru/item.asp?id=49535840>

5. **Исраилова, Д. К.** Жалпы (үй-бүлөлүк) дарыгерлер практикасына адистерди даярдоо / Д. К. Исраилова, Г. А. Аскарбекова, А. А. Шамшиев, Ы. А. Алдашукуров // Вестник Ошского государственного университета. – 2022. – No. 3. – P. 38-43. То же: [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://elibrary.ru/item.asp?id=49544748>

6. **Исраилова, Д. К.** Үй-бүлөлүк медицинада профилактикалык текшерүү маселеси / Д. К. Исраилова, Г. А. Аскарбекова, А. А. Шамшиев // Вестник Кыргызско-Российского Славянского университета. – 2022. – Vol. 22, No. 9. – P. 175-179. То же: [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://elibrary.ru/item.asp?id=49828790>

7. **Исраилова, Д. К.** Баштапкы медициналык–санитардык жардамды өнүктүрүүдө медайымдардын орду / Д. К. Исраилова, Г. А. Аскарбекова, Ы. А. Алдашукуров // Наука, новые технологии и инновации Кыргызстана. – 2024. – № 2. – 74-77-бб. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=72311039>

8. **Исраилова, Д. К.** Трудно быть идеальным врачом в современном мире? / Д. К. Исраилова, Т. М. Мамаев, М. К. Сейдалиева // Сборник научных трудов. Международный научно-практической конференции интеграция теории, образования и науки с прикладной медициной. 22-23-июнь, 2023г. Г.Ош. То же: [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://conf.medfak-30.oshsu.kg/>

9. **Исраилова, Д. К.** Ош аймагындагы дарыгердик жардамды социалдык изилдөө (пациенттердин баасы). / Д. К. Исраилова, Т. М. Мамаев, М. К. Сейдалиева // Сборник научных трудов. Международный научно-практической конференции интеграция теории, образования и науки с прикладной медициной. .Ош. 22-23-июнь, 2023г. То же: [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://conf.medfak-30.oshsu.kg/>.

10. **Исраилова, Д. К.** Амбулатордук кабыл алуудагы терапиялык жардамдын сапатын жогорулатуунун багыттары / Д. К. Исраилова, Ы. А. Алдашукуров, А. Б. Боронбаев, Ж. А. Кыдыршаева, З. А. Борончиева // Ош мамлекеттик университетинин Жарчысы. № 3 (2024). 1-12 бб. То же: [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=72337896>

11. **Исраилова, Д. К.** Үй-бүлөлүк медицинадагы терапиялык жардамдын сапатын жогорулатуу/ Д. К. Исраилова, Ы. А. Алдашукуров // XIII International Scientific and practical conference “SCIENCE and TECHNOLOGIES”. г. Астана, Казахстан, 2024. – С. 3-9. То же: [Электронный ресурс]. – Режим

доступа: <https://cyberleninka.ru/article/n/napravlenii-po-povysheniyu-kachestva-terapevticheskoy-pomoschi-v-ambulatornyh-priemah>

12. **Исраилова, Д. К.** Оценка качества самоконтроля у больных сахарным диабетом для профилактики осложнений заболевания у / А. А. Шамшиев, Т. М. Мамаев // Вестник Кыргызско-Российского Славянского университета. – 2024. – Том 24, № 9. – С. 132-137. <http://vestnik.krsu.edu.kg/>

**Исраилова Дарыгул Кубанычбековнанын 14.02.03 – коомдук ден соолук жана саламаттыкты сактоо адистиги боюнча медицина илимдеринин кандидаты илимий даражасын изденип алуу үчүн «Жалпы үй-бүлөлүк дарыгерлер практикасында терапиялык жардам берүүнү уюштуруудагы көйгөйлүү маселелер» (Кыргыз республикасынын түштүк аймагынын мисалында) аталыштагы жазылган диссертациясынын**

### **РЕЗЮМЕСИ**

**Негизги сөздөр:** үй-бүлөлүк медицина, терапия, оорулуулук, дарыгер, гипертония, ишемия, ашказан жарасы, гастрит, кан басым.

**Изилдөөнүн объектиси:** үй-бүлөлүк медицина.

**Изилдөөнүн предмети:** жалпы практикалык дарыгерлер борборундагы (үй-бүлөлүк медицинадагы) терапиялык жардам.

**Изилдөөнүн максаты.** Амбулатордук деңгээлде көрсөтүлүүчү медициналык жардамды комплекстүү изилдөөнүн негизинде терапиялык жардамды оптималдаштыруу жана анын сапатын, натыйжалуулугун жогорулатууга багытталган илимий негизделген чараларды иштеп чыгуу.

**Изилдөө ыкмалары:** аналитикалык, статистикалык, социологиялык (анкетирлөө), клиникалык, эксперттикбаалоожанаэксперименталдык.

**Алынган жыйынтыктар жана алардын жаңылыгы.**

Ош облусунун калкынын мониторингте алынган ооруларынын түзүмүнө жана өлүмүнүн деңгээлине талдоо жүргүзүлүп, анын негизинде БМСЖ дагы терапиялык жардамдын уюштурулушу, кадрдык потенциалы аныкталды. Жалпы дарыгерлер практикасындагы үй-бүлөлүк дарыгерлерди үзгүлтүксүз билим берүү системасы аркылуу квалификациясын өркүндөтүү, калкка көрсөтүлгөн терапиялык жардамдын сапатын жогорулатаары негизделген.

Терапиялык бейтаптарды амбулатордук кабыл алуудагы дарыгерлердин иштөө технологиясын (максаттуу анамнез, тереңдетилген физикалык текшерүү жана сурамжылоо, ар бир оорулууга анын дарылоосуна, диетасына карата сунуштар) ишке киргизүү терапиялык жардамдын сапатын жогорулатууга мүмкүндүк берди. Амбулатордук деңгээлдеги терапиялык кызматтын сапатын жогорулатуу боюнча илимий жактан негизделген сунуштардын комплекси иштелип чыкты жана практикага киргизилди.

**Колдонуу тармактары:** коомдук ден соолук жана саламаттыкты сактоо, медайымдык иш.

## РЕЗЮМЕ

**диссертационной работы Исраилова Дарыгуль Кубанычбековны на тему «Актуальные вопросы организации терапевтической помощи в практике семейных врачей общей практики» (на примере южного региона Кыргызской Республики» на соискание ученой степени кандидата медицинских наук по специальности 14.02.03 – общественное здоровье и здравоохранение**

**Ключевые слова:** семейная медицина, терапия, заболеваемость, врач, гипертоническая болезнь, ишемия, язвенная болезнь желудка, гастрит, артериальное давление.

**Объект исследования:** семейная медицина.

**Предмет исследования:** терапевтическая помощь в центре общей врачебной практики (семейной медицины).

**Цель исследования.** Оптимизация терапевтической помощи на основе комплексного изучения медицинской помощи, оказываемой на амбулаторном уровне и разработка научно-обоснованных мероприятий, направленных на повышение ее качества и эффективности.

**Методы исследования:** аналитические, статистические, социологические (опрос), клинические, экспертно-оценочные и экспериментальные.

**Полученные результаты и их новизна.**

Проведен анализ структуры наблюдаемых заболеваний и уровня смертности населения Ошской области, на основе которого определена организация терапевтической помощи в первичном звене, кадровый потенциал.

Оно основано на том, что повышение квалификации семейных врачей общей практики через систему непрерывного образования позволит повысить качество терапевтической помощи, оказываемой населению. Внедрение технологии работы врачей при амбулаторном приеме терапевтических больных (прицельный сбор анамнеза, углубленный физикальный осмотр и опрос, рекомендации по лечению каждого больного, диете) позволило повысить качество терапевтической помощи. Разработан и внедрен в практику комплекс научно обоснованных рекомендаций по повышению качества амбулаторно-поликлинической терапевтической помощи.

**Область применения:** общественное здоровье и здравоохранение, сестринское дело.

### SUMMARY

**dissertation work of IsrailovaDarygulKubanychbekovna on the topic “Topical issues of organizing therapeutic care in the practice of family general practitioners” (on the example of the southern region of the Kyrgyz Republic) for the degree of candidate of medical sciences in the specialty 14.02.03 - public health and health care**

**Key word:** family medicine, therapy, morbidity, doctor, hypertension, ischemia, gastric ulcer, gastritis, blood pressure.

**Object of study:** family medicine.

**Subject of study:** therapeutic care in the center of general medical practice (family medicine).

**Purpose of the study:** Optimization of therapeutic care based on a comprehensive study of medical care provided at the outpatient level and the development of evidence-based measures aimed at improving its quality and effectiveness.

**Research methods:** analytical, statistical, sociological (survey), clinical, expert evaluation and experimental.

**The results obtained and their novelty.** An analysis of the structure of observed diseases and the mortality rate of the population of the Osh region was carried out, on the basis of which the organization of therapeutic care in primary care and human resources were determined. It is based on the fact that improving the qualifications of family general practitioners through a system of continuing education will improve the quality of therapeutic care provided to the population. The introduction of technology for the work of doctors during outpatient visits to

therapeutic patients (targeted history taking, in-depth physical examination and questioning, recommendations for treatment of each patient, diet) made it possible to improve the quality of therapeutic care. A set of scientifically based recommendations to improve the quality of outpatient therapeutic care has been developed and put into practice.

**Scope:** public health and health care.

Формат бумаги 60x90/16. Объем 1,5п.л.

Бумага офсетная. Тираж 50 экз.

Отпечатано в ОсОО «Соф Басмасы» 720020, г.Бишкек, ул.

Ахунбаева, 92