# 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**

**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 - 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 «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2025 года в \_\_\_\_\_ 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 «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 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 должна включать меры по укреплению здоровья и профилактике заболеваний, а также усилия по борьбе с факторами, способствующими ухудшению здоровья и обеспечение преемственности оказания медицинских услуг. Основными задачами Национальной программы охраны здоровья населения и развития здравоохранения КР до 2030 года «Здоровый человек — процветающая страна» являются внедрение принципов семейной медицины и повышение качества медицинской помощи, оказываемой населению. Поэтому вопрос реформирования первичной медико-санитарной помощи приобретает особое значение [Н. Н. Бримкулов 2019; Н. К. Касиев 2019; С. Молдоисаева, 2022].

В ходе развития здравоохранения во всем мире и в других странах переход от стационарной к амбулаторной помощи был осуществлен путем создания Института семейной медицины. Основной упор делался на профилактическую работу [В. Я. 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 соавт. 2017; Э. Барбацца и соавт., 2019].

Однако до настоящего времени не определены 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 оказания медицинской помощи на первичном уровне системы здравоохранения и послужили основой для определения приоритетных направлений организации терапевтической помощи на примере южного региона Кыргызской Республики.

**Связь темы диссертации с приоритетными научными направлениями, крупными научными программами (проектами), основными научно-исследовательскими работами, проводимыми образовательными и научными учреждениями**. Тема диссертационной работы является инициативной.

**Цель исследования.** На основе комплексного изучения организации оказания медицинской помощи, оказываемой на амбулаторном уровне, разработать научно обоснованные мероприятия, направленные на оптимизацию терапевтической помощи.

## Задачи исследования:

## 1. Изучить распространенность основных классов болезней в динамике по южному региону Кыргызской Республики и заболеваемость по данным медицинского осмотра в Ошском городском центре семейной медицины.

## 2. Оценить организацию оказания медицинской помощи путем проведения хронометража затрат времени врачей общей практики на виды деятельности по оптимизации рабочего процесса.

## 3. Провести экспертную оценку технологии лечебно-диагностического процесса по в**ыявлению недостатков технологического процесса** для улучшения качества медицинской помощи.

## 4. Разработать и внедрить алгоритм организационно-технологических подходов лечебно-диагностического процесса на амбулаторном уровне, направленный на повышение качество оказания первичной медико-санитарной помощи пациентам с мониторируемыми заболеваниями.

## Научная новизна полученных результатов:

## 1. Представлена тенденция распространенности основных классов болезней по областям южного региона Кыргызской Республики в динамике и Ошском городском центре семейной медицины.

## 2. Впервые по южному региону республики проведен хронометраж затрат времени врачей общей практики по видам деятельности, позволивший использовать новые подходы в организации работы врача.

## 3. Впервые проведена экспертная оценка технологии лечебно-диагностического процесса по критериям качества оказываемой медицинской помощи.

4. Впервые разработан и внедрен алгоритм лечебно-диагностического процесса по ведению пациентов с мониторируемыми заболеваниями на амбулаторном уровне, типовые «хронокарты» являющиеся важным инструментом оптимизации рабочего времени врачей общей практики, улучшения качества медицинской помощи и эффективного использования ресурсов.

**Практическая значимость полученных результатов.** В результате диссертационной работы разработано и внедрено в практическую медицину методическое пособие «Повышение качества терапевтической помощи в семейной медицине», содержащее мероприятия и практические рекомендации для врачей амбулаторно-поликлиническом уровне.

Для рационального использования рабочего времени врачей были разработаны и внедрены в практическую медицину «Хронокарты», включающие стандартные направления, готовые рецепты, 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 14.10.2024).

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. По Ошской области наблюдался в основном наблюдается прирост болезней органов кровообращения, мочеполовой системы, органов дыхания, Баткенской и Джалал-Абадской областях - болезней органов кровообращения, дыхания, мочеполовой системы. В Ошском городском центре семейной медицины при медицинских осмотрах преобладала заболеваемость болезнями органов кровообращения, костно-мышечной системы, пищеварения.

## 2. Проведенный хронометраж затрат времени врачей общей практики по видам деятельности показал снижение расходов времени на виды деятельности (диагностика, лечение, ведение документации, профилактические работы).

## 3. Эспертная оценка технологии лечебно-диагностического процесса по критериям качества оказываемой медицинской помощи показало, что качество обследования пациентов у врачей общей практики выше, чем у терапевтов.

4. Алгоритм лечебно-диагностического процесса по ведению пациентов с мониторируемыми заболеваниями на амбулаторном уровне позволил улучшить технологию лечебно-диагностической деятельности на 19,7% у семейных врачей и на 27,9% у терапевтов, суммарный коэффициент активности увеличился с 4,6 до 9,4 у семейных врачей и с 3,4 до 5,7 у терапевтов. Типовые «хронокарты» улучшают организацию рабочего времени врачей общей практики, повышают качество медицинской помощи и способствуют рациональному использованию ресурсов.

**Личный вклад** **соискателя.** Автором проанализированы источники отечественной и зарубежной литературы, разработана методология научного исследования, осуществлен набор материала, статистическая обработка материала, интерпретация и обсуждение результатов, формулировка положений, выносимых на защиту, выводов и практических рекомендаций.

Проведен анализ деятельности организаций здравоохранения первичного уровня медико-санитарной помощи Ошской, Джалал-Абадской и Баткенской областей, индивидуальные опросы. Автором проведен факторный анализ необходимых количественных параметров обобщенных материалов. Разработан алгоритм организационно-технологических подходов лечебно-диагностического процесса на амбулаторном уровне и 4 хронокарты: 1) «Карта учета рабочего времени амбулаторных посещений врача общей практики (участкового)»; 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 дому».

**Апробации результатов диссертации.** Результаты исследования обсуждены и доложены на: международной научной конференции (Нижневартовск, 2021); Международной научной конференции Кыргызско-Узбекского Международного университета имени Б. Сыдыкова (г. Ош, 2022); Международной научной конференции «Интеграция теории, знания и науки с практической медициной», посвященной 30-летию медицинского факультета Ошского государственного университета (г. Ош, 22-23 июня 2023 г.); Международной научно-практической конференции «Актуальные проблемы современной практической медицины в условиях новых вызовов», посвященной 85-летию Ошского государственного университета (г. Ош, 2 марта 2024); Международной научно-практической конференции «Использование высоко инновационных технологий в профилактической медицине» (г. Андижан, 30 апреля 2024).

**Полнота отражения результатов диссертации в публикациях.** По теме диссертации опубликовано 13 научных статей, из них 8 — в журналах, индексируемых по системе РИНЦ с импакт-фактором более 0,1.

**Структура и объем диссертации.** Диссертация написана на кыргызском языке изложена на 151 страницах компьютерного текста. Состоит из введения, 4 глав и заключения. Результаты научной работы сопровождаются 19 таблицами и 6 рисунками, а также библиографического списка, включающего – 163 источников из них: 83 на кыргызском языке и 47 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 «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.** Проведено комплексное исследование, включающее деятельность Ошского городского ЦСМ, центров семейной медицины Ноокатского района Ошской области, Сузакского района Джалал-Абадской области.

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

Проведен организации труда 90 семейных врачей и хронометраж затраты рабочего времени 50 врачей, общее количество рабочих часов которых составило 1735 часов. Объем и характер амбулаторной помощи изучались на основе посешений.

**2.2. Методология приема пациентов.** При проведении работы по изучению использования рабочего времени семейного врача разработаны 4 хронокарты: 1) «Карта учета 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 обслуживание на дому».

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, статистический, 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 11., программного обеспечения Microsoft Excel и программного обеспечения SPSS (IBMInc, США, версия 23).

**ГЛАВА 3. ПОКАЗАТЕЛИ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ НАСЕЛЕНИЯ ЮЖНОГО РЕГИОНА КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ**

**3.1 Динамика распространенности основных классов болезней в южном регионе Кыргызской Республики.**В 2019 году по уровню распространенности заболеваний среди населения Ошской области Кыргызской Республики преобладали следующие заболевания: 1-место заболевания системы кровообращения (5232,3 случаев на 100 тысяч населения), 2- заболевания мочевыделительной систем (3314,2 случаев на 100 тысяч населения), 3- заболевания органов дыхания (3030,6 случаев на 100 тысяч населения), 4- заболевания эндокринной системы (1735,6 случаев на 100 тысяч населения), 5- заболевания нервной системы (1798 случаев на 100 тысяч населения). По Ошской области динамика заболеваемости системы кровообращения была следующей: в 2020 году темп прироста составил +4%, в 2021 году -0,1%, 2022 году +2,9%, в 2023 году +0,02%. 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. В области Баткен заболеваемость системы кровообращения составляет 2113,8 случаев на 100 тысяч населения. В области Жалал-абад – 3108,4 случаев на 100 тысяч населения. В области Жалал-абад среди населения темп прироста заболеваний органов дыхания в **2020 году** составил **+31,7%,** в области Баткен в **2023 году** увеличился на **+23,4%.**

**3.2. Поло-возрастные особенности заболеваемости населения на первичном уровне здравоохранения.** За годы наблюдения прогрессивная динамика заболеваемости характерно не только для старших возрастных групп, но и для больных и наблюдаемых членов семей в возрасте до 50 лет. Отмечается рост распространенности и удельного веса хронических заболеваний органов дыхания, системы кровообращения, костно-мышечной системы и соединительной ткани, с ранним началом хронической патологии среди лиц моложе 50 лет и увеличением числа больных во всех возрастных категориях.

Так, исследование заболеваемости населения в первичном звене здравоохранения показало, что распространенность заболевания среди наблюдаемых пациентов старше 50 лет увеличилась с 88,7 на 100 пациентов в 2017 году до 208,1 в 2020 году.

Полученные данные свидетельствуют о ежегодном устойчивом росте заболеваемости среди пациентов и членов их семей, находящихся на учете у врачей общей практики (семейных врачей). Тенденция к росту заболеваемости характерна как для женщин, так и для мужчин, но у последних она выражена сильнее (общий рост в 1,8–3,5 раза).

**3.3. Состояние и оценка проведения медицинских осмотров на первичном уровне системы здравоохранения.**

Центр семейной медицины финансируется из государственного бюджета по подушевому принципу (подушевое финансирование). За каждым семейным врачом закреплена территория, на которой проживают 1500–1700 человек, и ему поручено заботиться о здоровье каждого жителя своего района, начиная с новорожденных. По этой причине мы периодически проводим подворные обходы населения в обслуживаемом районе и профилактические осмотры.

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.

Однако такая система больше не распространяется на министерства образования и обороны. Это связано с тем, что те, кто работает и получает образование в этой системе, направляются в ЦСМ (семейную медицину) по месту регистрации, и финансирование выделяется именно этому ЦСМ.

Профилактические медицинские осмотры проводятся бесплатно по месту работы или учебы. Например, в Ошском городском ЦСМ работают 172 семейных врача, а в более чем 60 общеобразовательных школах и около 50 дошкольных учреждениях города обучается свыше 150 тысяч детей. Им должна оказываться медицинская помощь по месту жительства. Однако эта задача была возложена на Ошский городской ЦСМ.

Наиболее частой патологией при профилактических осмотрах являются болезни системы кровообращения, на долю которых приходится 44% всех выявленных заболеваний.

Таким образом, 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.

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

В ходе исследования были определены способы приема пациентов врачами, типы терапевтических заболеваний и рекомендации, которые врачи дают пациентам. При первом обращении пациента по поводу болезни семейный врач всегда полностью выяснял жалобы пациента (м±49,5), а терапевт - составлял число случаев на 100 поступивших больных (м±48,5). Однако при рассмотрении других элементов обследования и опроса пациентов при поступлении наблюдаются существенные различия в показателях (p≤0,005).

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 пункционным способом. Исследование показало, что врачи ЦОВП не разъясняли должным образом назначенные пациентам лекарства и не проводили другие этапы собеседования и обследования при их приеме.

Качество медицинской помощи зависит от многих факторов, и одним из важнейших является подготовка высококвалифицированных специалистов. Подготовка таких специалистов является ключевой задачей в процессе внедрения практики 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 установленным нормативам, на одну штатную единицу в ЦСМ предусмотрено 1500–1700 человек. В городе Ош, Кыргызская Республика, за счет внутренней и внешней миграции проживает более 500 000 человек. Таким образом, городу Ош необходимо еще не менее 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.

Реформа здравоохранения предусматривает введение финансовых ресурсов (страхование, дополнительный доход) на нужды амбулаторно-поликлинической помощи и введение поощрений за труд медицинских работников (выплаты КТУ). Этот фактор может сыграть важную роль в повышении производительности труда.

Указом Президента КР с 1 апреля 2022 года врачам, работающим в центрах общей врачебной практики (семейным врачам), будет выплачиваться заработная плата в размере семи тысяч сорока сомов, исчисленная с применением коэффициента 2,16 к должностному окладу. Кроме того, предусмотрены доплаты в зависимости от стажа работы и категории. Например, врач, работающий на одном предприятии, имеющий 15 лет стажа и высшую категорию, получит 30% за 7040x2,16=15206 лет стажа = 4561 сом, а за высшую категорию - 50% = 7603 сома. Итого 15206+4561+7603=27370 сомов. Следует отметить, что такое повышение заработной платы стало существенным стимулом для работников первичной медико-санитарной помощи.

Подводя итоги 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 И РАЦИОНАЛЬНОЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЕ РАБОЧЕГО ВРЕМЕНИ 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 Хронометраж затрат рабочего времени врачей общей практики по видам деятельности.

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 4.1.1.

**Таблица 4.1.1** 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=0,000\* | |
| Примечание: n-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 Экспертная оценка технологий лечебно-диагностического процесса

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) аускультация.

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 4.2.1).

**Таблица 4.2.1** Схема обследования пациентов амбулаторного лечения

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № | Элементы опроса | Первичный | | Повторный | | Окончательный | |
| острый | хронич | острый | хронич | острый | хронич |
| 1 | Выслушивание жалоб пациента на его болезнь | + | + | + | + | - | + |
| 2 | Опрос симптомов | + | + | + | + |  | + |
| 3 | Продолжительность болезни | + | - | - | - | - | - |
| 4 | Причины заболевания | + | - | - | - | - | - |
| 5 | Время, последовательность и тяжесть симптомов | + | + |  |  |  |  |
| 6 | Объяснение лечебных мероприятий | + | + | + | + | + | + |
| 7 | Изменения в течение болезни | - | - | + | + | - | + |
| 8 | Предыдущие исследования  результаты |  | + |  |  |  |  |
| Примечание: «+» — обязательный элемент, «-» — необязательный элемент. | | | | | | | |

Неотъемлемой частью диагностического процесса является беседа врача с пациентом. 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 4.2.2.

**Таблица 4.2.2** - 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 | + | + | + | + | - | + |
| 3 | Рекомендации по питанию | + | + | + | + | - | + |
| 4 | Рекомендации по лечению | + | + | + | + | - | + |
| 5 | Обсуждение инструмен-х и лабор-х исследований | + | + | + | + | + | + |
| 6 | Дополнительно |  |  | + | + | *+* | + |
| 7 | Профилактическая беседа | + | - | - | - | *+* | + |
| 8 | Обсуждение | + | + | + | + | *+* | + |
| 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.

**4.3 Совершенствование технологии алгоритма лечебно-диагностического процесса по ведению пациентов с мониторируемыми заболеваниями.**

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).

1. Значительный рост наблюдался по следующим пунктам опроса: Распознавание жалоб: с 82,3% до 97,6% (p=0,0002). Распознавание симптомов: с 32,8% до 64,8% (p=2,0). Определение продолжительности заболевания: с 17,1% до 57,3% (р=1,2).- Установление причин заболевания: с 4,7% до 48,0% (р=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 возросли с 61,7% до 82,4% (p=1,1).

- Показатели по остальным терапевтическим элементам улучшились с 3,7% до 16,7% (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 (Таблица 4.3.1).

**Таблица 4.3.1.** Контроль качества обследования мониторируемых терапевтических болезней (СВ на 100 пациентов)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № | Элементы опроса | Бронхит, пневмония | | Гипертон бол-нь | | ИБС | | ЯБЖ и ДПК | |
| До эксп-т | В эксп-те | До эксп-т | В эксп-те | До эксп-т | В эксп-те | До эксп-т | В эксп-те |
| 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 | Выявление симптомов | 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 | Продолжительность 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 заболевания | 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 | Фактор 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 | Лечебные мероприятии | 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 количество 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 | Коэффициент 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: n-количество наблюдений=100. M-среднее, m-стандартное отклонение, p-дисперсия. p≥0,05\*- значимая разница

3. Повышение уровни 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. В условиях эксперимента 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.

**4.4. Организационные основы совершенствования качества терапевтической помощи семейных врачей общей практики.**

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). Жалобы: увеличилось с 95,2% до 100% у семейных врачей и с 90,1% до 98,4% у терапевтов. Продолжительность заболевания: увеличилась с 33,6% до 87,5% у семейных врачей и с 17,4% до 42% у терапевтов. Наследственность: увеличилась с 6,8% до 64,2% у семейных врачей, с 3,6% до 18,5% у терапевтов. Меры лечения: СВ показал рост на 58,6%, а T показал рост на 27,9% (таблица 4.4.1).

**Таблица 4.4.1.** Качество опроса пациентов (на 100 пациентов)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № | Элементы опроса | Семейный врач | | Терапевт | |
| До | После | До | После |
| M±m | | M±m | |
| 1 | Выявление жалоб | 95,2±1 | 100±1 | 95,2±1 | 100±1 |
| p=0,004\* | | p=0,0005\* | |
| 2 | Характер симптомов заболевания | 24,2±1 | 89,5±1,5 | 24,2±1 | 89,5±1,5 |
| p=2,8 | | p=1,08 | |
| 3 | Продолжительность болезни | 33,6±3,0 | 87,5±8,0 | 33,6±3,0 | 87,5±8,0 |
| p=8,04 | | p=1,07 | |
| 4 | Причины заболевания | 19,6±1 | 78,4±1 | 19,6±1 | 78,4±1 |
| p=2,2 | | p=4,5\* | |
| 5 | Условия труда и жизни | 20,3±1 | 89,0±1 | 20,3±1 | 89,0±1 |
| p=1,19 | | p=5,2 | |
| 6 | Наследственность | 6,8±1 | 64,2±1 | 6,8±1 | 64,2±1 |
| p=2,4 | | p=5,3 | |
| 7 | Эпидемиологическая история | 10,9±1 | 65,1±1 | 10,9±1 | 65,1±1 |
| p=3,08 | | p=0,0003\* | |
| 8 | Вредные привычки | 19,3±1 | 83,9±1 | 19,3±1 | 83,9±1 |
| p=1,5 | | p=2,13 | |
| 9 | Лечебные мероприятии | 21,5±1 | 58,6±1 | 21,5±1 | 58,6±1 |
| p=1,5 | | p=0,005 | |
| 10 | Лекарственная толерантность | 15,8±1 | 70,8±1,25 | 15,8±1 | 70,8±1,25 |
| p=5,4 | | p=3,6 | |
| 11 | Изменения в течении болезни | 3,9±0,8 | 25,7±1,20 | 3,9±0,8 | 25,7±1,20 |
| p=1,29 | | p=0,04 | |
| 12 | Другие элементы | 6,0±0,15 | 10,3±0,9 | 6,0±0,15 | 10,3±0,9 |
| p=0,001 | | p=0,05 | |
| 13 | Общие элементы на 100 пациентов | 277,1±3,6 | 823,4±4,15 | 277,1±3,6 | 823,4±4,15 |
| p=6,9 | | p=6,4 | |
| 14 | Коэффициент активности | 2,7±0,95 | 8,2±0,9 | 2,7±0,95 | 8,2±0,9 |
| p=0,002 | | p=0,07 | |
| Примечание: n-количество наблюдений=100. M-среднее, m-стандартное отклонение, p-дисперсия. \*p≥0,05- значимая разница | | | | | |

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.

Сравнительный анализ качества бесед семейных врачей и терапевтов с пациентами. Семейные врачи по сравнению с терапевтами: - Длительность заболевания составила 87,5% против 42%. - Наследственные факторы: 64,2% против 18,5%. - Условия труда и жизни: 32,2% против 89%.

Эти показатели подтверждают, что семейные врачи более эффективно проводят качественные обследования пациентов в экспериментальных условиях.

Таким образом, новые методы 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 и возможностей за счет использования новых технологий. Этот экспериментальный подход окажет положительное влияние на общее состояние здоровья населения и поможет улучшить систему здравоохранения страны.

С внедрением предложенных нами технологий отмечено значительное улучшение в элементах обследования терапевтических больных.

Например семейные врачи при обследовании пациентов осмотр кожи и подкожной жировой клетчатки до внедрения технологий интенсивный показатель на 100 принятых пациентов составлял 5,6 то после внедрения этот показатель вырос до 26,3. Этот же показатель у терапевтов тоже отмечается статистически достоверное увеличение качества осмотра кожи (от 3,6±0,1 до 9,1±4,4).

При сопоставлении значений элементы исследования кожи у семейных врачей (26,3±0,9) намного больше чем у терапевтов (9,1±4,4).

Также наблюдается увеличение осмотра полости рта у семейных врачей до трех раз, а у терапевтов от 22,3±1,5 до 33,5±1,5 (таблица 4.4.2)

**Таблица 4.4.2.** Качество обследования терапевтических больных (на 100 больных)

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № | Элементы исследования | Семейный врач | | Терапевт | | |
| До | После | До | После | |
|  | Среднее значение | M±m | | M±m | | |
| 11 | Исследование кожи и подкож жир-й клетч-и | 5,6±0,9 | 26,3±0,9 | 3,6±0,1 | 9,1±4,4 | |
| p=1,1 | | p=0,3 | | |
| 22 | Полость рта | 20,1±1 | 62,6±1 | 22,3±1,5 | 33,5±1,5 | |
| p=1,09 | | p=0,0009 | | |
| 33 | 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 | | |
| 55 | Перкуссия сердца | 36,2±4,8 | 89,0±2,0 | 33,6±2,6 | 40,1±2,0 | |
| p=1,6 | | p=0,02 | | |
| 66 | Аускультация сердца | 53,7±1,2 | 91,5±1,7 | 42,4±2,0 | 82,4±2,2 | |
| p=8,3 | | p=2,5 | | |
| 77 | Измерение артер давления | 65,4±2,2 | 98,0±2,6 | 27,7±2 | | 87,5±3,8 |
| p=7,8 | | p=2,2 | | |
| 88 | Проверка пульса | 35,1±3,8 | 77,4±4,8 | 19,5±1 | 41,0±2 | |
| p=2,3 | | p=6,4 | | |
| 99 | Пальпация желудка | 32,6±1,7 | 26,1±1,0 | 19,4±1 | | 13,6±1 |
| p=0,005 | | p=0,002 | | |
| 110 | Перкуссия печени | 24,1±1,4 | 66,8±1,9 | 20,9±1,1 | | 37,8±1,2 |
| p=9,1 | | p=6,5 | | |
| 111 | Пальпация печени | 20,9±1,1 | 89,2±1,6 | 16,2±1 | | 34,4±1 |
| p=5,9 | | p=2,3 | | |
| 112 | Пальпация кишечника | 38,0±2,5 | 30,1±2,0 | 22,5±0,7 | | 20,0±1 |
| p=0,04 | | p=0,14 | | |
| 113 | Пальпация л/у | 16,6±0,7 | 61,9±1 | 19,5±0,9 | | 23,1±0,9 |
| p=3,7 | | p=0,009 | | |
| 114 | Перкуссия почек | 17,3±0,7 | 46,9±1,4 | 15,0±1,3 | | 21,7±1,3 |
| p=5,7 | | p=0,002 | | |
| 115 | Общее количество элементов на 100 | 458,4±2,7 | 942,3±2,1 | 342,9±2,4 | 570,4±2,2 | |
| p=1,7 | | p=2,9 | | |
| 116 | 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: n-количество наблюдений=100. M-среднее, m-стандартное отклонение, \*p≥0,05- значимая разница | | | | | | |

Перкуссия и аускультация легких. - Перкуссия: - Семейный врач: от 41 до 82,8, - терапевт: с 32,5 до 48,9 показателя. Аускультация: - семейный врач: с 51,8 до 93,7, - терапевты с 47,8 до 77,3 на 100 обследуемых.

Перкуссия и аускультация сердца. - Перкуссия: - Семейный врач: от 36,2 до 89. - Терапевт: с 33,6 до 40,1. - Аускультация: - Семейный врач: с 53,7 до 91,5. - Терапевт: с 42,4 до 82,4.

В исследованиях, связанных с сердечно-сосудистыми заболеваниями, показатели сердечно-сосудистых заболеваний значительно возросли.

Измерение артериального давления: - Семейный врач: от 65,4 до 98. - Tерапевт: от 27,7 до 87,5 указывает на улучшение.

Проверка пульса: - Семейный врач: с 35,1% до 77,4%. - Терапевт: с 19,5% до 41%. Этот показатель свидетельствует об улучшении качества выявления проблем с кровообращением. Семейный врач показал лучшие результаты в этой области .

Исследования желудка и печени: - Пальпация живота: - Семейный врач: от 32,6% до 26,1%. - Терапевт: с 19,4% до 13,6%. - Перкуссия печени: - Семейный врач: от 24,1% до 66,8%. - Терапевт: от 20,9% до 37,8%. - Пальпация печени: - Семейный врач: от 20,9% до 89,2%. - Терапевт: с 16,2% до 34,4%.

Сокращение популярности пальпации живота свидетельствует о том, что врачи начинают использовать этот тест только при необходимости. При этом качество перкуссии и пальпации печени значительно улучшилось.

Обследование опухолей и почек: - Выявление опухолей: - Семейный врач: от 16,6% до 61,9%. - Терапевт: от 19,5% до 23,1%. - Перкуссия почек: - Семейный врач: от 17,3% до 46,9%. - Терапевт: с 15% до 21,7%.

У семейных врачей значительно улучшились показатели выявления опухолей и исследования почек.У терапевтов наблюдается увеличение, но не столь значительное.

Общий коэффициент активности: - Семейный врач: от 4,6 до 9,4. - Tерапевт: от 3,4 до 5,7. В экспериментальных условиях общий коэффициент активности значительно увеличился, что подтверждает эффективность новых технологий и обучения.

В результате анализа качества обследования заболеваний, как показано в таблице 4.2.4.1 элементы обследования пациентов с использованием предлагаемой технологии улучшились (p≥0,05\*-).

1. Внедрение новых технологий повысило эффективность перкуссии и аускультации легких в экспериментальных условиях.

Лечебные мероприятия: возросли до 82,4 случаев, что свидетельствует о комплексном лечении пневмонии.

При гипертонической болезни: Перкуссия и аускультация сердца: обследование проведено у 100% пациентов. Это привело к углубленному исследованию проблем, связанных с сердцем.

Измерение артериального давления: достигнуто 100 случаев, что важно для контроля гипертонии.

Проверка пульса: достигла 97 случаев и была основным показателем при оценке кровообращения.

Выявление опухолей: увеличилось до 82,6 случаев, что облегчило выявление клинических признаков заболевания.

При ишемической болезни сердца (ИБС): Перкуссия и аускультация сердца: проводятся у 100% пациентов, обеспечивая полное исследование особенностей развития заболеваний сердца. Проверка пульса: достигла 100 ударов, что позволило контролировать состояние сердечно-сосудистой системы.

При язве желудка и двенадцатиперстной кишки: Осмотр полости рта: до 100 случаев, важен для выявления заболеваний пищеварительной системы. Пальпация желудка: 100 случаев, играет важную роль в обеспечении эффективности лечения.

Перкуссия печени: достигнуто 100 случаев, полностью внедрено для расследования причин заболеваний печени.

2. Изменения в диагностической деятельности.

До внедрения новых технологий методы диагностики были неполноценными по некоторым элементам, например, аускультация легких проводилась в 61,8% случаев бронхита, но в экспериментальных условиях этот показатель увеличился до 93,7%.

В то же время снизились такие элементы, как пальпация желудка и печени, например, пальпация желудка снизилась с 17,5 случаев до 11,6 случаев. Это значит, что врачи сосредоточились только на необходимых элементах и работали методически четко.

1. Повышенный коэффициент активности.

Коэффициент активности в условиях эксперимента: - При бронхите: от 5,7 до 7,0. - При гипертонии: от 6,0 до 9,3. - При имешической болезни сердца: с 6,9 до 9,8. - При язве желудка и двенадцатиперстной кишки: увеличение с 7,4 до 9,7.

Эти показатели свидетельствуют о том, что врачи все активнее вовлекаются в процесс обследования и лечения пациентов.

Под влиянием новых технологий диагностическая деятельность стала проводиться в полном объеме, а работа врачей по многим заболеваниям стала качественнее. Оптимизация процесса диагностики: Сосредоточение внимания только на необходимых и важных элементах повысило эффективность работы и способствовало оптимальному использованию ресурсов.

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ**

1. В 2019 году по уровню распространенности заболеваний среди населения Ошской области Кыргызской Республики преобладали следующие заболевания: 1-место заболевания системы кровообращения (5232,3 случаев на 100 тысяч населения), 2- заболевания мочевыделительной систем (3314,2 случаев на 100 тысяч населения), 3- заболевания органов дыхания (3030,6 случаев на 100 тысяч населения), 4- заболевания эндокринной системы (1735,6 случаев на 100 тысяч населения), 5- заболевания нервной системы (1798 случаев на 100 тысяч населения). При сравнении распространения основных классов заболеваний в областях Ош, Баткен и Жалал-абад, заболевания системы кровообращения во все годы занимают 1-е место.

2. Использование предлагаемых технологий значительно улучшило диагностические возможности первичной медико-санитарной помощи. Такие показатели, как выявление жалоб, симптомов, длительность и выяснение причин заболевания, возросли до статистически значимого уровня. Семейные врачи показали существенно более высокие результаты в этой области, чем терапевты.

3. Качество лечебных мероприятий у семейных врачей возросло с 61,7% до 82,4%, в то время как у терапевтов этот показатель достиг 27,9%. Это доказывает, что использование новых технологий и клинических алгоритмов повысило эффективность работы врачей при лечении пациентов. В условиях эксперимента суммарный коэффициент активности увеличился с 4,6 до 9,4 у семейных врачей и с 3,4 до 5,7 у терапевтов. Данные показатели свидетельствуют о том, что повысился уровень активного участия врачей в процессе работы с пациентами, а также эффективность систематического обучения и использования новых методик.

4. 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:**

**I.** **На уровне первичной медико-санитарной помощи:**

1. Оптимизация работы семейных врачей: внедрение электронной системы регулирования потока пациентов при записи на амбулаторный прием.

**II. На уровне Министерства здравоохранения:**

1. Создать электронную платформу для мониторинга и оценки деятельности центров семейной медицины.
2. Расширить пакет государственных гарантий по улучшению амбулаторно-поликлинической медицинской помощи. Введение дополнительных стимулов: обеспечение жильем семейных врачей, работающих в сельской местности, региональные надбавки, предоставление льготных программ кредитования.

**III. На государственном уровне**

1. Разработать законодательство и принять правовые акты, обеспечивающие медицинских осмотров призывников и школьников осуществляющий основные сотрудниками семейной медицины на бесплатной основе.

2. Развитие телемедицины и цифровых систем: обеспечение жителей, отдаленных поселков доступом к медицинской помощи путем внедрения услуг телемедицины. Внедрение электронных медицинских карт и систем онлайн-регистрации.

# СПИСОК ОПУБЛИКОВАННЫХ РАБОТ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ:

* 1. **Исраилова, Д. К.** Кыргыз Республикасынын Ош облусундагы жалпы үй-бүлөлүк дарыгерлер практикасындагы респиратордук оорулуулардын көрсөткүчтөрү [Текст] / Д. К. Исраилова // Наука, новые технологии и инновации Кыргызстана. – 2021. – № 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 [Текст] / Д. К. Исраилова, Г. А. Аскарбекова // Известия ВУЗов Кыргызстана. – 2021. – № 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 [Текст] / [Р. А. Алдашукуров, А. С. Абдыкарова, Д. К. Исраилова и др.] // Бюллетень науки и практики. – 2022. – Т. 8, № 1. – С. 107-113; То же: [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://elibrary.ru/item.asp?id=47789257>
  4. **Исраилова, Д. К**. Баштапкы медициналык санитардык жардамдын көлөмүн пландоонун ыкмалары [Текст] / [Г. А. Аскарбекова, Д. К. Исраилова, А. А. Шамшиев жана б.] // Илим. Билим. Техника. – 2022. – № 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 [Текст] / Д. К. Исраилова, Г. А. Аскарбекова, А. А. Шамшиев, Ы. А. Алдашукуров // Вестник Ошского государственного университета. – 2022. – № 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 [Текст] / Д. К. Исраилова, Г. А. Аскарбекова, А. А. Шамшиев // Вестник Кыргызско-Российского Славянского университета. – 2022. – Vol. 22, № 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 [Текст] / 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? [Текст] / Д. К. Исраилова, Т. М. Мамаев, М. К. Сейдалиева // Интеграция теории, образования и науки с прикладной медициной: сб. науч. тр. Междунар. науч.-практ. конф. – Ош, 2023; То же: [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://conf.medfak-30.oshsu.kg/>
  9. **Исраилова, Д. К.** Ош аймагындагы дарыгердик жардамды социалдык изилдөө (пациенттердин баасы) [Текст] / Д. К. Исраилова, Т. М. Мамаев, М. К. Сейдалиева // Интеграция теории, образования и науки с прикладной медициной: сб. науч. тр. Междунар. науч.-практ. конф. – Ош, 2023; То же: [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://conf.medfak-30.oshsu.kg/>.
  10. **Исраилова, Д. К.** Амбулатордук кабыл алуудагы терапиялык жардамдын сапатын жогорулатуунун багыттары [Текст] / Д. К. Исраилова, Ы. А. Алдашукуров, А. Б. Боронбаев, Ж. А. Кыдыршаева, З. А. Борончиева // Ош мамлекеттик университетинин Жарчысы. – 2024. – № 3. – 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 [Текст]: ХIІІ Intern. scientific and practical conf. / Д. К. Исраилова, Ы. А. Алдашукуров // Science and technologies. – Астана, 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)
  12. **Исраилова, Д. К.** Оценка качества самоконтроля у больных сахарным диабетом для профилактики осложнений заболевания[Текст] / Д. К. Исраилова, 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://elibrary.ru/item.asp?id=75097473
  13. **Исраилова Д. К.** Ош облусунда оорулардын негизги класстарынын динамикасы [Текст] / З. А. Борончиева, Э. А. Еркинбаева, А. Б. Боронбаев // 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>

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 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 results obtained 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.