И. К. АХУНБАЕВ атындагы КЫРГЫЗ МАМЛЕКЕТТИК МЕДИЦИНАЛЫК АКАДЕМИЯСЫ

**Б. Н. ЕЛЬЦИН атындагы КЫРГЫЗ-РОССИЯ СЛАВЯН УНИВЕРСИТЕТИ**

Д 14.23.690 диссертациялык кеңеши

Кол жазма укугунда

УДК 614.2:616-085(575.22)

**ИСРАИЛОВА ДАРЫГУЛ КУБАНЫЧБЕКОВНА**

**ЖАЛПЫ ҮЙ-БҮЛӨЛҮК ДАРЫГЕРЛЕР ПРАКТИКАСЫНДА ТЕРАПИЯЛЫК ЖАРДАМ БЕРҮҮНҮ УЮШТУРУУДАГЫ КӨЙГӨЙЛҮҮ МАСЕЛЕЛЕР» (КЫРГЫЗ РЕСПУБЛИКАСЫНЫН ТҮШТҮК АЙМАГЫНЫН МИСАЛЫНДА)**

14.02.03 – коомдук саламаттык жана саламаттыкты сактоо

Медициналык илимдердин кандидаты илимий даражасын изденип алуу үчүн жазылган диссертациянын

авторефераты

**Бишкек-2024**

1

**Илимий иш** Ош мамлекеттик университетинин медицина факультетинин коомдук саламаттыкты сактоо кафедрасында аткарылды.

Илимий кеӊешчи: Шамшиев Абдилатип Абдырахманович

медицина илимдеринин доктору, КРнын саламаттык сактоо министрлигинин Республикалык ден соолукту чыңдоо борборунун түштүк филиалынын директору

Расмий оппоненттер:

**Жетектөөчү мекеме:**

Дисертацияны коргоо 202\_\_\_-жылдын «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_ саат \_\_:\_\_\_ медицина илимдеринин доктору (кандидаты) окумуштуулук даражасын изденип алуу үчүн диссертациясын коргоо боюнча И. К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясына караштуу Д 14.23.690 диссертациялык кеңештин отурумунда өткөрүлөт, негиздөөчүсү Б. Н. Ельцин атындагы Кыргыз-Россия Славян университети, дареги: 720020, Бишкек ш., Ахунбаев көч., 92, жыйындар залы. Диссертацияны коргоонун видеоконференциясына кирүү үчүн шилтемеси:

Диссертация менен И. К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясынын (720020, Бишкек ш., Ахунбаев көч., 92), Ош мамлекеттик университетинин (723500, Кыргыз Республикасы, Ош. ш, Ленин көчөсү 331) китепканаларынан жана https://vak.kg сайтынан таанышууга болот.

Диссертациялык кеңештин окумуштуу катчысы

**медицина илимдеринин кандидаты, доцент Д. Д. Ибраимова**

ИШТИН ЖАЛПЫ МҮНӨЗДӨМӨСҮ

**Диссертациянын темасынын актуалдуулугу.** Дүйнөлүк саламаттыкты сактоо уюмунун маалыматы боюнча, БМСЖдын модели салттуу медициналык жардам көрсөтүүдөн айырмаланып, ден соолукту чыңдоо жана ооруларды алдын алуу чараларын, ошондой эле ден соолуктун начарлашына шарт түзгөн факторлор менен күрөшүү аракеттерди камтышы керек. Дарыгер менен тейленүүчү калктын ортосундагы тыгыз, туруктуу мамилелерди түзүүнүн эң маанилүүсү алардын социалдык шарттарын эске алуу менен медициналык кызмат көрсөтүүнүн үзгүлтүксүздүгүн камсыз кылуу болуп саналат. Кыргыз Республикасынын 2030-жылга чейинки калктын ден соолугун сактоо жана саламаттык сактоо системасын өнүктүрүү боюнча “Ден соолугу чың адам – өнүккөн өлкө” Улуттук программаларынын негизги милдеттери бул, — учурдагы саясий-экономикалык шарттарда үй-бүлөлүк медицинанын жана милдеттүү медициналык камсыздандыруунун принциптерин андан ары ишке ашыруу жолу менен калкка медициналык жардам көрсөтүүнүн сапатын жогорулатуу. Мындан улам баштапкы медициналык-санитардык жардам системасын реформалоо маселеси өзгөчө мааниге ээ [Бримкулов Н. Н. 2019; Касиев Н. К. 2019, Молдоисаева С. 2022].

Саламаттыкты сактоону өнүктүрүүдө бүткүл дүйнө боюнча, жана башка өлкөлөрдө үй-бүлөлүк медицина институтун ишке киргизүү менен стационардан амбулатордук б.а. профилактикалык иштерге басым жасоо болгон [Стародубов В. И. ж.б., 2015].

БМСЖ көрсөткөн дарыгерлердин иштөө убактысы мекемелерде (поликлиникада) төрт саат жана эки саат үймө-үй кыдыруу менен чектелген. Мындай график үй-бүлөлүк медицина борборлорунда бейтаптардын узун кезектерин пайда кылат. Мындан тышкары айрыкча айыл жеринде кадрлардын жетишсиздиги оптималдуу жана өз убагында медициналык жардамды уюштуруунун жоктугун далилдеп турат [М.Т. Калиев, 2019].

Үй-бүлөлүк дарыгерлердин ишмердүүлүгүнүн түрдүү аспектилерин изилдөөгө чет өлкөлөрдө жана Кыргызстанда бир катар эмгектер арналган [Р. С. Гаджиев ж.б. 2021; А. Г. Гаибов ж.б. 2019; М. М. Каратаев ж.б. E. Barbazza et al., 2019].

Бирок, бүгүнкү күнгө чейин амбулатордук деңгээлдеги калкка баштапкы медициналык-санитардык жардам көрсөтүү системасындагы терапиялык жардамдын көлөмү, технологиясы, сапатына таасир этүүчү факторлор, экономикалык аспектилер, терапиялык жардамды баалоо критерийлери иштелип чыккан эмес.

Жогоруда айтылган көйгөйлөр баштапкы медициналык-санитардык кызматындагы терапиялык жардамды комплекстүү изилдөөнүн зарылдыгын аныктады жана ошонун негизинде Ош областынын мисалында терапиялык жардамды уюштуруунун артыкчылыктуу багыттарын аныктоого негиз болду.

**Диссертациянын темасынын артыкчылыктуу илимий багыттары**, **ири илимий программалар (долбоорлор), окуу жана илимий мекемелер тарабынан жүргүзүлүп жаткан негизги изилдөө иштери менен байланышы.** Диссертациялык иш өз алдынча демилгелүү.

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

**Изилдөөнүн милдеттери:**

1. Кыргыз Республикасынын түштүк аймагы боюнча оорулардын негизги класстарынын таралышын жана динамикада, Ош шаардык үй-бүлөлүк медицина борборундагы медициналык кароонун маалыматы боюнча оорулуулукту изилдөө.

2. Жалпы практика дарыгерлеринин жумуш процессин оптималдаштыруу боюнча убакыт чыгымдарын хронометраж жүргүзүү аркылуу медициналык жардам көрсөтүүнү уюштурууну баалоо.

3. Медициналык жардамдын сапатын жакшыртуу максатында дарылоо-диагностикалык процесстин технологиялык кемчиликтерин аныктоо үчүн эксперттик баалоо жүргүзүү.

4. Мониторго алынган ооруларды бейтаптарга баштапкы медициналык-санитардык жардам көрсөтүүнүн сапатын жогорулатууга багытталган амбулатордук деңгээлдеги дарылоо-диагностикалык процесстердин уюштуруучулук-технологиялык ыкмаларын иштеп чыгуу жана ишке ашыруу.

**Изилдөөнүн илимий жаңылыгы:**

1. Кыргыз Республикасынын түштүк аймагынын облустары боюнча оорулардын негизги класстарынын таралышынын динамикасы жана Ош шаардык үй-бүлөлүк медицина борборундагы оорулуулук көрсөтүлдү.

2. Республика түштүк аймагында биринчи жолу жалпы практика дарыгерлеринин ар кандай иш-аракеттерге кеткен убактысын хронометраж жүргүзүү аркылуу аныктоо ишке ашырылып, дарыгерлердин ишин уюштурууда жаңы ыкмаларды колдонууга мүмкүнчүлүк түзүлдү.

3. Алгачкы жолу медициналык жардамдын сапатынын критерийлери боюнча дарылоо-диагностикалык процесстин технологиясына эксперттик баа берилди.

4. Биринчи жолу амбулатордук деңгээлде мониторинг жүргүзүлүүчү оорулар менен ооругандарды башкаруу боюнча дарылоо-диагностикалык процессинин алгоритми иштелип чыгып, ишке киргизилди. Ошондой эле, жалпы практика дарыгерлеринин иш убактысын оптималдаштыруу, медициналык жардамдын сапатын жогорулатуу жана ресурстарды натыйжалуу пайдалануу үчүн маанилүү инструмент болгон типтүү «хронокарталар» иштелип чыкты.

**Алынган натыйжалардын практикалык маанилүүлүгү.** Диссертациялык иштин жыйынтыгы менен амбулатордук деңгээлдеги терапиялык жардамдын сапатын жана натыйжалуулугун жогорулатууга багытталган иш-чаралар жана практикалык сунуштарды камтылган “Үй-бүлөлүк медицинадагы терапиялык жардам” аталыштагы методикалык колдонмо иштелип чыкты жана практикалык медицинага ишке киргизилди.

Дарыгердин жумуш убактысын үнөмдөө үчүн стандарттуу жолдомолор, даяр рецепттер, диета боюнча сунуштамалар, уюштуруучулук жана технологиялык чараларды, дарыгерлердин ишинин сапатын экспертик баалоону камтыган «Хронокарталар» даярдалып практикалык медицинага сунушталды.

Изилдөөнүн натыйжалары Ош облусунун Ноокат районунун үй-бүлөлүк медицина борборуна (актысы 20.05.2024 жыл), Жалалабад облусунун Сузак районунун үй-бүлөлүк медицина борборуна (актысы 29.04.2024 жыл), Ош шаардык үй-бүлөлүк медицина борборуна (актысы 21.10.2024 жыл) практикага киргизилди.

Теориялык материалдары Ош мамлекеттик университетинин медицина факультетинин коомдук саламаттыкты сактоо кафедрасынынын окуу процессине киргизилди (актысы 22.05.2024 жыл).

**Коргоого алынып чыгуучу диссертациянын негизги жоболору:**

1. Ош облусунда негизинен кан айлануу системасынын, заара-жыныс системасынын жана дем алуу органдарынын ооруларынын өсүү темпи байкалган. Баткен жана Жалал-Абад облустарында кан айлануу системасынын, дем алуу органдарынын жана заара-жыныс системасынын ооруларынын көбөйгөнү аныкталган. Ош шаардык үй-бүлөлүк медицина борборунда жүргүзүлгөн медициналык кароолордо кан айлануу системасынын, сөөк-булчуң системасынын жана тамак сиңирүү органдарынын оорулары үстөмдүк кылган.

2. Жалпы практика дарыгерлеринин ар кандай иш-аракеттерге кеткен убактысын хронометраж жүргүзүү иши диагностикалоо, дарылоо, документ жүргүзүү жана алдын алуу иш-чараларына сарпталган убакыттын азайганын көрсөттү.

3. Медициналык жардамдын сапатынын критерийлери боюнча дарылоо-диагностикалык процесстин технологиясына эксперттик баа берүү натыйжасында, жалпы практика дарыгерлеринин бейтаптарды текшерүү сапаты терапевттерге караганда жогору экени аныкталды.

4. Амбулатордук деңгээлде мониторго алынган ооруларды дарылоо-диагностикалык процессинин алгоритми үй-бүлөлүк дарыгерлерде 19,7%га, терапевттерде 27,9%га технологиялык жакшыртууларды камсыз кылды. Жалпы практика дарыгерлеринин активдүүлүк коэффициенти 4,6дан 9,4кө, терапевттердики 3,4төн 5,7ге жогорулады. Типтүү «хронокарталар» жалпы практика дарыгерлеринин иш убактысын уюштурууну жакшыртып, медициналык жардамдын сапатын көтөрүп, ресурстарды натыйжалуу пайдаланууга шарт түзөт.

**Изденүүчүнүн жеке салымы.** Автор тарабынан диссертациянын темасы боюнча жазылган бардык изилдөөлөргө, адабий булактарга аналитикалык талдоолор жүргүзүлдү. Изденүүчү Ош, Жалалабад, Баткен областындагы БМСЖ көрсөткөн мекемелердин ишмердүүлүктөрүнө саресеп жасап, атайын жеке сурамжылоолорду жүргүзүп, сандык параметрлердин статистикалык эсептөөлөрүн жана эксперименттик иштерди жүргүзгөн. Автор тарабынан жыйынтыкталган материалдардын керектүү сандык параметрлеринин фактордук анализи жасалган. Дарылоо-диагностикалык процесстин уюштуруу-технологиясын жана 4 хронокарта иштелип чыккан:1) «жалпы практикалык дарыгердин (участкалык) амбулатордук баруу хронокартасы»; 2) «үй-бүлөлүк дарыгердин (амбулаторияда) иштөө убактысын эсепке алуу хронокартасы»; 3)«үй-бүлөлүк дарыгердин үйгө чакыруу боюнча тейлөө хронокартасы»; 4) «дарыгердин үйгө баруудагы иш убактысынын хронокартасы».

**Диссертациянын жыйынтыктарын апробациялоо.** Диссертациянын материалдары эл аралык илимий конференция (РФ, Нижневартовск-2021 ж); Б.Сыдыков атындагы Кыргыз-Өзбек эл аралык университетинин эл аралык илимий-конференциясында (Ош ш., 2022 ж.); Ош Мамлекеттик Университетинин медицина факультетинин 30-жылдык юбилейине арналган “Теорияны, билимди жана илимди прикладдык медицина менен интеграциялоо” Эл аралык илимий конференцияда, (Ош ш., 22-23-июнь 2023 ж.), Ош Мамлекеттик Университетинин кафедралар аралык отурумда коомдук саламаттык сактоо кафедрасында (Ош ш., 2024 ж.), Кыргыз Республикасынын Билим берүү жана илим министрлиги менен ОшМУнун 85 жылдыгына арналган “Жаңы чакырыктардын алдында заманбап практикалык медицинанын актуалдуу көйгөйлөрү” аттуу эл аралык илимий-практикалык конференцияда (Ош ш. 2 март 2024 ж.), Андижан мамлекеттик медициналык институтунда (30-апрель, 2024 ж.) “Профилактикалык медицинада жогорку инновациялык технологияларды колдонуу” аттуу эл аралык илимий-практикалык конференцияда (Андижан ш. 2024 ж.) талкууланган.

**Диссертациянын жыйынтыктарынын басылмаларда чагылдырылышынын толуктугу.** Диссертациянын темасы боюнча 13 илимий макала, анын ичинен 8 макала импакт-фактор 0,1ден жогору болгон РИНЦ системасы боюнча индекстелген журналдарда жарыяланган.

**Диссертациянын түзүлүшү жана көлөмү.** Диссертация кыргыз тилинде электрондук терүү жолу менен 151 бетте жазылып, киришүүдөн, 4 баптан, тыянактан турат. Илимий иштин натыйжалары 19 таблица жана 6 сүрөт менен коштолгон. Пайдаланылган эмгектердин саны 163, алардын ичинен: 83 – кыргызча, 47 - орусча жана 33 - чет тилинде.

ДИССЕРТАЦИЯНЫН НЕГИЗГИ МАЗМУНУ

Диссертациянын **кириш сөзүндө** изилдөө темасынын актуалдуулугу негизделет, максаты, милдеттери, илимий жаңылыгы, алынган натыйжалардын практикалык мааниси жана коргоого берилген диссертациянын негизги жоболору көрсөтүлгөн.

**1-БАП. «БАШТАПКЫ МЕДИЦИНАЛЫК-САНИТАРДЫК ЖАРДАМДЫ УЮШТУРУУДАГЫ КӨЙГӨЙЛҮҮ МАСЕЛЕЛЕР (адабий баян)».** Жалпы медициналык (үй-бүлөлүк) практикадагы терапиялык кызматтын орду жана сапаты боюнча ата мекендик, чет элдик изилдөөлөрдгө талдоо жүргүзүлдү, бул диссертациялык иштин тандалган чөйрөсүнүн актуалдуулугун негиздөөгө мүмкүндүк берди.

**2-БАП. «ИЗИЛДӨӨНҮН МЕТОДОЛОГИЯСЫ ЖАНА ЫКМАЛАРЫ».**

**2.1. Үй-бүлөлүк медицинадагы терапиялык жардамды изилдөөнүн жалпы методологиясы.** Ош шаардык ҮМБнын жана Ош облусунун Ноокат, Жалалабад облусунун Сузак райондорунун жалпы үй-бүлөлүк медицина борборлорунун ишмердүүлүктөрү камтылган комплекстүү изилдөө жүргүзүлдү.

Терапиялык жардамдын сапатына эксперттик баа берүүдө, терапиялык бейтаптарды амбулатордук дарылоонун аяктаган 415 учуру изилденди.

Жалпы практикалык жана үй-бүлөлүк дарыгерлер көрсөткөн медициналык жардамдын сапаты боюнча калктан 204 анкета алынып талданды.

90 үй-бүлөлүк дарыгердин иш уюштуруусу жана 50 дарыгердин жалпысынан 1735 саатты түзгөн жумуш убактысынын хронометражы жүргүзүлгөн.

**2.2. Оорулууларды кабыл алуунун методологиясы**. Үй-бүлөлүк дарыгер үчүн *жумуш убактысынын сарпталышын изилдөө* боюнча иштерди жүргүзүүдө 4 хронокарта иштелип чыккан:1) «жалпы практикалык дарыгердин (участкалык) амбулатордук баруу хронокартасы»; 2) «үй-бүлөлүк дарыгердин (амбулаторияда) иштөө убактысын эсепке алуу хронокартасы»; 3)«үй-бүлөлүк дарыгердин үйгө чакыруу боюнча тейлөө хронокартасы»; 4) «дарыгердин участокторго баруудагы иш убактысынын хронокартасы». Бул үчүн биз байкоо баракчасын колдондук, мында хронометражчылар байкоолордун жыйынтыгын киргизип, иштин ар бир элементинин башталышы жана аяктоо убактысын белгилешти. Бул ыкмалардын айкалышы бизге жалпы практикалык дарыгерлердин (үй-бүлөлүк дарыгерлердин) жумуш убактысын бөлүштүрүү боюнча ишенимдүү, толук жана ар тараптуу маалымат алууга мүмкүнчүлүк берди.

**2.3. Үй-бүлөлүк медицинадагы терапиялык жардамдын сапатын изилдөө**. Үй-бүлөлүк медицинадагы терапиялык жардамдын *сапатын изилдөөдө* биздин изилдөөбүздүн максаттарына жана милдеттерине байланыштуу Б.З.Кучеренко (2002) тарабынан иштелип чыккан эксперттик баалоо ыкмасына толуктоолор жана өзгөртүүлөр киргизилип колдонулду.

**2.4. Изилдөө ыкмалары.** Илимий иште: аналитикалык, статистикалык, эксперттик баамдоо, уюштуруучу үлгү ыкмалары колдонулган. Салыштырмалуу чоңдуктун жана динамикалык катарлардын көрсөткүчтөрү эсептелген. Топтор ортосундагы айырмачылыктардын ишенимдүүлүгү параметрдик Стьюдент критерийи, репрезентативдик ката, катасыз болжолдоо үчүн ишенимдүүлүк критерийин эсептөө жана шайкештик коэффициентти колдонуу менен аныкталган. Маалыматтын бардык көлөмү компьютерде Microsoft-Statistica 11 колдонмосу, Microsoft Excel программасы жана SPSS программасында (IBMInc, АКШ, 23-) иштетилген.

**3-БАП «КЫРГЫЗ РЕСПУБЛИКАСЫНЫН ТҮШТҮК РЕГИОНУНДА КАЛКТЫН ООРУГА ЧАЛДЫГУУ КӨРСӨТКҮЧҮ»**

3.1. Кыргыз Республикасынын түштүк регионунда оорулардын негизги класстарынын динамикасы. 2019-жылы Кыргыз Республикасынын Ош облусунун калкынын арасында оорулардын таралышы боюнча төмөнкү оорулар басымдуулук кылган: кан айлануу системасынын оорулары (100 миң калкка 5232,3), 2-орунда заара чыгаруучу жана жыныс системасынын оорулары (100 миң калкка 3314,2), 3-орунда дем алуу органдарынын оорулары (100 миң калкка 3030,6), пандемия учурунда көрсөткүчтөр көбөйгөн. 4-орунда эндокриндик системанын оорулары (100 миң калкка 1735,6), 5-орунда нерв системасынын оорулары (100 миң калкка 1798). Ош облусу боюнча динамикада кан айлануу системасынын оорулары 2020-жылы өсүү темпи +4,3% түзгөн, 2021-жылы -0,14%, 2022-жылы +2,9%, 2023-жылы +0,02% түзгөн.

Ош, Баткен, Жалал-абад областарындагы калктын оорулардын негизги класстарынын таралышын салыштырганда кан айлануу системасынын оорулары бардык жылдары 1-орунду ээлейт. Баткен (100 миң калкка 2113,8), Жалал-абад (100 миң калкка 3108,4) областтарынын дем алуу органдарынын оорулары бардык жылдары (2019-2023-жж) 2-орунду түзгөн.

Жалал-абад облусунун калкынын арасында дем алуу органдарынын оорулары 2020-жылы өсүү темпи +31,7% түзгөн, Баткен облусунун өсүү темпи 2023-жылы +23,4% га жогорулаган.

3.2. Саламаттык сактоонун баштапкы деңгээлинде калктын ооруусунун курактык өзгөчөлүктөрү

Байкоо жүргүзүү жылдарында илдетке чалдыккан адамдардын прогрессивдүү динамикасы улуу курактагы топтор үчүн гана эмес, ошондой эле бейтаптар жана 50 жашка чейинки байкалган үй-бүлө мүчөлөрү үчүн мүнөздүү болуп чыкты. Дем алуу тутумунун өнөкөт ооруларынын, кан айлануу тутумунун, таяныч-кыймыл аппаратынын жана тутумдаштыргыч ткандардын ооруларынын көбөйүшү 50 жашка чейинки адамдардын арасында өнөкөт патологиянын эрте көрүнүшүн жана оорулуулардын бардык курак категорияларында күчөшү байкалган.

Ошентип, баштапкы медициналык жардам кызматындагы калктын оорулулукту изилдөөсү көрсөткөндөй, байкалган 50 жаштан жогору бейтаптардын арасында оорунун таралышы 100 бейтапка 2017-жылы 88,7 ден 2020-жылы 208,1ге чейин көбөйгөн.

Алынган маалыматтар жалпы дарыгерлердин (үй-бүлөлүк дарыгерлердин) көзөмөлүндө бейтаптардын жана алардын үй-бүлөлөрүнүн ооруп калуу деңгээлинин жыл сайын туруктуу өсүшүн көрсөтүп турат. Оорунун өсүш тенденциясы аялдарга да, эркектерге да мүнөздүү, бирок кийинкисинде ал кыйла ачык байкалат (жалпы өсүш 1,8 менен 3,5 эсе).

**3.3. Саламаттык сактоонун системасынын баштапкы деңгээлинде ооруларды алдын алуу иш – чараларынын абалына баа берүү.**

Үй-бүлөлүк медицина борбору мамлекеттик бюджет тарабынан киши башына (подушевое финансирование) жараша каржылаунат. Ар бир үй-бүлөлүк дарыгерге белгиленген аймакта 1500-1700 адам бөлүнүп бекитилген жана ошол өзүнүн аймагындагы жаңы төрөлгөн баладан баштап баардык кишилердин ден-соолугуна камкордук көрүү милдети жүктөлгөн. Ошол себептен мезгил мезгили менен тейлеген участкадагы адамдарды үймө-үй (подворовой обход) кыдыруу жасап профилактикалык кароо жүргүзүп келет.

Ал эми мекеме-ишкана кызматкерлери профилактикалык медициналык кароо өтүш үчүн үй-бүлөлүк медицина борбору менен келишим түзүп бекитилген баалардын наркы (прейскурант) менен акча каражат которуп анан медициналык текшерүүдөн өткөрүлөт. Ал кызматкерлер жашаган дареги боюнча үй-бүлөлүк дарыгердин көзөмөлүндө турат жана ал кишиге мамлекет тарабынан бөлүнгөн каражат жашаган дарегин тейлеген дарыгерге бөлүнгөн.

Бирок мындай система билим берүү жана коргонуу министрлик тармагына тиешелүү болбой калган. Себеби аталган системада эмгектенген, билим-тарбия алгандар катталаган дареги боюнча ҮМБга (Үй-бүлөлүк медицина) карайт жана каржылоо ошол ҮМБга бөлүнөт.

Ал эми профилактикалык медициналык кароо иштеген же окуган жеринен акысыз өткөрүлүп келет. Мисалы Ош шаардык ҮМБда 172 үй-бүлөлүк дарыгер бар болсо шаар боюнча 60 тан ашуун орто мектептерде жана 50гө жакын мектепке чейинки балдарды тарбиялооочу мекемелерде 150 миңге чукул балдар тарбияланып келет. Аларга медициналык кароо жашаган дареги боюнча жүргүзулүш керек. Бирок бул милдет Ош шаардык ҮМБга жүктөлүп калган.

Профилактикалык текшерүүлөрдүн жүрүшүндө эң кеңири таралган патология болуп кан айлануу системасынын оорулары саналат, ал бардык аныкталган оорулардын 44%ын түздү.

Ошентип изилдөөнүн жыйынтыгы көрсөткөндөй мектеп окуучуларынын медициналык кароодон өткөрүү үчүн үй бүлөлүк дарыгерлерге каражат бөлүнбөй калган. Ошол себептен орто билим берүү жана мектепке чейинки тарбиялоо мекемелеринидеги балдардын профилактик медициналык текшерүүсүн кайрадан карап, жобо иштеп чыгуу зарылчылыгы келип чыгат.

**3.4. Баштапкы медициналык-санитардык жардамдын ишмерүүлүгүн баалоо**

Изилдөө учурунда дарыгерлердин оорулууларды кабыл алуусу, терапиялык оорулардын түрлөрү жана дарыгерлердин бейтаптарга берген кеп-кеңештери аныкталды.

Бейтаптын оорулуулук боюнча биринчи жолу кайрылуусунда үй-бүлөлүк дарыгер ар дайым даттанууларын толук тактоодо (m±49,5), ал эми терапевт — кабыл алынган 100 бейтапка (m±48,5) учурду түзгөн. Бирок, бейтаптарды кабыл алууда текшерүү жана сурамжылоо жүргүзүүнүн башка элементтерин карасак, көрсөткүчтөрүндө бир топ айрыма бар (р≤0,005).

ЖПДБга оорулуу алгачкы ирет кайрылган мезгилде текшерип кароонун сапаттык көрсөткүчтөрү терапевттерге салыштырганда үй-бүлөлүк дарыгерлерде бир жарым эсеге көп экендиги белгилүү болду. Мисалы: жүрөктү жана өпкөнү угууда, кан басымын өлчөөдө. Ал эми ЖПДБнын терапевттеринде жүрөктү жана өпкөнү угуу гана тешелүү түрдө жүргүзүлгөн. ЖПДБгы дарыгерлер оорулууну кабыл алганда аларга жазылган дары-дармектерди түшүндүрүп, сурамжылап-текшерүүнүн башка элементтерин жакшы жүргүзбөгөндүгүн изилдөө далилдеди.

Медициналык жардамдын сапаты көптөгөн факторлордон көз каранды жана эң негизгилеринин бири жогорку квалификациялуу адистерди даярдоо болуп саналат. Мындай адистерди даярдоо үй-бүлөлүк медицинанын практикасын киргизүү процессинин негизги милдети болуп саналат. Изилдөөгө алынган мекемелерде иштеген дарыгерлердин ЖДПы (жалпы дарыгерлер практикасы) жана ҮДТда 114 анкетасын талдоодо терапевттердин 45%, педиатрлардын 35%, акушер-гинекологдордун 12%, башка адистердин 8%ы кайра даярдоодон өткөнү аныкталган.

Белгиленген ченемдер боюнча ҮМБда бир штаттык бирдигине 1500-1700 адам каралган. Кыргыз Республикасынын Ош шаарында ички жана тышкы миграциянын эсебинен 500 миңден ашуун адам жашайт. Демек, Ош шаарына кеминде 330 дан ашуун үй-бүлөлүк дарыгерлер талап кылынат.

Учурда изилденип жаткан Ош шаардык үй-бүлөлүк медицина борборунда 172 үй-бүлөлүк дарыгер эмгектенет. Бирок ал дарыгерлердин арасында жогорку медициналык окуу жайлардын атайын Үй-бүлөлүк медицина факультеттерин бүтүргөн бир дагы адис жок. Баардыгы мурдагы терапевт, педиатр, акушер-гинекологдор түзөт.

Саламаттыкты сактоону реформалоодо амбулатордук жардамдын муктаждыктары үчүн каржы ресурстарын (камсыздандыруу, кошумча киреше) медициналык кызматкерлерге эмгектик сыйлыктарды киргизүү каралган (КТУ төлөмдөрү). Бул фактор эмгек өндүрүмдүүлүгүн жогорулатууда маанилүү роль ойной алат.

Кыргыз Республикасынын Президентинин жарлыгы менен 2022 жылдын 1 апрелинен баштап жалпы практикалык дарыгерлер борборунда эмгектенген врачтарга (үй-бүлөлүк дарыгер) жети миң кырк сом олчомундө эмгек акы төлөнө баштап, айлык акысына 2,16 коэфицинет менен эсептелген. Ага кошумча иш тажырыйбасына жана категориясына жараша дагы кошумча төломдөр кошо каралган. Маселен бир коюм менен эмгектенген дарыгер, стажы 15 жыл, категориясы жогорку болсо 7040х2,16=15206 стажы үчүн 30%=4561 сом, жогорку категориясы үчүн 50%=7603 сом. Жалпы 15206+4561+7603=27370 сомду түзөт. Эмгек акынын мындай жогрулашы баштапкы медициналык санитардык жардам кызматында эмгектенгендерге бир топ стимул болгонун белгилеп кетүү керек.

Кыргызстандагы жалпы медициналык (үй-бүлөлүк) практиканы каржылоо боюнча талдоонун жыйынтыгын чыгарып, төмөнкүдөй тыянак жасоого болот: Үй-бүлөлүк медицинадагы эмгек акы саламаттыкты сактоону реформалоо башталгандан тартып киши башына төлөөгө негизделип, БМСЖды толук оптималдаштырууга мүмкүндүк берген эмес.

**4-БАП ҮЙ-БҮЛӨЛҮК МЕДИЦИНАДАГЫ ТЕРАПИЯЛЫК ЖАРДАМДЫН САПАТЫН ЖОГОРУЛАТУУ ЖАНА ЖУМУШ УБАКТЫСЫН РАЦИОНАЛДУУ ПАЙДАЛАНУУ**

Изилдөөнүн материалдарынын негизинде жумуш убактысын рационалдуу пайдалануу; дарыгерлердин ишин пландаштырууну жакшыртуу; медициналык жардамдын сапатын жогорулатуу боюнча амбулаториялык шарттагы дарыгердин ишинин технологиясы иштелип чыкты. Үй-бүлөлүк дарыгерлердин ишин баалоо көрсөткүчтөрүн камтыган методикага өзгөртүүлөрдү киргизүү менен терапиялык жардамдын сапатын жогорулатууга багытталган иш-чаралардын системасы иштелип чыкты.

4.1 Жалпы практикалык дарыгерлердин адистик боюнча жумуш убактысынын хронометражы

Дарыгердин медициналык документацияга кеткен убактысын кыскартуу үчүн изилдөөгө жана дарылоого жолдомолордун стандарттуу формаларын колдонуу маанилүү. Байкоолор көрсөткөндөй, ар бир 100 кайрылууга жолдомо берүү жыштыгы орто эсеп менен дарыгер тарабынан 26 жолу жана медайым тарабынан 48 жолу. Бир жолдомо берүү үчүн орто эсеп менен 1,5 мүнөт кетет. Учурдагы шарттардагы жана эксперименттин жүрүшүндөгү жалпы дарыгерлердин жумуш убактысынын чыгымдарынын түзүмү 4.1.1-таблицада көрсөтүлгөн.

4.1.1-таблица. Дарыгерлердин жумуш убактысынын чыгымдарынын түзүмү

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № | Иштин түрүнө сарпталган убакыт | Үй-бүлөлүк дарыгер | | Терапевт | |
| Чейин | Кийин | Чейин | Кийин |
| M±m | | M±m | |
| 1 | Диагноз коюу жана дарылоо иштерине | 44,5±1 | 37,6±0.1 | 42,1±1 | 35,5±1 |
| p=0,001\* | | p=0,022\* | |
| 2 | Профилактикалык иштерге | 10,1±1 | 6,2±1 | 13,4±1 | 6,2±1 |
| p=0,008\* | | p=0,0009\* | |
| 3 | Мед-к документ-и даярдоого | 31,2±1 | 24,0±1 | 38,0±0,8 | 28,2±1 |
| p=0,009\* | | p=0,0002\* | |
| 4 | Жеке квалифика-н жогорулатууга | 7,3±0,1 | 7,2±0,1 | 2,6±0,07 | 6,7±0,1 |
| p=0,007\* | | p=0,023\* | |
| 5 | Башка иш-чараларга | 11,4±1,1 | 3,2±0,1 | 10,0±1 | 5,1±1,1 |
| p=0,002\* | | p=0,004\* | |
| 6 | Жумуш тыныгууга | 6,0±1 | 2,8±1 | 7,7±0,71 | 4,5±0,7 |
| p=0,017\* | | p=0,000\* | |
| Эскертме: n-байкоолордун саны=100. M-орточо, m-стандарттык четтөө (отклонение), р-айрымачылык. р≤0,05\*- учурда ишенимдүү айрыма | | | | | |

Алынган натыйжалардын негизинде, айырмачылыктар дарыгерлердин жумуш шарттарынын өзгөргөндүгүн жана алардын иш күнүндөгы убакытты кантип бөлүштүргөндүгүн көрсөтөт. Эксперименттердин натыйжасында убакыт кыскарган иш-чаралар (диагноз коюу, дарылоо, профилактика) көбөйдү, ал эми квалификация жогорулатуу жана башка иш-чаралар үчүн сарпталган убакыт кээ бир учурларда көбөйгөн. Бул маалыматтар дарыгерлердин ишин оптималдаштыруунун жана жакшыртуунун мүмкүнчүлүктөрүн ачат. Биз таратпан иштелип чыккан “Жумуш убакытты рационалдуу пайдалануу” сунуштары терапиялык жардамдын сапатын жогорулатты деген корутунду жасоого болот.

**4.2. Дарылоо-диагностикалоо процессин эксперттик баа берүү**

Дарылоо жана диагностикалоо процессинин клиникалык технологиясынын негизи бардык ооруларды аныктоо эрежелеринин жыйындысы, б.а. универсалдуу системасы болуп саналат. Терапияда: 1) сурамжылоо; 2) кароо; 3) пальпация; 4) перкуссия; 5) аускультация ыкмаларын камтыйт.

Жалпы сурамжылоо схемасынын негизинде, дарыгерлердин диагностикалык маалыматка болгон муктаждыктарын жана медициналык байкоонун логикасын эске алуу менен биз байкоо жүргүзүү учуруна жараша сурамжылоо схеманы сунуш кылдык (4.2.1 таблица).

**4.1.1-таблица** ‒ Амбулатордук кабыл алууда терапиялык бейтаптарды сурамжылоо схемасы

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № | Сурамжылоо элементтери | Алгачкы | | кайталанган | | акыркы | |
| курч | өнөкөт | курч | өнөкөт | курч | өнөкөт |
| 1 | Бейтаптын оорусу боюнча  арызын угуу | + | + | + | + | - | + |
| 2 | Симптомдорду сурамжылоо | + | + | + | + |  | + |
| 3 | Оорунун узактыгы | + | - | - | - | - | - |
| 4 | Оорунун себептери | + | - | - | - | - | - |
| 5 | Симптомдордун пайда болуу убактысы, шарттары | + | + |  |  |  |  |
| 6 | Дарылоо чараларын  талкуулоо | + | + | + | + | + | + |
| 7 | Оорунун жүрүшүндө  өзгөрүүлөр | - | - | + | + | - | + |
| 8 | Мурдагы изилдөөлөрдүн  натыйжалары |  | + |  |  |  |  |
| Эскертүү: "+" – зарыл болгон элемент "-" – зарыл эмес элемент | | | | | | | |

Диагностикалык процесстин ажырагыс бөлүгү дарыгер менен бейтаптын ортосундагы сүйлөшүү болуп саналат.

Биздин байкоолорубуздун натыйжалары сүйлөшүүнүн жана аны жүргүзүү формасына биринчи кезекте тиешелүү болгон аныкталган кемчиликтерди четтеткен багытта сүйлөшүүлөрдү жүргүзүүнүн зарылдыгы аныкталды. Биз 4.2.2-таблицада бейтап менен сүйлөшүүнүн схемасын сунуштадык.

4.2.2-таблица ‒ Амбулатордук кабыл алууда дарыгердин бейтап менен сүйлөшүү схемасы

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № | Сүйлөшүү | Алгачкы | | кайталанган | | акыркы | |
| курч | өнөкөт | курч | өнөкөт | курч | өнөкөт |
| 1 | Диагнозду талкуулоо | + | + | + | + | - | + |
| 2 | Режим боюнча сунуштар | + | + | + | + | - | + |
| 3 | Диета боюнча сунуштар | + | + | + | + | - | + |
| 4 | Дарылоо боюнча сунуштар | + | + | + | + | - | + |
| 5 | Инструм-к, лабор-к текшерүүлөрдү талкуулоо | + | + | + | + | + | + |
| 6 | Кошумча |  |  | + | + | *+* | + |
| 7 | Профилактикалык сүйлөшүү | + | - | - | - | *+* | + |
| 8 | Талкуу | + | + | + | + | *+* | + |
| Эскертүү: “+” элементинин болушу “-” жок | | | | | | | |

Терапиялык жардамдын кийинки этабы лабораториялык- инструменталдык ыкмаларды тандоону камтыйт. Бул ишти аткарууда биз, ишти уюштуруунун жана клиникалардын заманбап диагностикалык каражаттар менен жабдылышын эске алуу менен диагноз коюу үчүн маалыматтарды, эксперттик корутундуларды негиздөө, инструменталдык изилдөөлөрдү жүргүзүүнү, дарылоо-профилактикалык иш-чаралардын планын камтыган — оорулууну текшерүү картасын сунуш кылдык.

4.3 Мониторго алынган ооруларды сурамжылоонун алгоритминин технологиясын өркүндөтүү

Терапиялык оорулар боюнча бейтаптарды изилдөөнүн сапатын жакшыртуу боюнча иш-чараларды киргизүүнүн натыйжасында, үй-бүлөлүк дарыгерлерде оорулууну сурамжылоонун элементтери статистикалык жактан олуттуу өзгөргөн (1>9, p<0,001).

1. Сурамжылоонун төмөнкү элементтери боюнча олуттуу өсүү байкалган: Арыздарды аныктоо: 82,3%дан 97,6%га (р=0,0002).- Оорунун белгилерин аныктоо: 32,8%дан 64,8%га (р=2,0).- Оорунун узактыгын аныктоо: 17,1%дан 57,3%га (р=1,2).- Оорунун себептерин аныктоо: 4,7%дан 48,0%га (р=9,15). Бул өсүү үй-бүлөлүк дарыгерлердин клиникалык ой жүгүртүүсү жана диагностикалык жөндөмдүүлүктөрү боюнча олуттуу прогрессти көрсөтөт.

Арыздарды жана белгилерин аныктоонун жогорку деңгээли диагностиканын негизги звеносу катары маанилүү.

2. Дарылоо иш-чаралары боюнча көрсөткүчтөр 61,7%дан 82,4%га өскөн (р=1,1).

- Башка дарылоочу элементтер боюнча көрсөткүчтөр 3,7%дан 16,7%га (р=0,0006) жакшырган.

Дарылоонун сапатынын өсүшү медициналык кызматтардын натыйжалуулугун жогорулатканын көрсөтөт. Бул, өз кезегинде, оорулуулардын дарылоого болгон ишенимин арттырат жана алардын ден соолукка байланышкан көйгөйлөрүн ыкчам чечүүгө жардам берет (4.3.1-таблица).

**4.3.1-таблица.** Мониторго алынган терапиялык ооруларды сурамжылоонун сапатын текшерүү (ҮБД 100 бейтапка)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № | Сурамжылоонун элементтери | Бронхит, пневмония | | ГО | | ЖИО | | Ашказан, 12эли жарасы | |
| Чейин | Кийин | Чейин | Кийин | Чейин | Кийин | Чейин | Кийин |
|  |  | M±m | | M±m | | M±m | | M±m | |
| 1 | Арыздарды аныктоо | 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 | Оорунун белгилерин аныктоо | 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 | Оорунун узактыгы | 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 | Оорунун себептери | 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 | Тобокел фактору | 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 | Дарылоо иш-чаралары | 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 | Башка элементтер | 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 | элементтер жалпы саны | 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 | Активдүүлүк коэф | 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 | |
| Эскертме: n-байкоолордун саны=100. M-орточо, m-стандарттык четтөө (отклонение), р-айрымачылык. р≥0,05\*- ишенимдүү айрыма | | | | | | | | | |

3. Активдүүлүк коэффициентинин жогорулашы

Экспериментке чейинки активдүүлүк коэффициенти (АК) орто эсеп менен 2,3 болсо, эксперименттен кийин 4,2ге жеткен (р=2,0). Бул бардык аспектилерде иштин натыйжалуулугу өскөнүн көрсөтөт.

Ошентип, сунушталган технологияны колдонуу дарыгерлерге бейтап менен ырааттуу жана эффективдүү маектешүү мүмкүнчүлүгүн түзгөнү белгиленет. Бул өзгөрүү айрым оорулар боюнча изилдөөнүн элементтериндеги көрсөткүчтөрдүн жогорулашы менен далилденет. Эксперименттик шарттарда активдүүлүк коэффициенти бронхит боюнча 2,3төн 4,2ге, гипертонияда оорунун узактыгын аныктоо жана тобокелдик факторлор боюнча 2,5тен 5,3кө, жүрөктүн ишемиялык оорусунда 3,2ден 5,7ге, ал эми ашказан жана он эки эли ичегинин жарасында 2,9дан 5,6га чейин жогорулаган.

4.4. Жалпы практикадагы дарыгерлердин терапиялык жардамдын өркүндөтүүнүн уюштуруучулук негиздери

Изилдөөнүн бул бөлүгүндө бейтапты сурамжылоонун сапатын жакшыртуу максатында үй-бүлөлүк дарыгер (ҮБД) жана терапевтерге (Т) жүргүзүлгөн экперименталдык иштерге талдоо жасалды.

Сурамжылоонун негизин түзгөн оорунун белгилерин, узактыгы, себептери жана эмгек шарттарын аныктоодо статистикалык олуттуу өсүш байкалган (p<0.05). Арыздарды аныктоо: ҮБДде 95,2%дан 100%га өстү, ал эми Тде 90,1%дан 98,4%га жетти. Оорунун узактыгы: ҮБДде 33,6%дан 87,5%га, ал эми Тде 17,4%дан 42%га көбөйдү. Тукум куучулук: ҮБДде 6,8%дан 64,2%га, Тде 3,6%дан 18,5%га жогорулады. Дарылоо иш-чаралары: ҮБД 58,6%, Т 27,9%га чейин өсүш көрсөттү (4.4.1-таблица).

4.4.1-Таблица. Бейтаптарды сурамжылоонун сапаты (100 адамга)

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № | Бейтапты сурамжылоонун элементтери | Үй-бүлөлүк дарыгер | | | Терапевт | | |
| Чейин | Кийин | | Чейин | | Кийин |
| M±m | | | M±m | | |
| 11 | Арыздарды аныктоо | 95,2±1 | 100±1 | | | 90,1±1 | 98,4±1 |
| p=0,004\* | | | | p=0,0005\* | |
| 2 | Оорунун белгилери мүнөзү | 24,2±1 | 89,5±1,5 | | | 13,8±0,7 | 32,7±0,7 |
| p=2,8 | | | | p=1,08 | |
| 3 | Оорунун узактыгы | 33,6±3,0 | 87,5±8,0 | | | 17,4±2,3 | 42,0±2,6 |
| p=8,04 | | | | p=1,07 | |
| 4 | Оорунун себептери | 19,6±1 | 78,4±1 | | | 7,0±1 | 34,6±1 |
| p=2,2 | | | | p=4,5\* | |
| 5 | Эмгек жана жашоо шарттары | 20,3±1 | 89,0±1 | | | 5,6±1 | 32,2±1 |
| p=1,19 | | | | p=5,2 | |
| 6 | Тукум куучулук | 6,8±1 | 64,2±1 | | | 3,6±1 | 18,5±1 |
| p=2,4 | | | | p=5,3 | |
| 7 | Эпидемиологиялык тарых | 10,9±1 | 65,1±1 | | | 4,3±1 | 13,8±1 |
| p=3,08 | | | | p=0,0003\* | |
| 8 | Жаман адаттар | 19,3±1 | 83,9±1 | | | 7,6±1 | 41,0±1 |
| p=1,5 | | | | p=2,13 | |
| 9 | Дарылоо иш-чаралары | 21,5±1 | 58,6±1 | | | 25,5±1 | 27,9±1 |
| p=1,5 | | | | p=0,005 | |
| 10 | Баңгизатка толеранттуулук | 15,8±1 | | 70,8±1,25 | | 5,6±1,1 | 29,4±2,11 |
| p=5,4 | | | | p=3,6 | |
| 11 | Оорунун жүрүшүндө  өзгөрүүлөр | 3,9±0,8 | 25,7±1,20 | | | 1,8±0,8 | 4,0±0,7 |
| p=1,29 | | | | p=0,04 | |
| 12 | Башка элементтер | 6,0±0,15 | 10,3±0,9 | | | 2,0±1,9 | 2,5±2,2 |
| p=0,001 | | | | p=0,05 | |
| 13 | 100 бейтапка жалпы элементтер | 277,1±3,6 | 823,4±4,1 | | | 84,3±8,07 | 377,0±7,15 |
| p=6,9 | | | | p=6,4 | |
| 14 | Активдүүлүк коэффициенти | 2,7±0,95 | 8,2±0,9 | | | 1,8±0,95 | 3,7±1 |
| p=0,002 | | | | p=0,07 | |
| Эскертме: n-байкоолордун саны=100. M-орточо, m-стандарттык четтөө (отклонение), р-айрымачылык. р≥0,05\*- учурда ишенимдүү айрыма | | | | | | | |

Бул көрсөткүчтөр сурамжылоонун сапаты жакшырганын, ошондой эле үй-бүлөлүк дарыгерлердин методологиялык жактан алдыңкыраак иштегенин көрсөтүүдө. Жаңы технологиялар жана усулдар колдонулган шарттарда активдүүлүк коэффициенти үч эсеге жакын өстү: ҮБДде 2,7ден 8,2ге чейин. Тде 1,8ден 3,7ге чейин. Бул активдүүлүктүн жана сурамжылоонун натыйжалуулугунун олуттуу өсүшүн билдирет. Дарыгерлер бейтаптар менен сүйлөшүү учурунда оорунун белгилерин тактап, анын себебин жана таасирин тереңирээк изилдей башташты.

Үй-бүлөлүк дарыгер менен терапевттердин бейтаптар менен сүйлөшүү сапатына салыштырмалуу анализи. ҮБД АТге караганда: оорунун узактыгы: 87,5%га каршы 42%. - Тукум куучулук факторлор: 64,2%га каршы 18,5%.

- Эмгек жана жашоо шарттары: 89%га каршы 32,2%.

Бул көрсөткүчтөр үй-бүлөлүк дарыгерлердин эксперименталдык шарттарда бейтаптарды изилдөөнүн сапатын кыйла натыйжалуу жүргүзгөнүн тастыктоодо.

Демек, жаңы ыкмалар үй-бүлөлүк дарыгерлердин мүмкүнчүлүктөрүн кеңейтип, бейтаптарды ырааттуу жана толук изилдөөгө шарт түзгөн. Мунун натыйжасында, дарыгерлер оорунун узактыгы, анын себептери жана башка факторлор боюнча тереңирээк маалымат топтой алышты.

Изилдөөнүн жыйынтыгы үй-бүлөлүк дарыгерлердин бейтаптарды изилдөө сапатынын олуттуу өсүшүн жана жаңы технологияларды колдонуу менен алардын мүмкүнчүлүктөрүн кеңейтүүнүн маанилүүлүгүн көрсөтөт. Бул эксперименталдык ыкма калктын жалпы саламаттыгына оң таасир берип, өлкөнүн саламаттыкты сактоо системасын жакшыртууга жардам берет.

Биз сунуштаган технологияларды киргизүү менен бейтаптарды кароонун сапатынын олуттуу жакшырганы байкалды. Мисалы үй-бүлөлүк дарыгерлер

технологияны киргизүүгө чейин 100 кабыл алынган бейтаптан 5,6 да тери жана тери астындагы майларды текшерсе жаны технология менен бул көрсөткүч 26,3 га чейин өскөн. Терапевттерде да бул бул көрсөткүч статистикалык ишенимдүү (3,6±0,1 до 9,1±4,4) жогорулаган. ҮБД (26,3±0,9) терапевттерге (9,1±4,4) караганда бул процесске көбүрөөк көңүл бурган. Ооз көңдөйүн текшерүүдө үй-бүлөлүк дарыгерде үч эсе ал эми терапевтерде 22,3±1,5 дан 33,5±1,5 чейин өскөн (4.4.2 таблица).

4.4.2-таблица. Терапиялык оорулууларды текшерүүнүн сапаты (100 бейтапка)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № | Текшерип изилдөөнүн элементтери | Үй-бүлөлүк дарыгер | | | | | | | | | | | | Терапевт | | | | | | | | | | | |
| Чейин | | | | | | | | | | | Кийин | Чейин | Кийин | | | | | | | | | | |
|  | Орточо сан | M±m | | | | | | | | | | | | M±m | | | | | | | | | | | |
| 11 | Тери жана тери астын майларды текшерүү | 5,6±0,9 | | | | | | | | | | | 26,3±0,9 | 3,6±0,1 | 9,1±4,4 | | | | | | | | | | |
| p=1,1 | | | | | | | | | | | | p=0,3 | | | | | | | | | | | |
| 22 | Ооз көңдөйү | 20,1±1 | | | | | | | | | | | 62,6±1 | 22,3±1,5 | 33,5±1,5 | | | | | | | | | | |
| p=1,09 | | | | | | | | | | | | p=0,0009 | | | | | | | | | | | |
| 33 | Өпкөнүн перкуссиясы | 41,0±1 | | | | | | | | | | 82,8±1,9 | | 32,5±1 | | 48,9±1,4 | | | | | | | | | |
| p=6,0 | | | | | | | | | | | | p=8,5 | | | | | | | | | | | |
| 4 | Өпкөнүн аускультациясы | 51,8±1,2 | | | | | | | | 93,7±3,2 | | | | 47,8±1 | | | 77,3±1 | | | | | | | | |
| p=4,2 | | | | | | | | | | | | p=3,8 | | | | | | | | | | | |
| 55 | Жүрөктүн перкуссиясы | 36,2±4,8 | | | | | | | | | 89,0±2,0 | | | 33,6±2,6 | | | | | | 40,1±2,0 | | | | | |
| p=1,6 | | | | | | | | | | | | p=0,02 | | | | | | | | | | | |
| 66 | Жүрөктүн аускультациясы | 53,7±1,2 | | | | | | | | | 91,5±1,7 | | | 42,4±2,0 | | | | 82,4±2,2 | | | | | | | |
| p=8,3 | | | | | | | | | | | | p=2,5 | | | | | | | | | | | |
| 77 | Кан басымын өлчөө | 65,4±2,2 | | | | | | | | | | 98,0±2,6 | | 27,7±2 | | | | | | | 87,5±3,8 | | | | |
| p=7,8 | | | | | | | | | | | | p=2,2 | | | | | | | | | | | |
| 88 | Пульсту текшерүү | 35,1±3,8 | | | | | | | 77,4±4,8 | | | | | 19,5±1 | | | | | | 41,0±2 | | | | | |
| p=2,3 | | | | | | | | | | | | p=6,4 | | | | | | | | | | | |
| 99 | Ашказандын пальпациясы | 32,6±1,7 | | | | | | 26,1±1,0 | | | | | | 19,4±1 | | | | | | | | 13,6±1 | | | |
| p=0,005 | | | | | | | | | | | | p=0,002 | | | | | | | | | | | |
| 110 | Боор перкуссиясы | 24,1±1,4 | | | | | 66,8±1,9 | | | | | | | 20,9±1,1 | | | | | | | | | | | 37,8±1,2 |
| p=9,1 | | | | | | | | | | | | p=6,5 | | | | | | | | | | | |
| 111 | Боор пальпациясы | 20,9±1,1 | | | 89,2±1,6 | | | | | | | | | 16,2±1 | | | | | | | | | | | 34,4±1 |
| p=5,9 | | | | | | | | | | | | p=2,3 | | | | | | | | | | | |
| 112 | Ичегилерди пальпациялоо | 38,0±2,5 | | | | 30,1±2,0 | | | | | | | | 22,5±0,7 | | | | | | | | | | 20,0±1 | |
| p=0,04 | | | | | | | | | | | | p=0,14 | | | | | | | | | | | |
| 113 | Шишикти аныктоо | 16,6±0,7 | | 61,9±1 | | | | | | | | | | 19,5±0,9 | | | | | | | | | 23,1±0,9 | | |
| p=3,7 | | | | | | | | | | | | p=0,009 | | | | | | | | | | | |
| 114 | Бөйрөк перкуссиясы | 17,3±0,7 | | | | 46,9±1,4 | | | | | | | | 15,0±1,3 | | | | | | | 21,7±1,3 | | | | |
| p=5,7 | | | | | | | | | | | | p=0,002 | | | | | | | | | | | |
| 115 | 100 бейтапка элементтер жалпы | 458,4±2,7 | | | | 942,3±2,1 | | | | | | | | 342,9±2,4 | | | | | 570,4±2,2 | | | | | | |
| p=1,7 | | | | | | | | | | | | p=2,9 | | | | | | | | | | | |
| 116 | Активдүүлүк коэффициенти | 4,6±0,1 | 9,4±0,1 | | | | | | | | | | | 3,4±0,1 | | | | | 5,7±0,1 | | | | | | |
| p=5,0 | | | | | | | | | | | | p=9,4 | | | | | | | | | | | |
| Эскертме: n-байкоолордун саны=100. M-орточо, m-стандарттык четтөө (отклонение), р-айрымачылык. р≥0,05\*- учурда ишенимдүү айрыма | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Өпкөнүн перкуссиясы жана аускультациясы. - Перкуссия: - Үй-бүлөлүк дарыгер: 41%дан 82,8%га. - Терапевт: 32,5%дан 48,9%га.- Аускультация: - Үй-бүлөлүк дарыгер: 51,8%дан 93,7%га. - Терапевт: 47,8%дан 77,3%га жогорулаган.

Жүрөктүн перкуссиясы жана аускультациясы. - Перкуссия: - Үй-бүлөлүк дарыгер: 36,2%дан 89%га. - Терапевт: 33,6%дан 40,1%га. - Аускультация: - ҮБД: 53,7%дан 91,5%га. - Т: 42,4%дан 82,4%га. Жүрөк-кан тамыр ооруларына байланыштуу изилдөөлөрдө ҮБДнин көрсөткүчтөрү кыйла жогорулаган.

Кан басымын өлчөө.- ҮБД: 65,4%дан 98%га.- Т: 27,7%дан 87,5%га жакшырганын билдирет.

Пульсту текшерүү. - ҮБД: 35,1%дан 77,4%га.- Т: 19,5%дан 41%га. Бул көрсөткүч кан айлануу көйгөйлөрүн аныктоо сапатын жогорулатканын көрсөтөт. ҮБД бул жаатта жакшыраак натыйжаларды көрсөттү. Ашказан жана боор изилдөөлөрү. - Ашказандын пальпациясы: - ҮБД: 32,6%дан 26,1%га. - Т: 19,4%дан 13,6%га. - Боор перкуссиясы: - ҮБД: 24,1%дан 66,8%га. - Т: 20,9%дан 37,8%га.- Боор пальпациясы: - ҮБД: 20,9%дан 89,2%га. - Т: 16,2%дан 34,4%га.

Ашказанды пальпациялоонун төмөндөшү дарыгерлер керектүү учурларда гана бул текшерүүнү колдоно баштаганын көрсөтөт. Ошол эле учурда боорду перкуссиялоо жана пальпациялоо сапаты кыйла жакшырган.

Шишикти жана бөйрөктү изилдөө.- Шишикти аныктоо: - ҮБД: 16,6%дан 61,9%га. - Т: 19,5%дан 23,1%га.- Бөйрөк перкуссиясы: - ҮБД: 17,3%дан 46,9%га. - Т: 15%дан 21,7%га.

Шишикти аныктоо жана бөйрөктү текшерүү иштери ҮБДде кыйла жакшырды. АТде өсүү бар, бирок анчалык олуттуу эмес.

Жалпы активдүүлүк коэффициенти. - ҮБД: 4,6дан 9,4кө чейин. - Т: 3,4төн 5,7ге чейин. Эксперименталдык шарттарда жалпы активдүүлүк коэффициенти кыйла жогорулаган, бул жаңы технологиялардын жана окутуулардын эффективдүүлүгүн тастыктайт.

Мониторго алынган ооруларды текшерүү сапатына талдоо жүргүзүүнүн натыйжасында, 4.4.2-таблица көрсөткөндөй сунушталган технология боюнча бейтаптарды текшерүү элементтери жакшырган (р≥0,05\*-).

1. Жаңы технологияларды киргизүү менен эксперименттик шарттардагы өпкөнүн перкуссиясы жана аускультациясынын натыйжалуулугун жогорулатканын көрсөтөт.

Дарылоо иш-чаралары: 82,4 учурга чейин өскөн, бул жана пневмониянын толук кандуу дарылоого багытталганын далилдейт.

Гипертонияда: Жүрөктүн перкуссиясы жана аускультациясы: Текшерүү 100% бейтапка жүргүзүлгөн. Бул жүрөккө байланыштуу маселелерди терең изилдөөгө шарт түзгөн.

Кан басымын өлчөө: 100 учурга жеткен, бул гипертонияны көзөмөлдөөдө маанилүү. Пульсту текшерүү: 97 учурга жетип, кан айланууну баалоодо негизги көрсөткүч болгон.

Шишикти аныктоо: 82,6 учурга чейин жогорулаган, бул оорунун клиникалык белгилерин аныктоону жеңилдеткен.

Жүрөктүн ишемиялык оорусунда (ЖИО):

Жүрөктүн перкуссиясы жана аускультациясы: 100% бейтапта жүргүзүлүп, жүрөк оорусунун өнүгүү өзгөчөлүктөрүн толук изилдөө камсыздалган.

Пульсту текшерүү: 100 учурга жеткен, бул жүрөк-кан тамыр абалына мониторинг жүргүзүүгө өбөлгө түзгөн.

Ашказан жана он эки эли ичегинин жарасында:

Ооз көңдөйүн текшерүү: 100 учурга жеткен, бул тамак сиңирүү системасынын ооруларын аныктоодо маанилүү.

Ашказандын пальпациясы: 100 учур, бул дарылоонун максаттуулугун камсыздоодо чоң роль ойнойт.

Боор перкуссиясы: 100 учурга жетип, боор ооруларынын себебин изилдөө толук ишке ашырылган.

2. Диагностикалык иш-аракеттердин өзгөрүшү.

Жаңы технологиялар киргизилгенге чейин диагностикалык ыкмалар айрым элементтерде жетишсиз болгон, мисалы, өпкө аускультациясы бронхитте 61,8% учурда жүргүзүлгөн болсо, эксперименталдык шарттарда бул көрсөткүч 93,7%га өскөн.

Ошол эле учурда, ашказан жана боорду пальпациялоо сыяктуу элементтер азайган, мисалы, ашказанды пальпациялоо 17,5 учурдан 11,6 учурга чейин төмөндөгөн. Бул дарыгерлер керектүү элементтерге гана басым жасаганын жана методологиялык жактан так иштегенин билдирет.

3. Активдүүлүк коэффициентинин жогорулашы. Эксперименталдык шарттарда активдүүлүк коэффициенти: - Бронхитте: 5,7ден 7,0гө чейин. - Гипертонияда: 6,0дан 9,3кө чейин. - ЖИО: 6,9дан 9,8ге чейин. - Ашказан жана он эки эли ичегинин жарасында: 7,4төн 9,7ге чейин өскөн. Бул көрсөткүчтөр дарыгерлердин бейтаптарды изилдөө жана дарылоо процессине активдүү катышуусу жогорулаганын далилдейт.

Жаңы технологиялардын таасиринде диагностикалык иш-аракеттер толук масштабда жүргүзүлүп, көптөгөн оорулар боюнча дарыгерлердин иши сапаттык жактан жакшырган. Оорулардын өзгөчөлүктөрүн тактоо жана дарылоо процессин уюштуруу жаңы деңгээлге чыккан. Диагностикалык процесстин оптимизациясы: Керектүү жана маанилүү элементтерге гана басым жасоо иштин натыйжалуулугун жогорулатып медициналык жардамды оптималдаштырууга шарт түзгөн.

КОРУТУНДУ

1. 2019-жылы Кыргыз Республикасынын Ош облусунун калкынын арасында оорулардын таралышы боюнча төмөнкү оорулар басымдуулук кылган: 1-орунда - кан айлануу системасынын оорулары (100 миң калкка 5232,3 учур), 2-орунда - сийдик бөлүп чыгаруу системасынын оорулары (100 миң калкка 3314,2 учур), 303000 адам оорулуулар биринчи - эндокриндик системанын оорулары (100 миң калкка 1735,6 учур), 5 - нерв системасынын оорулары (100 миң калкка 1798 учур). Ош, Баткен жана Жалал-Абад облустарында оорулардын негизги класстарынын таралышын салыштырганда кан айлануу системасынын оорулары бардык жылдарда 1-орунду ээлейт.

2. Сунушталган технологияларды колдонуу баштапкы медициналык-санитардык жардамдын диагностикалык мүмкүнчүлүктөрүн бир топ жакшыртты. Арыздарды аныктоо, симптомдор, узактыгы жана оорунун себептерин тактоо сыяктуу көрсөткүчтөр статистикалык маанилүү деңгээлге чейин өстү. Бул көрсөткүчтөр терапевтерге караганда үй-бүлөлүк дарыгерлерде бир топ жогору.

3. Үй-бүлөлүк дарыгерлерде дарылоо иш-чараларынын сапаты 61,7%дан 82,4%ке көтөрүлсө, терапевттер үчүн бул көрсөткүч 27,9%га жеткен. Бул жаңы технологияларды жана клиникалык алгоритмдерди колдонуу дарыгерлердин бейтаптарды дарылоодогу эффективдүүлүгүн жогорулатканын далилдейт. Эксперименттик шарттарда жалпы активдүүлүк коэффициенти үй-бүлөлүк дарыгерлер арасында 4,6дан 9,4кө, терапевтерде 3,4төн 5,7ге чейин өстү. Бул көрсөткүчтөр оорулуулар менен иштөө процессине дарыгерлердин активдүү катышуусунун деңгээли жогорулагандыгын жана жаңы ыкмаларды колдонуунун натыйжалуулугун көрсөтүп турат.

4. Изилдөөнүн натыйжалары үй-бүлөлүк медицина системасын өркүндөтүүдө заманбап технологияларды киргизүүнүн жана дарыгерлердин кесиптик билимин жогорулатуунун маанилүүлүгүн белгилейт. Сунушталган усулдар жана окутуу программалары дарыгерлердин ишин оптималдаштырууга, бейтаптарды сапаттуу дарылоону камсыздоого жана бүтүндөй саламаттыкты сактоо системасынын натыйжалуулугун жогорулатууга багытталган.

ПРАКТИКАЛЫК СУНУШТАР

1. Баштапкы медициналык-санитардык жардамдын деңгээлинде

Үй-бүлөлүк дарыгерлердин ишин оптималдаштыруу: амбулатордук кабыл алууларды пландаштырууда бейтаптардын агымын жөнгө салуучу электрондук системаны киргизүү.

2. Саламаттыкты сактоо министрлигинин деңгээлинде

1. Үй-бүлөлүк медицина борборлорунун ишмердүүлүгүнө мониторинг жүргүзүү жана баалоо үчүн электрондук платформа түзүү.

2. Амбулатордук медициналык жардамды жакшыртуу боюнча мамлекеттик кепилдиктердин пакетин кеңейтүү. Кошумча стимулдарды киргизүү: айыл жеринде иштеген үй-бүлөлүк дарыгерлерди турак-жай менен камсыз кылуу, аймактык жөлөкпулдар, жеңилдетилген кредиттик программаларды берүү.

3. Мамлекеттик деңгээлде

1. Аскерге милдеттүүлөрдү жана мектеп окуучуларын медициналык текшерүүдөн үй-бүлөлүк медицинанын негизги кызматкерлери тарабынан акысыз негизде жүргүзүлүшүн камсыз кылган мыйзамдарды иштеп чыгуу жана ченемдик укуктук актыларды кабыл алуу.

2. Телемедицинаны жана санариптик системаларды өнүктүрүү: алыскы айылдардын тургундарына телемедициналык кызматтарды киргизүү аркылуу медициналык жардам алуу мүмкүнчүлүгүн камсыз кылуу. Электрондук медициналык документтерди жана онлайн каттоо системаларын ишке киргизүү.

ДИССЕРТАЦИЯНЫН ТЕМАСЫ БОЮНЧА ЖАРЫККА ЧЫККАН ИЛИМИЙ ЭМГЕКТЕРДИН ТИЗМЕСИ:

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 [et al.] // Илим. Билим. Техника. – 2022. – No. 2(74). – P. 91-94. То же: [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://elibrary.ru/item.asp?id=49535840>
5. **Исраилова, Д. К.** Жалпы (үй-бүлөлүк) дарыгерлер практикасына адистерди даярдоо / Д. К. Исраилова, Г. А. Аскарбекова, А. А. Шамшиев, Ы. А. Алдашукуров // Вестник Ошского государственного университета. – 2022. – No. 3. – P. 38-43. То же: [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://elibrary.ru/item.asp?id=49544748>
6. **Исраилова, Д. К.** Үй-бүлөлүк медицинада профилактикалык текшерүү маселеси / Д. К. Исраилова, Г. А. Аскарбекова, А. А. Шамшиев // Вестник Кыргызско-Российского Славянского университета. – 2022. – Vol. 22, No. 9. – P. 175-179.То же: [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://elibrary.ru/item.asp?id=49828790>
7. **Исраилова Д.К.** Баштапкы медициналык–санитардык жардамды өнүктүрүүдө медайымдардын орду/ Д. К. Исраилова, Г. А. Аскарбекова, Ы. А. Алдашукуров// Наука, новые технологии и инновации Кыргызстана. – 2024. – № 2. –74-77-бб.[Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=72311039>

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

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

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

11. **Исраилова Д. К.** Үй-бүлөлүк медицинадагы терапиялык жардамдын сапатын жогорулатуу/ Д. К. Исраилова, Ы. А. Алдашукуров // 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>

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

13. **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>

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 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.