# КЫРГЫЗСКАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ имени И. К. АХУНБАЕВА

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

Диссертационный совет Д 14.23.690

На правах рукописи

**УДК 614.2:616-085(575.22)**

**ИСРАИЛОВА ДАРЫГУЛ КУБАНЫЧБЕКОВНА**

**ПРОБЛЕМЫ 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-2025

**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:

## Доктор медицинских наук, профессор Абилов Болот Арипович

## Доктор медицинских наук,

## профессор кафедры клинической

## медицины международного университета

## медицины и науки Буларкиева Элиза Алымкуловна

**Ведущая организация:** Федеральное государственное бюджетное научное учреждение «Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья имени Н.А. Семашко», Департамента «Общественного здоровья и здравоохранения» (105064, Российская Федерация, г. Москва, ул. Воронцово Поле, д. 12)

Защита диссертации состоится «25» сентября 2025 года в 13.00 часов на заседании диссертационного совета Д 14.23.690 по защите диссертации 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), Кыргызско-Российского Славянского университета им. Б. Н. Ельцина (720000, г. Бишкек, ул. Киевская, 44) и на сайте <https://vak.kg>

Автореферат разослан «25» июля 2025 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 по укреплению здоровья и профилактике заболеваний, а также усилия по борьбе с факторами, способствующими ухудшению здоровья (ВОЗ, 2023).

На сегодняшний день большое внимание уделяется разработке и внедрению новых технологий ведущих к повышению качества медицинской помощи, ее доступности и эффективности (В. И. Стародубов и соавт., 2015).

Продолжительность рабочего времени врачей первичной медико-санитарной помощи в учреждениях (поликлиниках) ограничена четырьмя часами, а при подворовом обходе — двумя часами. Такой график приводит к длинным очередям пациентов в центрах семейной медицины. Кроме того, нехватка кадров, особенно в сельской местности, свидетельствует об отсутствии оптимальной и своевременной организации медицинской помощи (М. Т. Калиев, 2019).

Ряд работ за рубежом и в Кыргызстане посвящены изучению различных аспектов деятельности семейных врачей (Р. С. Гаджиев и соавт., 2021; А. Г. Гаибов и соавт., 2019; М. М. Каратаев и др., 2017; Э. Барбацца и соавт., 2019).

Однако до настоящего времени не разработаны факторы, влияющие на объем, технологию и качество терапевтической помощи в системе первичной медико-санитарной помощи населению на амбулаторно-поликлиническом уровне, экономические аспекты и критерии оценки терапевтической помощи.

Вышеперечисленные проблемы обусловили необходимость комплексного изучения терапевтической помощи в первичном звене здравоохранения и на этой основе послужили 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.** Научно-методическое обоснование оптимизации терапевтической помощи в первичной медико-санитарной помощи, направленные на повышение ее качества и эффективности.

## Задачи исследования:

## 1. Изучить динамику основных классов заболеваний на амбулаторном уровне в Ошской, Джалал-Абадской и Баткенской областях Кыргызской Республики.

## 2. Оценить эффективность работы врачей семейной медицины путём исследования объёма, характера и особенностей организации амбулаторно-поликлинической помощи.

## 3. Провести комплексный сравнительный анализ организации труда, качества медицинской помощи и профилактической деятельности врачей общей практики в условиях амбулаторного приёма пациентов.

## 4. Разработать, внедрить в клиническую практику и оценить эффективность организационно-технологических подходов в терапевтической помощи, направленных на повышение качества ведения пациентов с мониторируемыми заболеваниями в условиях первичной медико-санитарной помощи (ПМСП).

## Научная новизна полученных результатов:

1. Впервые, с учётом социально-инфраструктурных факторов влияющие на состояние здоровья выявлена региональная специфика и динамика заболеваемости населения южного региона Кыргызстана (Ош, Джалал-Абад, Баткен). Установлено, что болезни системы кровообращения, мочеполовой системы и органов дыхания сохраняют лидирующие позиции, но их динамика имеет выраженные колебания, связанные с пандемией COVID-19 (2020–2021 гг.).

2. Впервые определены особенности организации амбулаторно-поликлинической помощи, оказываемой врачами семейной медицины. При первичном приёме пациентов с терапевтическими заболеваниями (выслушивание жалоб, анализ симптомов и причин заболеваний) по сравнению с терапевтами (бывшие педиатры, акушеры-гинекологи) семейные врачи (бывшие терапевты) принимали качественно.

3. На основе системного подхода проведено комплексное исследование, направленное на повышение качества и эффективности деятельности врачей общей практики, в результате которого получена качественно новая, ранее неизвестная информация, необходимая для совершенствования технологии работы и труда этих специалистов.

4. Разработанные и внедренные в практическую медицину – организационно-технологические подходы по оптимизации терапевтической службы в семейной медицине улучшило качество ведения больных с мониторируемыми заболеваниями.

Результаты работы вносят вклад в развитие доказательной базы для реформирования ПМСП в странах с аналогичными социально-экономическими и инфраструктурными вызовами.

**Практическая значимость полученных результатов.** В результате диссертационной работы материалы исследования использованы и внедрены в практическую медицину организационно-технологические подходы по оптимизации терапевтической службы в семейной медицине и методическое пособие «Повышение качества и эффективности терапевтической помощи в семейной медицине», содержащее мероприятия и практические рекомендации, направленные на повышение качества и эффективности терапевтической помощи на амбулаторно-поликлиническом уровне.

Для рационального использования рабочего времени врачей были разработаны и внедрены в практическую медицину «Хронокарты», включающие стандартные направления, рекомендации по диете, организационно-технологические мероприятия, экспертную оценку качества работы врачей.

Результаты исследования внедрены в практическую медицину центра семейной медицины Ноокатского района Ошской области (акт от 20.05.2024 г.), центра семейной медицины Сузакского района Джалал-Абадской области (акт от 29.04.2024 г.) и в центр семейной медицины города Ош (акт от 21.10.2024).

Теоретические материалы внедрены в учебный процесс кафедры общественного здравоохранения медицинского факультета Ошского государственного университета (акт от 22.05.2024 год).

## Основные положения, выносимые на защиту:

 1. В динамике основных классов заболеваний на амбулаторном уровне в Ошской, Джалал-Абадской и Баткенской областях Кыргызской Республики за анализируемый перод отмечается увеличение темпа роста заболеваний (органы кровообращения, мочеполовой и дыхательной системы.) которые занимают лидирующие места. За 2021 год наблюдался резкое увеличение заболеваний органов дыхания. Такой прирост свидетельствует о последствии пандемии COVID-19.

 2. При оценке деятельности врачей первичной медико-санитарной службы выявлены неполноценное выполнение лечебно-диагностических процессов (опрос, осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация).

 3. При анализе профилактической деятельности врачей общей практики выявлены не соответствующие межведомственные согласования со стороны минобороны, минобразования с министерством здравоохранения. Установлено нерациональное использование рабочего времени.

 4. Разработанная технология опроса, обследования пациентов и рациональное использование рабочего времени семейных врачей при внедрении на практическую медицину в амбулаторно-поликлинических условиях дали положительные результаты.

 В результате исследования предложенные методики и обучающие программы по совершенствованию терапевтических услуг позволят оптимизировать работу врачей, обеспечить качественное лечение пациентов и повысить эффективность работы системы здравоохранения в целом.

 **Личный вклад** **соискателя.** Автором проанализированы источники отечественной и зарубежной литературы. Исследователь провел обзор деятельности учреждений первичной медико-санитарной помощи Ошской, Джалал-Абадской и Баткенской областей, провел специальные индивидуальные опросы, разработана методология научного исследования, осуществлен набор материала, статистическая обработка материала, интерпретация и обсуждение результатов, формулировка положений, выносимых на защиту, выводов и практических рекомендаций. Автором проведен факторный анализ необходимых количественных параметров обобщенных материалов. Автором изучены результаты организации лечения больных с мониторируемыми заболеваниями.

**Апробации результатов диссертации.** Основные результаты исследования доложены и обсуждены на: международной научной конференции «Интеграция теории, знания и науки с практической медициной», посвященной 30-летию медицинского факультета Ошского государственного государственного университета г. Ош, 22-23 июня 2023 г. (Ош, 2023); межкафедральном заседании кафедры общественное здравоохранение Ошского государственного университета г. Ош, 18 июня 2024 г. (Ош, 2024); международной научно-практической конференции «Использование высоко инновационных технологий в профилактической медицине» г. Андижан, 30 апреля 2024 г. (Андижан, 2024).

**Полнота отражения результатов диссертации в публикациях.**

По теме диссертации опубликовано 14 научных статей, из них 9 – в рецензируемых изданиях, индексируемых системой РИНЦ с импакт-фактором не ниже 0,1.

**Структура и объем диссертации.** Диссертация написана на кыргызском языке, изложена на 151 (156) страницах, состоит из введения, обзора литературы, методологии и методов исследования, 4 глав, заключения, практических рекомендаций и приложения. Диссертация иллюстрирована 19 (24) таблицами и 4 рисунками. Библиографический указатель включает 163 источников, в том числе 33 на иностранных.

# ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ ДИССЕРТАЦИИ

**Во введении** обоснована актуальность проблемы, представлены цель и задачи исследования, указана научная новизна, раскрыта практическая значимость полученных результатов, сформулированы основные положения, выносимые на защиту.

**ГЛАВА 1 «АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ В ОРГАНИЗАЦИИ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ (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.** В ходе научной работы было проведено комплексное исследование, включающее деятельность центров семейной медицины и врачей Ноокатского района Ошской области КР, центров семейной медицины Сузакского района Джалал-Абадской области, центров семейной медицины и врачей города Ош.

При экспертной оценке качества терапевтической помощи, оказанной врачами общей практики и семейными врачами, завершено 415 случаев амбулаторного лечения терапевтических больных.

 Было собрано и проанализировано 204 анкеты населения относительно качества медицинской помощи, оказываемой врачами общей практики (семейными врачами).

 Изучена организация труда 90 семейных врачей, общее количество изученных часов составило 3255 часов (465 рабочих дней).

 В экспериментальных условиях было зафиксировано 50 врачей, общее количество рабочих часов которых составило 1735 часов (249 рабо чих дней).

 Все врачи были условно разделены на две группы. 1-группу «Семейные врачи» составили бывшие терапевты, прошедшие переквалификацию по «Семейной медицине». Во вторую группу «Терапевты» вошли врачи педиатры и акушер гинекологи, прошедшие специализацию по «Семейной медицине».

 Объем и характер амбулаторной помощи, оказываемой врачами общей практики изучались на основе данных годовых статистических отчетов 12-ЗДРАВ, 12-НСК.

 **2.2. Методология приема пациентов.** При изучении использования рабочего времени семейного врача использовали метод хронометража. Для этого использовался лист наблюдений, куда хронометражисты заносили результаты наблюдений и отмечали время начала и окончания каждого элемента работы. Сочетание этих методов позволило получить достоверную, полную и комплексную информацию о распределении рабочего времени врачей общей практики (семейных врачей).

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

**2.4. Методы исследования.** В научной работе использовались следующие методы: аналитический, ретроспективный, статистический, социологический (анкетирование), экспертное мнение, организационная модель. Рассчитаны относительные величины и показатели динамического ряда. Достоверность различий между группами определялась с помощью параметрического t-критерия Стьюдента, репрезентативной ошибки, расчета критерия надежности безошибочного прогноза и коэффициента согласия. Все данные обрабатывались на компьютере с использованием приложения Microsoft-Statistica 6.0, программного обеспечения Microsoft Excel и программного обеспечения SPSS (IBM Inc, США, версия 23).

**ГЛАВА 3 «ПОКАЗАТЕЛЬ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ НАСЕЛЕНИЯ В ЮЖНОМ РЕГИОНЕ КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ».**

**3.1. Динамика распространенности основных классов болезней в южном регионе Кыргызской Республики.** В течение анализируемого периода (2019–2023 гг.) структура заболеваемости населения Ошской области характеризовалась устойчивым преобладанием болезней органов кровообращения. В 2019 году уровень заболеваемости органов кровообращения составил 5232,3 на 100 тыс. населения. В 2020 году произошло снижение на -31,2%, до 3601,2%000, что, вероятно, связано с резким сокращением обращаемости в период пандемии. В 2021 году отмечен незначительный прирост на +1,7% (до 3664,0%000). В 2022 году зафиксирован существенный прирост на +25,5%, до 4598,4%000. В 2023 году вновь наблюдалось снижение на -14,8%, показатель составил 3920,0%000. Уровень болезней мочеполовой системы в 2019 году снизился с 3314,2%000 до 2125,6%000, в 2020 году на -35,9%, но в 2021 году (2773,7%000) и 2022 году (3247,2%000) выявлен рост на +30,5% и +17,1%, соответственно, который сменился в 2023 году снижением до 2746,6%000 на -15,4%.

При сравнении распространения основных классов заболеваний среди населения в областях Ош, Баткен и Жалал-Абад, заболевания системы кровообращения во все годы занимают 1-е место. На втором и третьем местах в структуре заболеваемости варьировали болезни органов дыхания, мочеполовой системы, а также патологии, связанные с беременностью и родами. Во всех трех регионах зафиксированы волнообразные изменения показателей, особенно выраженные в 2020 и 2023 годах, что связано с влиянием пандемии COVID-19 и демографическими сдвигами. Полученные результаты имеют практическую значимость для регионального планирования и оптимизации профилактических и лечебно-диагностических мероприятий в системе здравоохранения.

**3.2. Изучение потребности населения в медицинских профилактических услугах.** Проведено анкетирование с целью изучения потребности населения в медицинских профилактических услугах в 4-х филиалах ЦСМ города Ош. Всего было опрошено 204 человек (97 мужчин и 107 женщин).

Большинство респондентов знают уровень АД 61,7% (n = 126), (89,0%) знали свой рост (n = 181) и вес 85,4% (n = 174), но менее четверти знают нормы сахара – мужчины 13,4% (n = 13), женщины 15,8% (n = 17), а мужчины 6,1% (n = 6) женщины 6,1% (n = 6) холестерина крови.

Повышенный риск сердечно-сосудистых заболеваний установлен у 28,9% (n = 59) респондентов, особенно среди мужчин. Несмотря на высокий уровень обращаемости в поликлинику, профилактическое консультирование остаётся недостаточным.

Более половины респондентов заинтересованы в обучении через доступные формы просвещения, такие как семинары и информационные материалы.

**3.3. Оценка организации работы по профилактике заболеваний на первичном уровне системы здравоохранения.** Для прохождения профилактических медицинских осмотров работникам учреждений и предприятий необходимо заключить договор с центром семейной медицины, перечислить денежные средства по утвержденному прейскуранту, а затем пройти медицинский осмотр. Эти сотрудники находятся под наблюдением семейного врача по месту жительства, а средства, выделяемые этому лицу государством, перечисляются врачу, обслуживающему его место жительства.

Результаты исследования показывают, что семейным врачам не выделяются средства на проведение медицинских осмотров школьников. В связи с этим возникает необходимость пересмотра и разработки Положения о профилактических медицинских осмотрах детей в общеобразовательных и дошкольных учреждениях.

Анализ структуры заболеваний, выявляемых при профилактических осмотрах, показал, что на первом месте находятся болезни органов кровообращения (IX класс), их уровень составляет 43,5±2,4 (28,6 на 100 обследованных мужчин и 55,9 на 100 обследованных женщин). В структуре выявленных заболеваний болезни костно-мышечной системы (XIII класс) занимают второе место распространенностью 11,8±1,6 на 100 обследованных. На третьем месте находятся болезни органов пищеварения, на долю которых приходится 9,4% с распространенностью 9,3±1,4.

**3.4. Оценка деятельности первичной медико-санитарной помощи.**

В целях оптимизации лечебной работы при оказании первичной медико-санитарной помощи нами был проанализирован процесс работы центров семейной медицины Ноокатского района Ошской области, Сузакского района Джалал-Абадской области и центра семейной медицины города Ош. В ходе исследования были определены способы приема пациентов врачами, типы терапевтических заболеваний и рекомендации, которые врачи дают пациентам. В исследовании эффективности опроса пациентов во время приема семейные врачи опрашивали пациентов более подробно, чем терапевты.

Установлено, что качество обследования при первичном обращении в центр общей врачебной практики (ЦОВП) у семейных врачей в полтора раза выше, чем у терапевтов. Например: прослушивание сердца и легких, измерение артериального давления. Однако терапевты ЦОВП проводили только аускультацию сердца и легких. Исследование показало, что врачи ЦОВП не разъясняли должным образом назначенные пациентам лекарства и не проводили другие этапы собеседования и обследования при их приеме.

**Подготовка** **специалистов семейной медицины.** Анализ 114 анкет врачей общей врачебной практики и врачей, работающих в исследуемых учреждениях, показал, что 45% терапевтов, 35% педиатров, 12% акушеров-гинекологов и 8% других специалистов прошли переподготовку.

Согласно нормативам, один семейный врач в ЦСМ (центр семейной медицины) должен обслуживать 1500–1700 человек. Учитывая, что население Оша превышает 500 000 человек (включая мигрантов), городу требуется минимум 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 специализированные факультеты семейной медицины высших медицинских учебных заведений. Все они — бывшие терапевты, педиатры и акушеры-гинекологи. Потребности страны: при населении свыше 6 млн человек требуется около 4000 семейных врачей. В 2023 году медицинские вузы КР выпустили 6318 специалистов, включая: - ОшГУ — 784 выпускника; Джалал-Абадский ГУ — 774 выпускника. Необходимо создать факультетов семейной медицины во всех медицинских ВУЗах Кыргызстана.

**Финансирование первичной медико-санитарной помощи.** По результатам анализа финансирования общей врачебной (семейной) практики в Кыргызстане, можно сделать следующие выводы: Оплата труда в семейной медицине с начала реформы здравоохранения осуществлялась на основе подушевых выплат, что не позволило в полной мере оптимизировать расходы первичной медико-санитарной помощи.

**ГЛАВА 4 ПОВЫШЕНИЕ КАЧЕСТВА** **ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В СЕМЕЙНОЙ МЕДИЦИНЕ.** На основе материалов исследования разработана технология работы врача в амбулаторно-поликлинических условиях; рациональное использование рабочего времени; улучшить планирование работы врачей; повышение качества медицинской помощи; Разработана система мероприятий, направленных на повышение качества терапевтической помощи путем внесения изменений в методику, включающую показатели оценки работы семейных врачей.

**4.1. Совершенствование технологии работы врачей по** **ведению больных с мониторируемыми заболеваниями.** Основу клинической технологии лечебно-диагностического процесса составляет совокупность правил диагностики всех заболеваний, т.е. это универсальная система. В терапии: 1) опрос; 2) осмотр; 3) пальпация; 4) перкуссия; 5) включает в себя методы аускультации.

На основе общей схемы обследования, с учетом потребностей врачей в диагностической информации и логики врачебного наблюдения нами предложена схема обследования в зависимости от периода наблюдения (таблица 4.1.1).

**Таблица 4.1.1 –** Схема обследования пациентов амбулаторного лечения

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| № | Элементы опроса | Первичный | Повторный | Окончательный |
| острый | хронич | острый | хронич | острый | хронич |
| 1 | Выслушить жалобы пациента | + | + | + | + | - | + |
| 2 | Опрос симптомов | + | + | + | + | - | + |
| 3 | Продолжительность болезни | + | - | - | - | - | - |
| 4 | Причины заболевания | + | - | - | - | - | - |
| 5 | Время, последов-сть и тяжесть симптомов | + | + | - | - | - | - |
| 6 | Объяснение лечебных мероприятий | + | + | + | + | + | + |
| 7 | Изменения в течение болезни | - | - | + | + | - | + |
| 8 | Результаты предыдущих исследований | - | + | - | - | - | - |

Примечание: «+» – обязательный элемент, «-» – необязательный элемент.

Результаты наших наблюдений выявили необходимость ведения переговоров таким образом, чтобы устранить выявленные недостатки, которые в первую очередь касаются формы переговоров и их проведения. Схему беседы с пациентом мы представили в таблице 4.1.2.

**Таблица 4.1.2 –** Схема беседы врача с пациентом на амбулаторном приеме

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| № | Беседа | Первичный | Повторный | Окончательный |
| острый | хронич | острый | хронич | острый | хронич |
| 1 | Обсуждение диагноза | + | + | + | + | - | + |
| 2 | Рекомендации по режиму труда, отдыха, сна | + | + | + | + | - | + |
| 3 | Рекомендации по питанию | + | + | + | + | - | + |
| 4 | Рекомендации по лечению | + | + | + | + | - | + |
| 5 | Обсуждение инструмен-х и лабор-х исследований | - | - | + | + | + | + |
| 6 | Дополнительно | - | - | + | + | *+* | + |
| 7 | Профилактическая беседа | + | - | - | - | *+* | + |
| 8 | Обсуждение личных проблем | + | + | + | + | *+* | + |

Примечание: «+» – обязательный элемент, «-» – необязательный элемент.

Следующий этап терапевтической помощи предполагает выбор лабораторных и инструментальных методов исследования. При выполнении данной работы нами предложена карта обследования больного, включающая сведения для диагностики, обоснования заключений специалистов, инструментальные исследования, план лечебно-профилактических мероприятий с учетом организации работы и оснащенности поликлиник современное диагностическое оборудование.

**4.2. Экспертная оценка эффективности разработанной системы мероприятий по совершенствованию организации и повышению качества медицинской помощи в семейной медицине.**

**4.2.1. Рациональное использование рабочего времени в семейной медицине.** Важно использовать стандартные формы направлений на исследования и лечение, чтобы сократить время, которое врач тратит на оформление медицинской документации. Наблюдения показывают, что частота направлений на каждые 100 посещений составляет в среднем 26 раз от врача и 48 раз от медсестры. Подача направления занимает в среднем 1,5 минуты.

Структура затрат рабочего времени врачей общей практики до и после эксперимента представлена в таблице 4.2.1.1.

**Таблица 4.2.1.1** Структура затрат рабочего времени врачей

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № | Затраченное время | Семейный врач | Терапевт |
| До | После | До | После |
| M±m | M±m |
| 1 | Диагностика и лечение | 44,5±1 | 37,6±0.1 | 42,1±1 | 35,5±1 |
| p=0,001\* | p=0,022\* |
| 2 | Профилактические работы | 10,1±1 | 6,2±1 | 13,4±1 | 6,2±1 |
| p=0,008\* | p=0,0009\* |
| 3 | Подготовка медицинских документов | 31,2±1 | 24,0±1 | 38,0±0,8 | 28,2±1 |
| p=0,009\* | p=0,0002\* |
| 4 | Повышение квалификации | 7,3±0,1 | 7,2±0,1 | 2,6±0,07 | 6,7±0,1 |
| p=0,007\* | p=0,023\* |
| 5 | Для других мероприятий | 11,4±1,1 | 3,2±0,1 | 10,0±1 | 5,1±1,1 |
| p=0,002\* | p=0,004\* |
| 6 | Рабочий перерыв | 6,0±1 | 2,8±1 | 7,7±0,71 | 4,5±0,7 |
| p=0,017\* | p≤0,05 \* |

Примечание: Количество наблюдений = 100. M – среднее, m – стандартное отклонение, p – дисперсия. \*p≤0,05 – значимая разница

Полученные результаты свидетельствуют об изменениях в условиях труда врачей и распределении ими своего времени в течение рабочего дня. В результате экспериментов увеличилось количество видов деятельности, экономящих время (диагностика, лечение, профилактика), а в некоторых случаях увеличилось время, затрачиваемое на профессиональное развитие и другие виды деятельности. Эти данные открывают возможности для оптимизации и улучшения работы врачей.

Можно сделать вывод, что разработанные нами рекомендации по «Рациональному использованию рабочего времени» позволили повысить качество оказания лечебной помощи.

**4.2.2. Повышение качества обследований по мониторируемым болезням.** В результате внедрения мероприятий по повышению качества диспансеризации пациентов по терапевтическим заболеваниям статистически значимо изменились элементы диспансеризации пациентов у семейных врачей (1>9, p<0,001) (таблица 4.2.2.1).

1. По данным опроса по бронхиту и пневмонии, отмечен значительный рост показателей по следующим элементам: - Выявление жалоб: с 82,3 случаев до 97,6 случаев (p=0,0002); - Определение признаков заболевания: с 32,8 до 64,8 случаев (p=2,0); - Выяснение длительности болезни: с 17,1 до 57,3 случаев (p=1,2); - Установление причин болезни: с 4,7 до 48,0 случаев (p=9,15).

Этот рост свидетельствует о значительном прогрессе в клиническом мышлении и диагностических навыках семейных врачей. Высокий уровень распознавания жалоб и симптомов важен как ключевой элемент диагностики.

2. Показатели лечебных мероприятий при бронхите возросли с 61,7 случая до 82,4 случаев (p=1,1). Показатели по остальным элементам улучшились с 3,7 до 16,7 случаев (p=0,0006).

Повышение качества лечения свидетельствует о повышении эффективности медицинских услуг. Это, в свою очередь, повышает доверие пациентов к лечению и помогает им быстрее решать проблемы со здоровьем.

3. Повышение уровня активности.

Коэффициент активности (КА) до эксперимента в среднем составлял 2,3, а после эксперимента достиг 4,2 (p=2,0). Это свидетельствует о повышении эффективности во всех аспектах.

Таким образом, отмечается, что использование предлагаемой технологии позволяет врачам вести последовательную и эффективную беседу с пациентом. Об этом изменении свидетельствует рост показателей в элементах исследования по отдельным заболеваниям.

**Таблица 4.2.2.1 –** Оценка качества опроса мониторируемых терапевтических заболеваний (на 100 пациентов)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № | Элементы опроса | Бронхит, пневмония | Гипертон болезнь | ИБС | Язвенная болезнь желудка, 12-перстной кишки |
| До | После | До | После | До | После | До | После |
| M±m | M±m | M±m | M±m |
| 1 | Выявление жалоб | 82,3±0,6 | 97,6±1 | 89,6±1,05 | 100,0±0,95 | 91,0±0,9 | 100,0±0,9 | 84,5±1,2 | 100,0±0,9 |
| p=6,3 | p=0,0002 | p=0,0004 | p=8,5 |
| 2 | Определение признаков болезни | 32,8±0,9 | 64,8±0,9 | 16,0±1,1 | 67,1±1,0 | 31,2±0,9 | 78,6±1,4 | 28,0±1,0 | 72,9±1,0 |
| p=2.0 | p=5,2 | p=1,5 | p=7,3 |
| 3 | Длительность болезни | 17,1±1,0 | 57,3±1,0 | 29,7±1,0 | 98,9±1 | 51,0±1,0 | 100,0±0,9 | 57,2±1,1 | 100,0±0,9 |
| p=1,2 | p=1,3 | p=5,4 | p=8,6 |
| 4 | Причины болезни | 4,7±1 | 48,0±1 | 6,8±1 | 64,5±2,2 | 11,4±1,1 | 76,3±2,0 | 14,1±1,3 | 82,8±1,7 |
| p=9,15 | p=2,6 | p=1,28 | p=9,4 |
| 5 | Факторы риска | 28,7±1,0 | 52,9±0,9 | 32,1±0,7 | 86,2±1,0 | 46,9±1 | 97,1±1 | 31,7±0,9 | 94,3±1 |
| p=9,5 | p=2,5 | p=4,6 | p=1,8 |
| 6 | Мероприятия по лечению | 61,7±0,8 | 82,4±0,9 | 70,2±1,0 | 91,3±1,0 | 81,4±0,9 | 94,0±1,8 | 76,0±1,05 | 97,2±0,95 |
| p=1,1 | p=1,6 | p=0,0008 | p=1,6 |
| 7 | Другие элементы | 3,7±1,5 | 16,7±1,4 | 5,2±1,1 | 18,4±1,0 | 4,8±0,9 | 20,3±0,8 | 2,7±1 | 15,8±0,95 |
| p=0,0006 | p=0,0001 | p=3,7 | p=0,0001 |
| 8 | Общее число элементов | 231,0±1,5 | 419,7±0,6 | 249,6±2,0 | 526,4±3,2 | 317,7±1,2 | 566,3±8,2 | 294,2±4,1 | 563,0±6,8 |
| p=4,09 | p=2,5 | p=9,5 | p=5,1 |
| 9 | Коэф. активности | 2,3±0,1 | 4,2±0,1 | 2,5±0,1 | 5,3±0,1 | 3,2±0,1 | 5,7±0,1 | 2,9±0,3 | 5,6±0,2 |
| p=2,0 | p=4,3 | p=6,7 | p=0,0001 |

Примечание: число наблюдений n = 100. M — среднее, m — стандартное отклонение, p — значимость. p ≥ 0,05\* — достоверное различие.

В условиях экспериментальной оценки коэффициент активности составил при бронхите от 2,3 до 4,2, при гипертонической болезни от 2,5 до 5,3, при ишемической болезни сердца от 3,2 до 5,7, при язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки от 2,9 до 4,2 увеличился до 5,6.

**4.2.3. Повышение качества опроса пациентов.** В этой части исследования анализировались экспериментальные мероприятия, проводимые семейными врачами (СВ) и терапевтами (Т) с целью повышения качества опросов пациентов. Статистически значимое увеличение наблюдалось по таким ключевым пунктам опроса, как идентификация симптомов, продолжительность, причины и условия труда (p<0,05) (таблица 4.2.3.1).

Выявление жалоб: увеличилось с 95,2 до 100 случаев у семейных врачей и с 90,1 до 98,4 случаев у терапевтов. Продолжительности заболевания увеличился от 33,6 до 87,5 случаев у семейных врачей и от 17,4 до 42,0 случаев у терапевтов. Наследственность увеличилась у семейных врачей с 6,8 до 64,2 случаев, а у терапевтов с 3,6 до 18,5 случаев. А при опросе лечебных мероприятиях семейные врачи показали рост от 21,5 до 58,6 случаев, а терапевты от 25,5 до 27,9 случаев.

Эти показатели свидетельствуют о том, что качество обследования улучшилось, а также о том, что семейные врачи работают более методически продвинуто. В условиях применения новых технологий и методов коэффициент активности увеличился почти в три раза: с 2,7 до 8,2 у семейных врачей. Терапевты от 1,8 до 3,7. Это свидетельствует о значительном повышении активности и эффективности обследований. Врачи начали выяснять симптомы заболевания во время бесед с пациентами и глубже вникать в его причины и следствия.

**Таблица 4.2.3.1 –** Качество опроса пациентов (на 100 человек)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № | Элементы опроса | Семейный врач | Терапевт |
| До | После | До | После |
| M±m | M±m |
| 1 | Выявление жалоб | 95,2±1 | 100±1 | 90,1±1 | 98,4±1 |
| p=0,004\* | p=0,0005\* |
| 2 | Характер симптомов заболевания | 24,2±1 | 89,5±1,5 | 13,8±0,7 | 32,7±0,7 |
| p=2,8 | p=1,08 |
| 3 | Продолжительность заболевания | 33,6±3,0 | 87,5±8,0 | 17,4±2,3 | 42,0±2,6 |
| p=8,04 | p=1,07 |
| 4 | Причины заболевания | 19,6±1 | 78,4±1 | 7,0±1 | 34,6±1 |
| p=2,2 | p=4,5\* |
| 5 | Условия труда и жизни | 20,3±1 | 89,0±1 | 5,6±1 | 32,2±1 |
| p=1,19 | p=5,2 |
| 6 | Наследственность | 6,8±1 | 64,2±1 | 3,6±1 | 18,5±1 |
| p=2,4 | p=5,3 |
| 7 | Эпидемиологическая история | 10,9±1 | 65,1±1 | 4,3±1 | 13,8±1 |
| p=3,08 | p=0,0003\* |
| 8 | Вредные привычки | 19,3±1 | 83,9±1 | 7,6±1 | 41,0±1 |
| p=1,5 | p=2,13 |
| 9 | Лечебные мероприятии | 21,5±1 | 58,6±1 | 25,5±1 | 27,9±1 |
| p=1,5 | p=0,005 |
| 10 | Лекарственная толерантность | 15,8±1 | 70,8±1,25 | 5,6±1,1 | 29,4±2,11 |
| p=5,4 | p=3,6 |
| 11 | Изменения в течении болезни | 3,9±0,8 | 25,7±1,2 | 1,8±0,8 | 4,0±0,7 |
| p=1,29 | p=0,04 |
| 12 | Другие элементы | 6,0±0,15 | 10,3±0,9 | 2,0±1,9 | 2,5±2,2 |
| p=0,001 | p=0,05 |
| 13 | Общие элементы на 100 пациентов | 277,1±3,6 | 823,4±4,1 | 184,3±8,0 | 377,0±7,15 |
| p=6,9 | p=6,4 |
| 14 | Коэффициент активности | 2,7±0,95 | 8,2±0,9 | 1,8±0,95 | 3,7±1 |
| p=0,002 | p=0,07 |

Примечание: Количество наблюдений = 100. M – среднее, m – стандартное отклонение, p – дисперсия. \*p≥0,05 – значимая разница

Сравнительный анализ качества общения семейных врачей и терапевтов с пациентами при продолжительности заболеваний составил 87,5 против 42 случаев, при опросе наследственности составил 64,2 против 18,5 случаев, а при опросе условии жизни и труда составил 89,0 против 32,2 случаев. Эти показатели подтверждают, что семейные врачи более эффективно проводят качественные обследования пациентов в экспериментальных условиях.

Таким образом, новые технологии расширили возможности семейных врачей, позволив им проводить последовательное и комплексное обследование пациентов. В результате врачи смогли собрать более подробную информацию о длительности заболевания, его причинах и других факторах.

Результаты исследования демонстрируют существенное повышение качества обследования пациентов семейными врачами и важность расширения ивозможностей за счет использования новых технологий. Этот экспериментальный подход окажет положительное влияние на общее состояние здоровья населения и поможет улучшить систему здравоохранения страны.

**4.2.4. Повышение качества обследования больных.** С внедрением предложенных нами технологий отмечено значительное улучшение качества обследования пациентов (таблица 4.2.4.1).

**Таблица 4.2.4.1 –** Качество обследования терапевтических больных (на 100 больных)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № | Элементы исследования | Семейный врач | Терапевт |
| До | После | До | После |
| M±m | M±m |
| 1 | Осмотр кожи и ПКЖ | 5,6±0,9 | 26,3±0,9 | 3,6±0,1 | 9,1±4,4 |
| p=1,1 | p=0,3 |
| 2 | Полость рта | 20,1±1 | 62,6±1 | 22,3±1,5 | 33,5±1,5 |
| p=1,09 | p=0,0009 |
| 3 | Перкуссия легких | 41,0±1 | 82,8±1,9 | 32,5±1 | 48,9±1,4 |
| p=6,0 | p=8,5 |
| 4 | Аускультация легких | 51,8±1,2 | 93,7±3,2 | 47,8±1 | 77,3±1 |
| p=4,2 | p=3,8 |
| 5 | Перкуссия сердца | 36,2±4,8 | 89,0±2,0 | 33,6±2,6 | 40,1±2,0 |
| p=1,6 | p=0,02 |
| 6 | Аускультация сердца | 53,7±1,2 | 91,5±1,7 | 42,4±2,0 | 82,4±2,2 |
| p=8,3 | p=2,5 |
| 7 | Измерение артер-о давления | 65,4±2,2 | 98,0±2,6 | 27,7±2 | 87,5±3,8 |
| p=7,8 | p=2,2 |
| 8 | Проверка пульса | 35,1±3,8 | 77,4±4,8 | 19,5±1 | 41,0±2 |
| p=2,3 | p=6,4 |
| 9 | Пальпация желудка | 32,6±1,7 | 26,1±1,0 | 19,4±1 | 13,6±1 |
| p=0,005 | p=0,002 |
| 10 | Перкуссия печени | 24,1±1,4 | 66,8±1,9 | 20,9±1,1 | 37,8±1,2 |
| p=9,1 | p=6,5 |
| 11 | Пальпация печени | 20,9±1,1 | 89,2±1,6 | 16,2±1 | 34,4±1 |
| p=5,9 | p=2,3 |
| 12 | Пальпация кишечника | 38,0±2,5 | 30,1±2,0 | 22,5±0,7 | 20,0±1 |
| p=0,04 | p=0,14 |
| 13 | Выявление отёчности | 16,6±0,7 | 61,9±1 | 19,5±0,9 | 23,1±0,9 |
| p=3,7 | p=0,009 |
| 14 | Перкуссия почек | 17,3±0,7 | 46,9±1,4 | 15,0±1,3 | 21,7±1,3 |
| p=5,7 | p=0,002 |
| 15 | Общее кол-во эл-ов на 100 пациентов | 458,4±2,7 | 942,3±2,1 | 342,9±2,4 | 570,4±2,2 |
| p=1,7 | p=2,9 |
| 16 | Коэффициент активности | 4,6±0,1 | 9,4±0,1 | 3,4±0,1 | 5,7±0,1 |
| p=5,0 | p=9,4 |

Примечание: Количество наблюдений = 100. M – среднее, m – стандартное отклонение, p – дисперсия. \*p≥0,05 – значимая разница.

При проверке перкуссии легких у семейных врачей показатель увеличилось от 41 случая до 82,8 случаев, а у терапевтов с 32,5 случая до 48,9 случаев, эти показатели свидетельствуют о значительном улучшении качества обследования заболеваний легких.

А при аускультации сердца семейный врачи показали рост от 53,7 случая до 91,5 случаев, а терапевты с 42,4 случая до 82,4 случаев, в исследованиях, связанных с сердечно-сосудистыми заболеваниями, показатели семейных врачей значительно повысились. Это позволило выявить проблемы, связанные с сердцем.

При проверке измерение артериального давления семейные врачи показали рост от 65,4 до 98, а терапевты от 27,7 до 87,5, эти показатели свидетельствуют о значительном улучшении контроля за гипертонией.

А при проверке пульса показатель у семейных врачей увеличилось с 35,1 случая до 77,4 случаев, у терапевтов увеличилось с 19,5 до 41. Этот показатель свидетельствует об улучшении качества выявления проблем с кровообращением. Семейный врач показал лучшие результаты в этой области.

Итак, мониторинг результатов внедрения Инновационные технологии терапевтической службы в первичной медико-санитарной помощи позволяет говорить о том, что создана инновационная модель, эффективно использующая имеющиеся трудовые, материальные ресурсы для достижения максимально возможного уровня результативности, качества и доступности терапевтической помощи (табл.4.2.4.2).

**Таблица 4.2.4.2 –** Технологии терапевтической службы в первичной медико-санитарной помощи

|  |  |
| --- | --- |
| **№** | **Результаты внедрения** |
| **1** | **Схема беседы врача с пациентом** |
| Статистически значимое увеличение наблюдалось по таким ключевым пунктам опроса, как идентификация симптомов, продолжительность, причины и условия труда (p<0,05). Сравнительный анализ качества общения семейных врачей и терапевтов с пациентами при продолжительности заболеваний составил 87,5 против 42 случаев, при опросе наследственности составил 64,2 против 18,5 случаев, а при опросе условии жизни и труда составил 89,0 против 32,2 случаев. Врачи начали выяснять симптомы заболевания во время бесед с пациентами и глубже вникать в его причины и следствия.Этот рост свидетельствует о значительном прогрессе в клиническом мышлении и диагностических навыках семейных врачей. |
|  | **Схема обследования в зависимости от периода наблюдения** |
| Опрос пациентов, как и другие обследования, должен проводиться объективно. Мы предложили определенную процедуру проведения, которая освобождает врача от необходимости следить за тем, чтобы он ничего не упустил, и позволяет ему сосредоточиться на полученной информации. Следует отметить, что при заключительном обследовании пациентов, страдающих хроническими заболеваниями, рекомендуется определять остаточные симптомы заболевания и их выраженность, что позволит лучше оценить динамику течения заболевания. |
| **3** |  **Карта обследования мониторируемых больных**  |
| В медицинской карте пациента должны быть указаны: длительность заболевания, причины и факторы, способствующие его развитию, а также сведения о наличии хронического заболевания; история болезней; жалобы на общее состояние; нарушения функции отдельных органов и систем организма, их характер, интенсивность и продолжительность; Данные физикального обследования с совокупностью признаков состояния отдельных органов и систем организма; Определяются сведения о профессии, возрасте, условиях труда и быта, наличии вредных привычек.В рамках экспериментального наблюдения при гипертонии перкуссия и аускультация сердца были проведены в 100 случаях, что позволило более глубоко изучить сердечные патологии. Измерение артериального давления охватило 100 случаев, что имеет важное значение для контроля гипертонии. Проверка пульса увеличилась с 60,5 до 97 случаев, являясь ключевым показателем для оценки кровообращения. Выявление отёчности возросло с 36,7 до 82,6 случаев. Эти показатели свидетельствуют о том, что врачи все активнее вовлекаются в процесс обследования и лечения пациентов. |
| **4** | **Рациональное использование рабочего времени** |
| При диагностике и лечения заболеваний затраченное время сокращено. На подготовку медицинских документов время сократилось с 31,2 минуты до 24,0 минуты. Полученные результаты свидетельствуют об изменениях в условиях труда врачей и распределении ими своего времени в течение рабочего дня. В результате экспериментов увеличилось количество видов деятельности, экономящих время (диагностика, лечение, профилактика), а в некоторых случаях увеличилось время, затрачиваемое на профессиональное развитие и другие виды деятельности. Необходимо передать (делегировать) среднему медицинскому персоналу ряд функций (выдачу справок, заполнение статистических бланков, подготовку копий документов и т.п.). Это подтверждает эффективность предложенной рекомендации по рациональному использованию времени. |
| **5** | **Критерии оценки качества терапевтической помощи** |
| Повысилась доступность и своевременность оказания помощи за счет регулирования потока больных. При оценке качества обследования больных показатель осмотра кожи и подкожной жировой клетчатки у семейных врачей увеличилось с 5,6 случая до 26,3 случаев, а у терапевтов с 3,6 случая до 9,1 случаев. Семейные врачи уделили этому процессу больше внимания, чем терапевты. При проверке полости рта показатель у семейных врачей увеличилось с 20,1 случая до 62,6 случаев, у терапевтов с 22,3 случая до 33,5 случаев. При проверке перкуссии легких у семейных врачей показатель увеличилось от 41 случая до 82,8 случаев, а у терапевтов с 32,5 случая до 48,9 случаев. А при проверке аускультации легких у семейных врачей увеличилось с 51,8 случая до 93,7 случаев, у терапевтов увеличилось с 47,8 случая до 77,3 случаев. Эти показатели свидетельствуют о значительном улучшении качества обследования заболеваний легких. Особенно семейные врачи провели аускультацию легких почти всем пациентам.В исследованиях, связанных с сердечно-сосудистыми заболеваниями, показатели сердечно-сосудистых заболеваний значительно возросли.При перкуссии сердца, при аускультации сердца, измерении артериального давления, проверке пульса у семейных врачей показатели увеличились. Пальпации живота у семейных врачей уменьшилось от 32,6 до 26,1 случаев, а у терапевтов с 19,4 до 13,6. Сокращение популярности пальпации живота свидетельствует о том, что врачи начинают использовать этот тест только при необходимости.У семейных врачей и терапевтов качество перкуссии и пальпации печени улучшилось. При выявлении отёчности семейные врачи показали рост от 16,6 случая до 61,9 случаев, а терапевты от 19,5 случая до 23,1 случаев. А при перкуссии почек семейные врачи показали рост от 17,3 случая до 46,9 случаев, а терапевты от 15 до 21,7. Общий коэффициент активности у семейных врачей от 4,6 до 9,4, а у терапевтов от 3,4 до 5,7 экспериментальных условиях общий коэффициент активности значительно увеличился, что подтверждает эффективность новых технологий и обучения. |
| **6** | **Типовые «хронокарты»** |
| При проведении работы по изучению использования рабочего времени семейного врача были разработаны 4 хронокарты: 1) «Карта рабочего времени амбулаторных посещений врача общей практики»; 2) «табель учета рабочего времени семейного врача (в амбулаторно-поликлиническом учреждении)»; 3) «График работы службы вызова семейного врача на дом»; 4) «Хронокарта рабочего времени врача при посещении на дом». |

**ВЫВОДЫ**

 1. В динамике основных классов заболеваний в Ошской, Джалал-Абадской и Баткенской областях Кыргызской Республики за анализируемый период (2019-2023гг.) болезни органов кровообращения, мочеполовой и дыхательной системы занимают лидирующие места.

В 2019 году уровень заболеваемости населения Ошской области органов кровообращения составил 5232,3 на 100 тыс. населения. В Ошской области в 2020 году произошло снижение на -31,2%, до 3601,2%000, что, вероятно, связано с резким сокращением обращаемости в период пандемии. В 2021 году отмечен незначительный прирост на +1,7% (до 3664,0%000). В 2022 году зафиксирован существенный прирост на +25,5%, до 4598,4%000. В 2023 году вновь наблюдалось снижение на -14,8%, показатель составил 3920,0%000. Уровень болезней мочеполовой системы в 2019 году снизился с 3314,2%000 до 2125,6%000, в 2020 году на -35,9%, но в 2021 году (2773,7%000) и 2022 году (3247,2%000) выявлен рост на +30,5% и +17,1%, соответственно, который сменился в 2023 году снижением до 2746,6%000 на -15,4%.

При сравнении распространения основных классов заболеваний среди населения в областях Ош, Баткен и Жалал-Абад, заболевания системы кровообращения во все годы занимают 1-е место. На втором и третьем местах в структуре заболеваемости варьировали болезни органов дыхания, мочеполовой системы. Во всех трех регионах зафиксированы волнообразные изменения показателей, особенно выраженные в 2020 и 2023 годах, что связано с влиянием пандемии COVID-19.

2. При оценке деятельности врачей первичной медико-санитарной службы выявлены неполноценное выполнение лечебно-диагностических процессов (опрос, осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация, рекомендации). Семейные врачи показали более высокие результаты в этой области, чем терапевты. При рассмотрении элементов обследования и опроса пациентов при поступлении наблюдаются существенные различия в показателях (p≤0,005).

3. При анализе профилактической деятельности врачей общей практики выявлены не соответствующие межведомственные согласования со стороны минобороны, минобразования с министерством здравоохранения. Установлено нерациональное использование рабочего времени.

4. Разработанная технология опроса, обследования пациентов и рациональное использование рабочего времени семейных врачей при внедрении на практическую медицину в амбулаторно-поликлинических условиях дали положительные результаты.

Результаты исследования подчеркивают важность внедрения современных технологий и повышения профессионального образования врачей в совершенствовании системы семейной медицины. Предлагаемые методики и программы обучения направлены на оптимизацию работы врачей, обеспечение качественного лечения пациентов и повышение эффективности работы системы здравоохранения в целом.

**ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ**

1. **На уровне первичной медико-санитарной помощи**

В реализации технологии терапевтической службы в первичной медико-санитарной помощи по принципу врача общей практики использовать новые организационные формы и методы: внедрение единой системы, основанной на групповой практике; организации службы неотложной помощи на базе общей врачебной практики; самостоятельного сестринского приема; увеличение продолжительности врачебного приема, организация приема врачей и диагностических исследований, внедрение автоматизированного рабочего места врача и медсестры, телефонизации общих врачебных практик и т.д.

Внедрять в работу врачей общей практики технологии терапевтической помощи в диагностике и лечения больных с мониторируемыми заболеваниями, способствующие сокращению сроков обследования и раннему назначению лечения в условиях общей врачебной практики, открытие вакансии врача-консультанта (терапевта).

1. **На уровне министерства здравоохранения**

Разработка плана мероприятий, направленных на развитие медицины. В стратегии должны быть охвачены такие ключевые направления, как подготовка кадров, обеспечение оборудованием и финансовая доступность.

Разработка системы оценки качества медицинских услуг: создание электронной платформы для мониторинга и оценки деятельности Центров семейной медицины (ЦСМ).

Расширение пакета государственных гарантий для улучшения амбулаторного уровня терапевтической помощи.

Укрепление кадрового потенциала: Подготовка врачей в соответствии с современными стандартами лечения респираторных, сердечно-сосудистых и мочеполовых заболеваний.

Обеспечение оборудованием: Оснащение ЦСМ необходимыми диагностическими средствами (ЭКГ, УЗИ, лабораторное оборудование).

1. **На уровне государства**

Разработка законодательства по развитию семейной медицины: принятие правовых норм, определяющих основные направления семейной медицины и обеспечивающих её доступность для населения. Утверждение нормативно-правовых документов по контролю качества предоставляемых услуг.

# 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>

* 1. **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>
	2. **Исраилова, Д. К**. Баштапкы медициналык–санитардык жардамды өнүктүрүүдө медайымдардын орду / Д. К. Исраилова, Г. А. // Наука, новые технологии и инновации Кыргызстана. – 2024. – № 2. – 74-77- бб. То же: [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=72311039>
	3. **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/>
	4. **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. – 2023; То же: [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://conf.medfak-30.oshsu.kg/>.
	5. **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>
	6. **Исраилова, Д. К.** й-бүлөлүк медицинадагы терапиялык жардамдын сапатын жогорулатуу/ Д. К. Исраилова, Ы. А. Алдашукуров // ХIІІ 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](https://cyberleninka.ru/article/n/napravlenii-po-povysheniyu-kachestva-terapevticheskoy-pomoschi-v-ambulatornyh-priemah)
	7. **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. – Т.24, № 9. – С. 132-137. То же: [Электронный ресурс]. – Режим доступа: https://www.elibrary.ru/item.asp?id=75097473
	8. **Исраилова Д. К.** Ош облусунда оорулардын негизги класстарынын динамикасы / Борончиева З. А., Еркинбаева Э. А., Боронбаев А. Б. // In the world of Science and education – Almaty, 2024. – № 15. – С. 82-90 [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://cyberleninka.ru/article/n/osh-oblusunda-oorulardyn-negizgi-klasstarynyn-dinamikasy>
	9. **Исраилова Д. К.** Причины возникновения хронической болезни почек / Д. К. Исраилова, Р. Г. Гайназарова, А. Т. Туташева, М. Ибраим у. // Вестник Кыргызско-Российского Славянского университета. – 2025. – Т.25, № 1. – С. 23-27. То же: [Электронный ресурс]. – Режим доступа: https://www.elibrary.ru/item.asp?id=80358457

Исраилова Дарыгул Кубанычбековнанын 14.02.03 – коомдук саламаттык 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, ретроспективдүү, статистикалык, социологиялык (анкеттөө), эксперттик баамдоо, уюштуруучу үлгү ыкмалары.

**Алынган жыйынтыктар жана алардын жаңылыгы.** Ош облусунун калкынын мониторингге алынган ооруларынын түзүмүнө жана өлүмүнүн деңгээлине талдоо жүргүзүлүп, анын негизинде БМСЖдагы 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 (анамнез, тереңдетилген физикалык текшерүү жана сурамжылоо, ар бир оорулууга анын дарылоосуна, диетасына карата сунуштар) ишке киргизүү терапиялык жардамдын сапатын жогорулатууга мүмкүндүк берди. Изилдөөнүн жыйынтыктары үй-бүлөлүк медицина системасын өркүндөтүүдө заманбап технологияларды киргизүүнүн жана дарыгерлердин кесиптик билим деңгээлин жогорулатуунун маанилүүлүгүн баса белгилейт. Сунушталган ыкмалар жана окутуу программалары дарыгерлердин ишин оптималдаштырууга, бейтаптарды сапаттуу дарылоого жана жалпы саламаттыкты сактоо системасынын натыйжалуулугун арттырууга багытталган.

Амбулатордук деңгээлдеги терапиялык кызматтын сапатын жогорулатуу боюнча илимий жактан негизделген сунуштардын комплекси иштелип чыкты жана үй-бүлөлүк медицинага практикага киргизилди.

**Колдонуу тармактары:** коомдук саламаттык жана саламаттыкты сактоо.

РЕЗЮМЕ

**диссертационной работы Исраилова Дарыгул 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 обще 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:** Аналитический, ретроспективный, статистический, социологический (опросник), экспертный оценочный, организационно-выборочный методы.

**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 (анамнез, углубленный физикальный осмотр и опрос, рекомендации по лечению и диете каждого больного,) позволило повысить качество терапевтической помощи. Результаты исследования подчеркивают важность внедрения современных технологий и повышения профессионального образования врачей в совершенствовании системы семейной медицины. Предложенные методы и программы обучения направлены на оптимизацию работы врачей, обеспечение качественного лечения пациентов и повышение эффективности всей системы здравоохранения.

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

**Область применения:** общественное здоровье и здравоохранение.

SUMMARY

**dissertation work of Israilova Darygul Kubanychbekovna 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, retrospective, statistical, sociological (survey), expert assessment, organizational sampling methods.

**The obtained results and their novelty.** The 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 the primary care link and human resources were determined. It is based on the fact that improving the qualifications of family doctors of general practice through the system of continuous education will improve the quality of therapeutic care provided to the population.

The introduction of the technology of doctors' work during outpatient reception of therapeutic patients (anamnesis, in-depth physical examination and survey, recommendations for treatment and diet of each patient) made it possible to improve the quality of therapeutic care. The results of the study emphasize the importance of introducing modern technologies and improving the professional education of doctors in improving the family medicine system. The proposed methods and training programs are aimed at optimizing the work of doctors, ensuring high-quality treatment of patients and increasing the efficiency of the entire health care system.

A set of scientifically based recommendations for improving the quality of therapeutic care at the outpatient level has been developed and introduced into the practice of family medicine.

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