

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ КЫРГЫЗСКОЙ
РЕСПУБЛИКИ
НАЦИОНАЛЬНЫЙ ХИРУРГИЧЕСКИЙ ЦЕНТР им.М.М.Мамакеева
КЫРГЫЗСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ
ПЕРЕПОДГОТОВКИ И ПОВЫШЕНИЯ КВАЛИФИКАЦИИ имени С. Б.
Даниярова**

Диссертационный совет Д 14.24.710

На правах рукописи

УДК 616.346.2-002.1:616.381-089.85

Ниязова Салима Батырхановна

**ОСНОВЫ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО
ОБУЧЕНИЯ ХИРУРГОВ
В КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ**

14. 01. 17 – хирургия

14.02.03-общественное здоровье и здравоохранение

**Автореферат
диссертации на соискание ученой степени
доктора медицинских наук**

Научные консультанты:
Доктор медицинских наук,
профессор М.М.Мамакеев;
Доктор медицинских наук,
профессор Э.А.Тилеков.

**БИШКЕК
2025**

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность проблемы. Совершенствование постдипломного профессионального обучения хирургов на стыке общественного здравоохранения и хирургии является актуальным направлением современной медицины [190, 216, 219, 73, 329, 183, 282, 214, 348, 74, 132, 131, 322, 239, 128, 250, 270, 283, 265, 194], включая русскоязычные источники [6, 39, 47, 34, 48, 49, 5, 18, 50, 51, 42, 2, 59, 52, 55, 16, 23, 7, 15, 3]. Вопрос повышения качества ПДО медицинских специалистов также исследуется в работах кыргызстанских авторов [24, 29, 19, 35, 61, 30, 38].

Schwill S. и соавт. (2022) [287] проанализировали соответствие системы ПДО Германии стандартам WFME (Всемирная федерация медицинского образования), выявив, что 75% стандартов могут быть интегрированы без существенных изменений, а 25% требуют адаптации. При этом удовлетворённость обучающихся возрастала на 30% ($p < 0,05$).

Robinson D.B.T. и соавт. (2024) [273] установили, что 80% хирургов в Великобритании и Ирландии считают интенсивность обучения недостаточной, 60% отметили несоответствие стандартам лапароскопической хирургии, а 75% рекомендовали усиление практических занятий.

Jayaram A. и соавт. [184] указали, что только 30% программ по глобальной хирургии имеют структурированную учебную модель, а 25% включают блоки по международному здравоохранению. В странах с низким доходом курсы по глобальной хирургии есть лишь в 18% учреждений, в то время как в странах с высоким доходом — в 67%. Основные барьеры: нехватка финансирования (84%), преподавателей (72%) и учебных стандартов (65%).

Vaghaiwalla T. и соавт. [325] показали, что 68% участников отметили дефицит устойчивых программ по академической глобальной хирургии в странах с низким и средним уровнем дохода. So H.Y. и соавт. (2023) [288] сообщили, что 60% экспертов в Гонконге считают систему ПДО устаревшей, а 80% настаивают на внедрении междисциплинарного подхода. Jordan R.M. и

соавт. (2020) [186] выявили недостаточную интеграцию хирургической интенсивной терапии в ПДО: 68% опрошенных предложили увеличить учебное время, 60% — дополнить материалы.

Kheirelseid A.H. и соавт. (2023) [196] в Судане зафиксировали жалобы 70% ординаторов на нехватку учебных материалов, 60% — на дефицит практики, 40% — на отсутствие наставников.

В контексте Кыргызстана, по данным Orozalieva G. и соавт. (2021) [251], ключевыми проблемами ПДО являются нехватка преподавателей, ограниченное финансирование и слабое развитие симуляционного обучения. Необходима системная работа по улучшению аккредитации и контроля качества образовательных программ.

Таким образом, модернизация ПДО хирургов является важной задачей в глобальном и региональном контексте, особенно для стран с ограниченными ресурсами, где требуется пересмотр стратегий подготовки, усиление практико-ориентированной подготовки и расширение доступа к современным образовательным технологиям.

Связь темы диссертации с научными программами. Тема выполнена согласно плана совместной научной деятельности КГМИППК и НХЦ, исходя из «Меморандума взаимодействия КГМИППК и НХЦ» (2003).

Цель исследования: Разработка и реализация «Концепции профессионального образования хирургов в Кыргызской Республике на период до 2030 года», а, следовательно, оптимизация деятельности хирургической службы КР в условиях новой парадигмы мирового и национального здравоохранения, науки и профессионального образования.

Задачи исследования:

- 1) Провести анализ проблем, решений и перспектив совершенствования ПОХ в современных условиях;
- 2) Проанализировать информацию по концепциям, базам и тематических исследовательским материалам, касающихся основ и компонентов ПОХ;

3) Провести анализ материалов, касающихся основных положений международных стандартов и отечественных стратегий НПР хирургов, а также обзор результатов анкетного опроса респондентов;

4) Провести оценку совершенствования ПДО врачей-интернов и клинических ординаторов на основе рейтинговой модели обучения (РМО) и дуальной технологии обучения (ДТО), а также значимость организационно-функциональной модели (О-ФМ) взаимодействия учебно-научно-лечебных учреждений;

5) Выполнить оценку совершенствования ПОХ на основе интегрированной модели подготовки (ИМП) и программно-целевой подготовки (П-ЦП);

6) Осуществить оценку совершенствования ПОХ на основе моделей рейтингования и сертификации;

7) Провести оценку совершенствования ПОХ на основе общей и предметно-специализированной компетентности, а также доказательной медицины (ДМ);

8) Выполнить оценку совершенствования ПОХ на основе региональной лечебно-диагностической стратегии, осветить основания для создания регионального центра ПДО и обязательного учета регионального факторного анализа заболеваемости желчнокаменной болезни (ЖКБ);

9) Осуществить оценку совершенствования ПОХ на основе принципов диспансеризации населения и региональной профилактики заболеваний;

10) Выполнить оценку совершенствования ПОХ на основе фундаментализации образовательных программ и психологии личности;

11) Разработать и внедрить Концепцию ПОХ в КР на период до 2030 г.

Научно-методологическая новизна работы.

Впервые представлено системное информационное описание проблемы профессионального обучения хирургов (ПОХ) в Кыргызской Республике (КР) в контексте модернизации медицины, науки и образования. Выполнен анализ проблем, решений и перспектив развития ПОХ, включая концептуальные

основы, тематические исследования и ключевые компоненты образовательного процесса.

Проведен анализ международных стандартов и отечественных стратегий непрерывного профессионального развития (НПР), а также анкетных данных респондентов. Впервые дана комплексная оценка совершенствования постдипломного образования (ПДО) врачей-интернов и клинических ординаторов на основе рейтинговой модели обучения (РМО) и дуальной технологии обучения (ДТО), а также значимости организационно-функциональной модели (О-ФМ) взаимодействия образовательных и клинических учреждений.

Проведена оценка применения интегрированной модели подготовки (ИМП) и программно-целевого подхода (П-ЦП) в ПОХ. Впервые обоснована возможность использования моделей рейтингования и сертификации в системе ПОХ, разработаны принципы авторской подготовки специалистов и новые подходы к работе кафедр КГМИППК и НХЦ.

Предприняты шаги по оптимизации аттестации хирургических кадров на основе общей и специализированной компетентности и принципов доказательной медицины (ДМ). Освещены основания для создания регионального центра ПДО и оценки ПОХ с учетом региональной стратегии диспансеризации и профилактики заболеваний, включая анализ по ЖКБ. Дана оценка ПОХ на основе фундаментализации образовательных программ и психологии профессионального роста.

На основании проведенного исследования разработана и принята к реализации «Концепция профессионального образования хирургов в Кыргызской Республике на период до 2030 года».

Практическая значимость работы. Идеи, подходы, итоги и выводы представляют определенную ценность для стратегии государства, его регионов, национального здравоохранения и методологии науки, медицинского образования. Результаты могут быть использованы при обосновании новых подходов к ПДО хирургов в КР. В частности, учреждениям ПДО в КР при

поведении ПДО необходимо использовать ДТО и РМО, как эффективных технологии подготовки врачей-интернов и клинических ординаторов.

Результаты работы акцентируют внимание на необходимость расширения пределов использования О-ФМ, ИМО и П-ЦП, способствующих формированию качественно нового порядка и условий для ПДО в системе МЗ КР. Разработки могут быть использованы в разработке методологической проблематики теоретической и практической медицины, практического здравоохранения. В частности, КГМИППК, в качестве головного учреждения по ПДО рекомендует широко использовать тестовый контроль, практиковать выдачу «Паспорта хирурга», принимать непосредственное участие в формировании «Досье хирурга» на основании принципа рейтингования и аттестации хирургических кадров.

Результаты работы подчеркивают необходимость широкого использования дистанционных форм обучения, а также обучение в форме кейс-технологий. Результаты работы в указанном аспекте могут найти применение в работе методологических, проблемно-поисковых семинаров по политике здравоохранения, науки и образования, стратегии ПОХ, тактики хирургической службы. В частности, МЗ КР и КГМИППК необходима принять меры по эффективной реализации принципов компетентности и ДМ, а также регионарной лечебно-профилактической стратегии. Результаты работы акцентируют на необходимость оптимизировать деятельность П-ПС учреждений ПДО, как главных действующих субъектов образовательного процесса. Полученные в диссертации выводы и наблюдения представляют интерес при подготовке и чтении лекций, проведения семинаров и практических занятий со слушателями учреждений ПДО.

Основные положения, выносимые на защиту:

1) ПОХ следует проводить на концептуальной основе, ПДО на современном этапе рассматривается в качестве компонента системы НМО, функционирование которого обусловлено изменениями, в задачах, содержании

и характере профессиональной подготовки врача-хирурга, связанных с реформированием здравоохранения КР;

2) ДТО и РМО являются наиболее эффективными технологиями подготовки врачей-интернов и клинических ординаторов, способствующие прививанию им более высокого уровня ЗУН, формированию у них профессиональных способностей, мотивации, самосознания, темперамента и стиля хирургической работы. При О-ФМ является реальным механизмом формирования качественно нового порядка и условий для ПДО, а ИМО и П-ЦП способствуют подготовке и переподготовке высококвалифицированных хирургических кадров.

3) Тестирования, модели рейтингования и сертификации являются стандартом, не только на циклах усовершенствования с выдачей «Паспорта хирурга», но и при формировании «Досье хирурга», включающие показатели деятельности высококвалифицированных хирургов, а также при аттестации врачей-хирургов на квалификационные категории. При проведении ПДО хирургов необходима также реализация принципов ДМ, стратегии развития ДМ, а также регионарную лечебно-профилактическую стратегию.

4) Формирование психологических предпосылок готовности к профессиональному самоопределению сместилось в сторону ПДО. Наиболее продуктивным для формирования мышления оптимального уровня является стаж работы в пределах 20-30 лет и возраст 45-60 лет. Главным действующим субъектом образовательного процесса в ПДО выступает П-ПС, от педагогической компетентности которого, а также профессионально-личностных характеристик каждого из них, зависят и качество образовательного процесса и ПДО.

5) Фундаментализация ПДО является, по сути, полифункциональным образовательным феноменом, выступающим как современная прогрессивная тенденция развития ПОХ, как педагогический принцип повышения качества профессионального образования, как фактор профессионально-личностного развития хирурга.

Источники, материалы и методы: В качестве материала использованы использованы не только данные ПДО хирургов КР за период 2000-2025 гг., но и результаты многолетней педагогической и методологической практики, а также научных исследований, проведенных исполнителем и научными консультантами в течение указанного периода и отдельные результаты совместных исследований (З.А.Туйбаев, Ш.Т.Абдурахманов, Н.А.Мамажсупов). Кроме того, использованы такие методы эмпирических исследований, как анкетный опрос широкого круга специалистов, включая интернов, клинических ординаторов, организаторов здравоохранения, сотрудников хирургических кафедр из числа П-ПС, а также наблюдения, фронтальные и индивидуальные беседы и обсуждения не только с хирургической профессурой, научными работниками, но и с практическими хирургами и врачами других специальностей.

Экономическая значимость полученных результатов. Внедрения новых образовательных технологий (ДТО, РМО, ИМО, П-ЦП) способствующие сокращению сроков обучения на циклах ПДО сопровождаются значительной экономией средств. О-ФМ следует рассматривать не только как структурно-функциональный, но и экономический механизм формирования качественно нового порядка и условий для ПДО и непосредственно затрагивает вопросы ресурсных возможностей учреждений ПДО и Л-ПУ. Новая стратегия ПДО предполагает широкое использование дистанционных форм ПДО, также обучение в форме кейс-технологий, которых следует рассматривать как противозатратный механизм ПДО.

Внедрения в практику. Внедрение основных результатов исследования в практику осуществлялось как проведением практической работы по профконсультированию врачей-интернов и клинических ординаторов КГМА, КГМИППК, так и путем психолого-педагогической пропаганды полученных результатов. Подготовлены практические рекомендации для П-ПС хирургических кафедр КГМА, КГМИППК, а также для сотрудников НХЦ, на базе которых проводились основные исследования по ПДО хирургических

кадров. Предложен и внедрен ряд образовательных технологий (ДТО, РМО, ИМО, П-ЦП, позволяющая стимулировать профессиональный рост и развивать профессиональную мотивацию будущих хирургов. Разработанный тест профессиональных достижений хирургов, основанных на принципах компетентности, модели рейтингования и сертификации передан в МЗ КР для использования на экзаменах с выдачей «Паспорта хирурга» и аттестациях хирургов на квалификационные категории, а также формирования «Досье хирурга» с рекомендованным для выполнения СНО списком высококвалифицированных хирургов в системе Л-ПУ. Также переданы на использование технологии дистантного обучения, принципов ДМ, а также регионарной лечебно-профилактической стратегии. Диссертантом подготовлены учебные курсы и практикумы для врачей-интернов и клинических ординаторов КГМИППК по проблемам профессионального становления. По теме исследования регулярно читаются лекции на курсах КГМИППК.

Апробация результатов работ. Результаты исследований обсуждались на заседаниях ученого совета КГМИППК (2014, 2016, 2018), НХЦ (2014, 2015, 2017, 2022), на заседаниях кафедры общей хирургии ФУВ (2018, 2019, 2020, 2022, 2023). Основные положения диссертации апробированы на: научно-практической конференции хирургов гг.Бишкек, Ош, Джалал-Абад, Чолпон-Ата (2014, 2016, 2018, 2020, 2022, 2023); на VI конференции молодых ученых КГМИППК (Бишкек, 2020). Результаты исследований внедрены в практику хирургической клиники КГМИППК, НХЦ, медицинского факультета ОшГУ (ОМОКБ, ЦГКБ г.Ош). Основные положения диссертации используются на лекциях и практических занятиях на кафедре общественное здоровье и здравоохранение; на кафедре хирургии ФУВ КГМИППК; на кафедре госпитальной хирургии КГМА им. И.К.Ахунбаева, на кафедре хирургических болезней медицинского факультета ОшГУ и кафедры хирургии Ошского филиала КГМИППК.

Публикации. По теме диссертации опубликовано 25 научных работ.

Структура и объем диссертации. Диссертация состоит из введения, обзора литературы (Глава I), описания материала и методов исследования (Глава II), анализа материалов исходной информации (Глава III). Результаты собственных исследований изложены в главах IV-XI, выводов, практических рекомендаций, списка использованной литературы и приложения. Диссертация изложена на 288 страницах компьютерного текста, иллюстрирована 3 таблицами и 21 рисунком. Библиографический указатель содержит 352 авторов, в том числе 61 - из ближнего и 291 – дальнего зарубежья.

ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Во введении показана актуальность исследуемой проблемы, современное состояние и степень изученности темы, цели и задачи, предмет и объект исследования, научная новизна, обозначены выносимые на защиту положения, изложена теоретическая и практическая значимость, методологические основы работы, ее апробация.

В первой главе «Совершенствование профессионального обучения хирургов в современных условиях: проблемы, решения, перспективы» представлены обобщённые результаты литературного анализа, касающегося состояния и тенденций в системе последипломного образования (ПДО) медицинских кадров. На основе проведённого обзора становится очевидным, что при планировании ПДО и с целью повышения уровня подготовки хирургов (ПОХ) необходимо строго ориентироваться на современные международные стандарты, стратегические подходы и нормативные положения, касающиеся непрерывного профессионального развития (НПР). Весь процесс подготовки должен строиться на прочной концептуальной базе, включающей как научно-практические, так и организационно-методологические компоненты.

Совершенствование ПОХ требует внедрения современных образовательных технологий третьего поколения, в том числе регулярного медицинского обучения (РМО), дистанционного технологического обучения (ДТО), индивидуальных модульных программ (ИМП) и персонализированных цифровых платформ (П-ЦП). Эти подходы позволяют сделать процесс

обучения более гибким, доступным и адаптированным к профессиональным запросам хирургов.

Кроме того, в рамках ПОХ необходимо активнее внедрять такие принципы, как рейтинговая оценка, сертификация, формирование и оценка профессиональных компетенций, использование доказательной медицины (ДМ). Эти инструменты должны применяться с учётом региональных особенностей стратегии диспансеризации населения, профилактики хронических заболеваний, а также с опорой на фундаментализацию образовательных программ, что обеспечивает глубину и устойчивость полученных знаний.

Во второй главе «Информация по концепциям, базам и целевым исследовательским материалам, касающихся проблем постдипломного образования хирургов» представлены объект, предмет, этапы и методы исследования, охватывающего период 2000–2025 гг. Исследование проводилось в два этапа: первый (2000–2015 гг.) включал ретроспективный анализ отечественной и зарубежной литературы, нормативно-правовой базы и методологических подходов в сфере непрерывного медицинского образования (НМО); второй этап (2016–2025 гг.) был посвящён внедрению методических разработок, тестов, критериев и созданию концепции технологического обеспечения системы ПДО. Применялись комплексные методы: динамические срезы, анкетирование, интервью, наблюдение, хронометраж. Обследовано 328 респондентов, включая интернов, ординаторов, хирургов и преподавателей. Особое внимание уделено микросоциологии хирургов, их профессиональному статусу, самообразованию и удовлетворённости системой ПДО.

На рис.1. отражена структура и объем выполненных исследований.

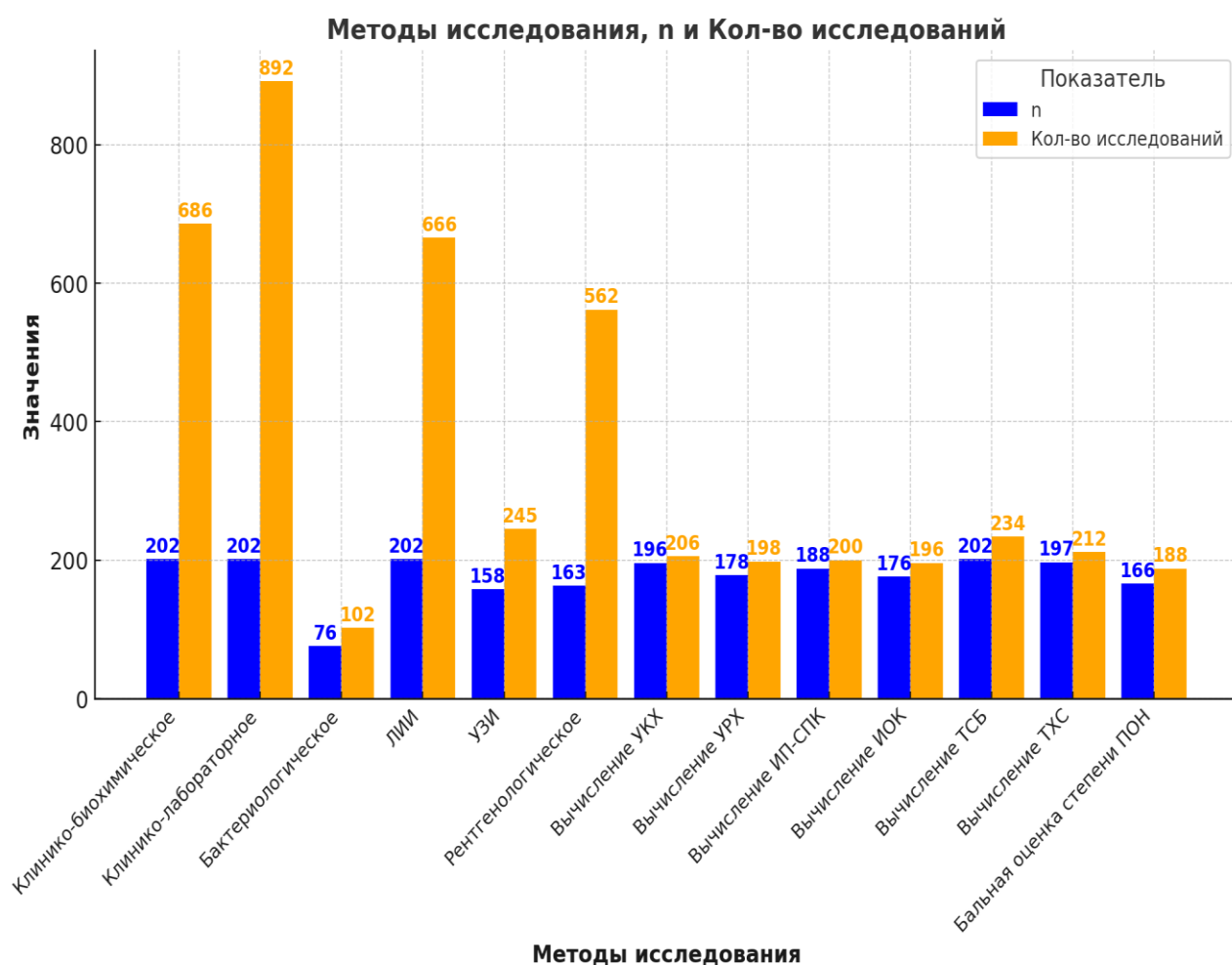


Рис. 1. Структура и объем выполненных исследований

Во второй главе изложены теоретико-методические основы исследования системы последиplomного образования (ПДО) хирургов в Кыргызской Республике за два периода: 2000–2015 и 2016–2025 гг. Проведён анализ нормативных документов, литературы и действующих подходов, выявлены проблемы системы. В рамках второго этапа разработаны методические рекомендации, модели оценки и концепция технологического обеспечения ПДО. Применялись анкетирование, интервью, хронометраж, факторный и дисперсионный анализ. Исследованием охвачено 328 специалистов: интерны, ординаторы, преподаватели и хирурги.

Установлено, что наибольший эффект ПДО наблюдается при обучении в интервале 3–5 лет. В первом периоде охват хирургов ПДО был низким, что связано с финансовыми и организационными трудностями. Во втором периоде внедрена региональная модель с участием филиалов КГМИППК и клинических баз, что повысило качество подготовки. С применением доказательной медицины проведено когортное исследование у 202 пациентов с осложнённой хирургической патологией, проанализированы результаты операций, выполненных хирургами разного уровня. Построена шкала доказательности, разработаны практические рекомендации, использованы показатели медианы и корреляционный анализ между квалификацией хирурга и послеоперационной летальностью.

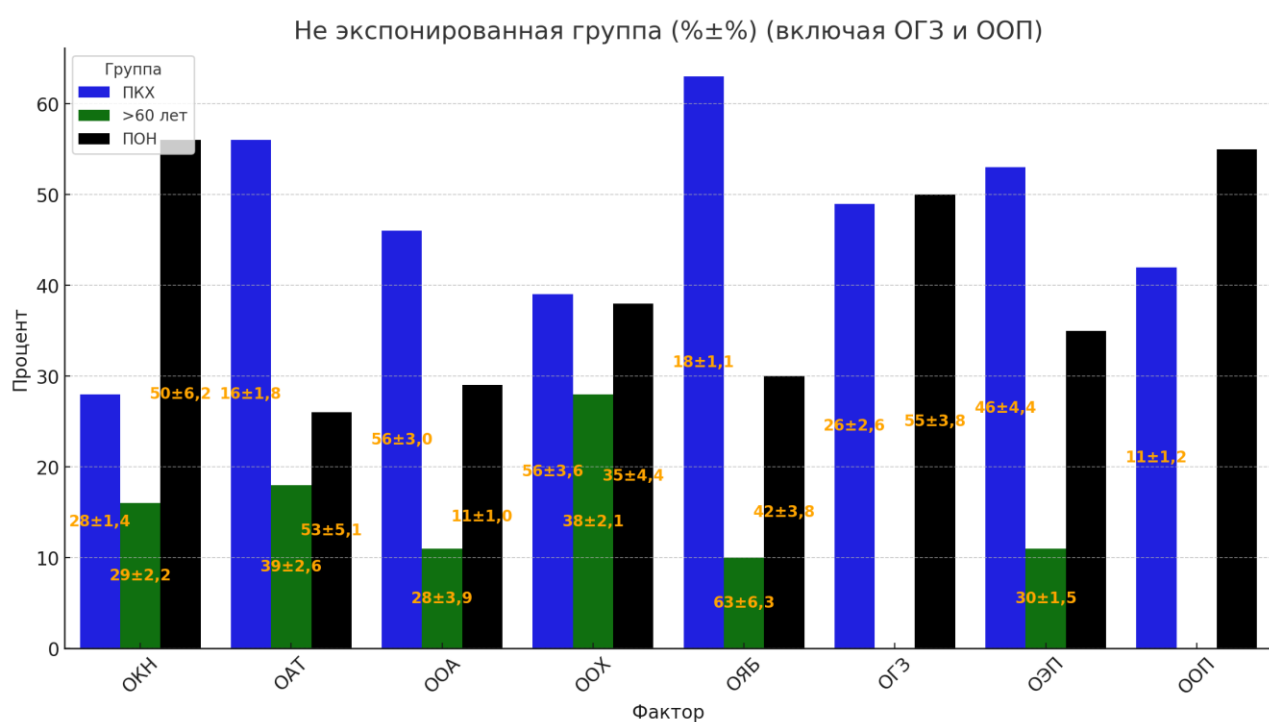
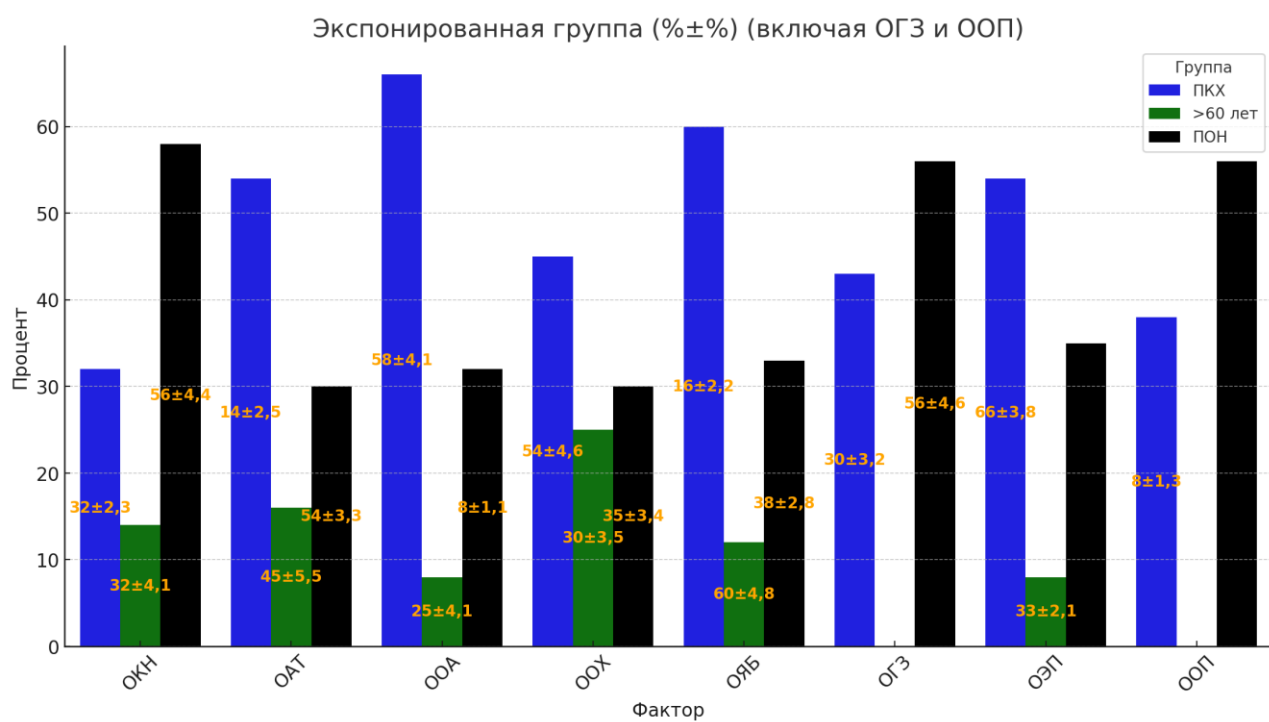
Табл.1. Четырехклеточная корреляция с подсчетом коэффициента связи

Группы	Летальность	Выздоровление	ΣБ
Категория А	a	b	a+b
Категория Б	c	d	c+d
ΣА	a+c	b+d	n

Примечание: a,b,c,d - частота сопоставляемых показателей; $a+b+c+d=n$ – число наблюдений.

Условием РКИ является наличие достоверной и достаточно подробной информации о воздействии факторов риска. Отбор сопровождался сопоставительным анализом степени ТХС. Результаты СНО сравнивались в группах на предмет разности в показателях летальности (%). Таким образом, РКИ позволяет оценить диапазон исходов, связанных с влиянием на эффект СНО уровня ПКХ с учетом основных факторов риска. Рандомизированное сравнительное исследование (РСИ). Под рандомизацией понимают процедуру, обеспечивающую случайное распределение больных в сравниваемые группы. Поскольку в среднем группы идентичны, за исключением какой категории

хирургов по компетентности выполняет СНО, теоретически любой ее результат должны обуславливаться, прежде всего, изучаемым фактором – ПКХ.



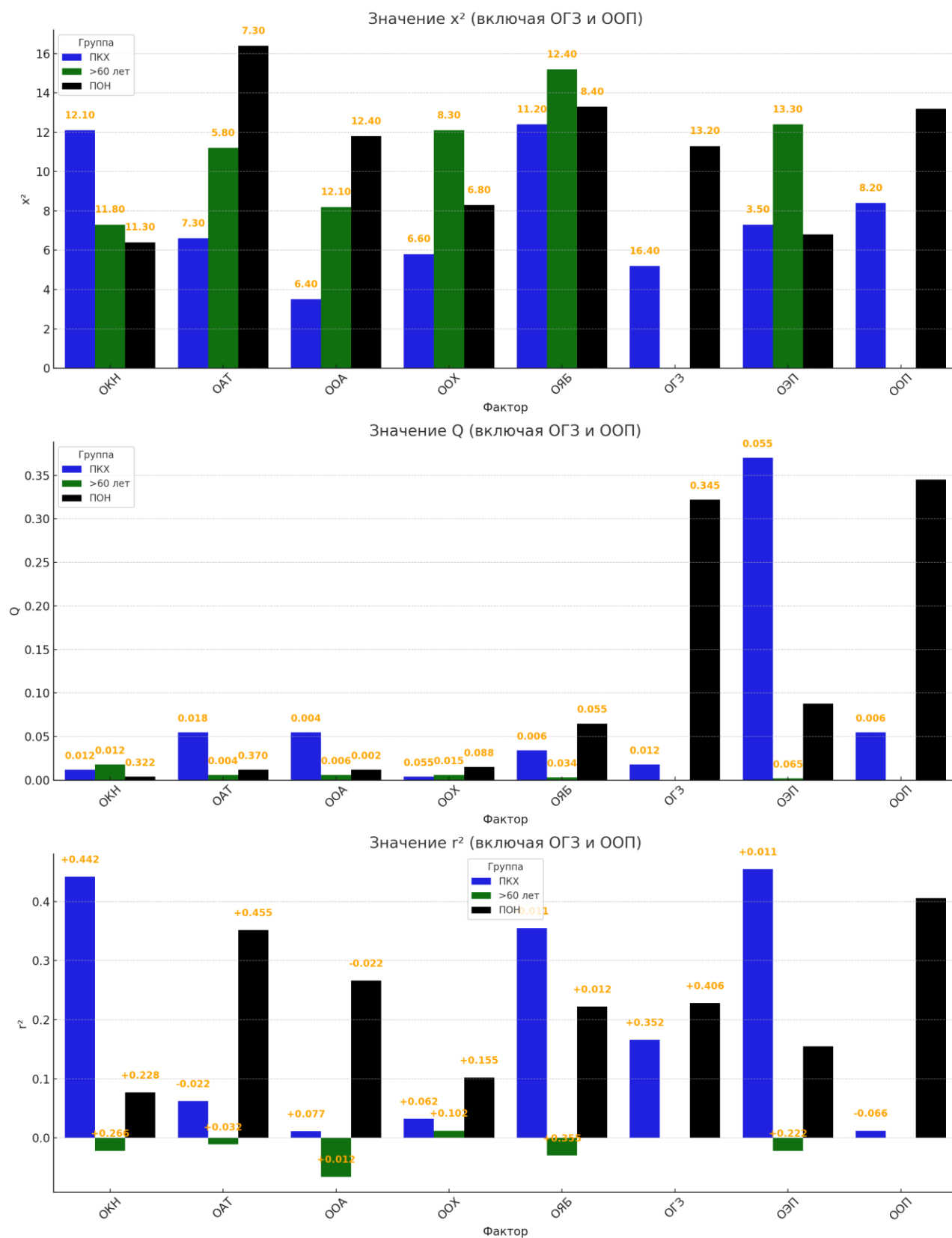


Рис. 2. Корреляция, связь и детерминация факторов при СНО

На рисунке 2 представлена выявленная нами связь между результатами СНО (состояния, нуждающегося в операции) и уровнем профессиональной квалификации хирурга (ПКХ) по каждой патологии. Были выделены технологии, чаще всего применяемые хирургами категории А, оказавшие влияние на исход. Использована статистическая мода (M_o), а также коэффициенты связи (Q) и детерминации (r^2) для оценки вклада факторов риска — возраста старше 50 лет и наличия ПОН (первичной органной недостаточности). Условные обозначения: ПКХ, ПВБ, ПОН. Анализ проведён на 202 пациентах с 8 видами хирургической патологии, осложнённой перитонитом. Чаще всего СНО выполнялось при ОКН (28%) и ОАТ (18%), далее — ООА и ООХ (14% и 12%), ОЯБ, ОГЗ, ОЭП (по 8–9%), реже — ООП (4%). В 64% случаев операции выполнялись позднее 72 часов.

Почти при всех заболеваниях преобладали больные в возрасте <50 лет (рис.3).



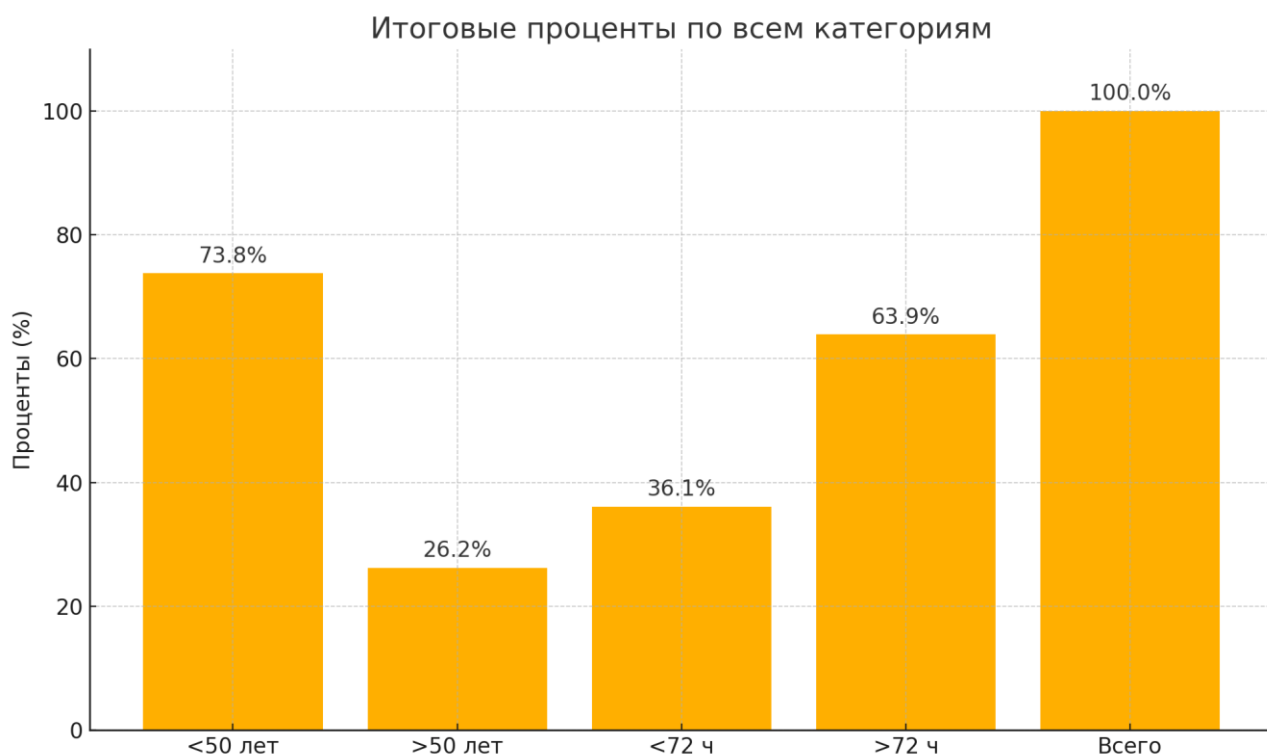


Рис.3.Распределение больных по заболеванию, полу, возрасту и срокам СНО

Согласно рис.3., у 63,9% больных состояние, нуждающееся в операции (СНО), выявлено спустя >72 ч. Разлитой перитонит преобладал при острых аппендикулярных и кишечных формах, в то время как при гастродуоденальных и язвенных патологиях чаще встречался диффузный перитонит. 74% пациентов были младше 50 лет, у 68% до операции уже была первичная органная недостаточность (ПОН). Основные причины послеоперационных осложнений (ПОП): неадекватная санация (72%), несостоятельность швов (20%) и некроз органов (8%). Летальность составила 12,4% (25 из 202 пациентов). Статобработка велась в Excel и Mathcad, использовали коэффициент χ^2 и шкалу APACHE II, а также индексы SAPS II, MPI и модификации для оценки тяжести перитонита.

Для оптимизации врачебных решений при язвенной болезни двенадцатиперстной кишки (ЯБ ДПК) с перфорацией проведён сравнительный

анализ тактик: паллиативной (n=68) и радикальной (n=32). Выделены группы риска по возрасту (>60 лет) и срокам операции (>12 ч). Оценка исходов основана на клиническом исследовании (КИ), рандомизированных контролируемых испытаниях (РКИ) и мета-анализе 105 источников. Использованы показатели осложнений, летальности и инвалидности. Статистические расчёты включали показатели ОШ, ОР и АР. В зависимости от объёма операции сравнивались простое ушивание язвы и первичная резекция желудка (по Бильрот-2). Паллиативная тактика применялась при тяжёлом состоянии и токсической фазе перитонита. Радикальная — при стабильных пациентах, преимущественно по Гофмейстеру-Финстереру.

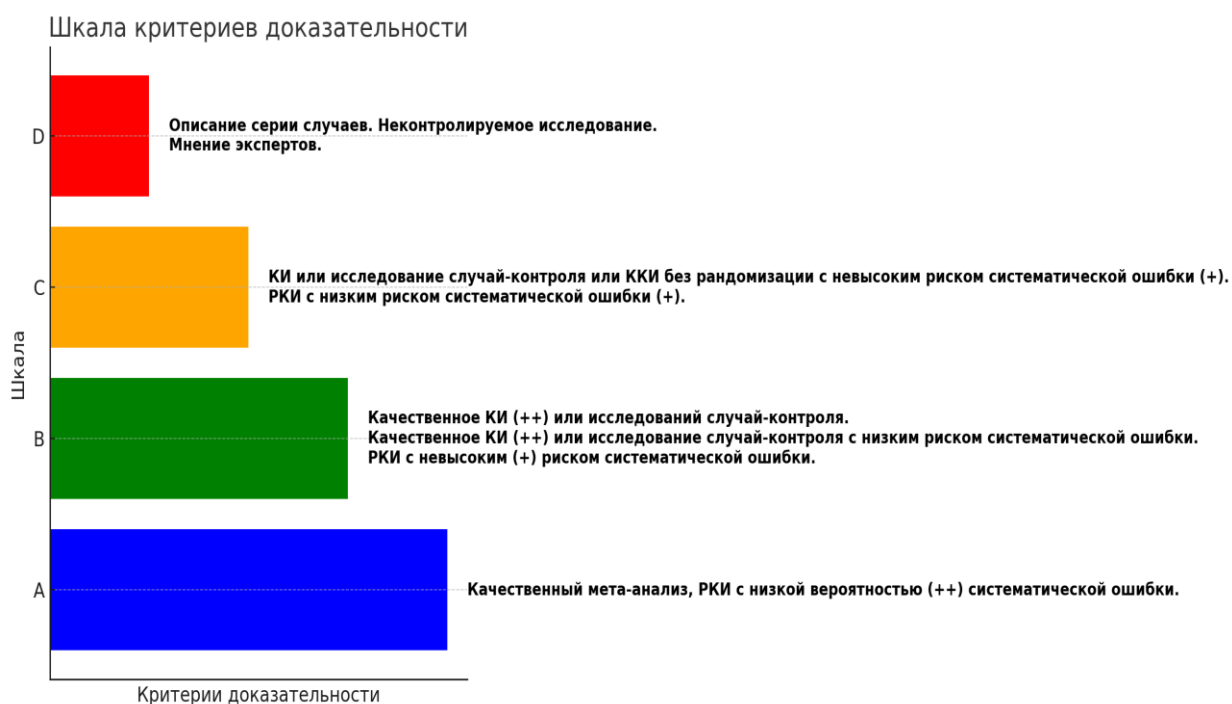


Рис.4.Шкала и критерии доказательности

Послеоперационное ведение включало инфузионную терапию (2–3 л/сутки), зондовое питание для ослабленных пациентов, аспирацию желудочного содержимого 2–3 раза в день, а также схемы противоязвенного лечения: квамател + клацид + метронидазол или квамател + Де-нол. В рамках

ПДО хирургов (совместно с Абдурахмановым Ш.Т.) изучалась система отборочной диспансеризации (ОД) больных с заболеваниями сердца, лёгких, печени и почек (CPHR) в ЦСМ г.Ош для ранней диагностики и направления на высокотехнологичную помощь.

Объектом стали 28 городских семейных врачей (ГСВ). Разработан скрининг терминальных состояний и новая форма документооборота с участием узких специалистов. Использованы данные 129910 статединиц и 3182 амбулаторных карт, всего обследовано 1660 пациентов. Проведен скрининг 974 больных, разделённых на 4 группы: болезни сердца (162), лёгких (342), печени (422), почек (48). Применялись таблицы Паевского, расчёт qx , Lx , $\mu(x)$ и др.

Статобработка велась по методу Пирсона (коэффициент r), использовались данные МИЦ, переписи 1999 г., обследования 64268 больных. Опрос 328 хирургов (интерны, ординаторы, преподаватели, практики) по 10 анкетам с 15 вопросами (13 — обязательные) показал: 43,3% респондентов — в возрасте 24—30 лет, 94,5% — мужчины. Активность в комментариях составила лишь 2,8%, что отражает слабую вовлечённость в обсуждение проблем ПДО.

В третьей главе «Международные стандарты, стратегии и положения о непрерывном профессиональном развитии» представлены результаты анализа нормативной базы и стратегий, лежащих в основе подготовки хирургов (ПОХ) в условиях реформирования системы последипломного и непрерывного медицинского образования (ПДО и НМО). Основой государственной поддержки ПОХ стала «Стратегия развития последипломного и непрерывного медицинского образования в КР на 2014–2020 гг.», реализуемая через ключевые законы и программу «Ден-соолук». В данной стратегии акцент сделан на росте неинфекционной заболеваемости, дисбалансе кадров между городом и селом, а также снижении качества подготовки специалистов. Этот подход в стратегии направлен на решение ряда существующих проблем, таких как недостаток квалифицированных специалистов в удалённых регионах и улучшение качества медицинского образования, что является необходимым в условиях растущих вызовов в системе здравоохранения.

Для решения этих проблем предусмотрены децентрализация ПДО хирургов, развитие НМО и вовлечение профессиональных ассоциаций в процесс улучшения образовательных программ. В 2008 году была восстановлена интернатура по хирургии в регионах, что способствовало улучшению доступности образования для будущих хирургов. Однако, несмотря на эти усилия, остаются сложности с доступом к клиническим базам и отсутствием чётких регламентов взаимодействия между образовательными организациями и Л-ПУ. По инициативе кафедры общей хирургии КГМИППК внедрены системы непрерывного повышения квалификации (НПК) и контроля качества (СПК), основанные на модульной системе с дистанционными элементами, что позволило значительно повысить доступность и эффективность последипломного образования в хирургии.

Согласно «Стандартам ВФМО», образовательные технологии должны быть адаптированы к рабочим условиям хирургов, иметь краткосрочный характер и быть ориентированными на практику. Важным направлением остаётся совершенствование нормативно-правовых актов (НПА), включая законодательное закрепление функций управления ПДО, контроля качества, аккредитации клинических баз и механизмов децентрализации. Ключевое значение имеет внедрение накопительной кредитной системы (250 кредитов за 5 лет), развитие телемедицины, обучение на рабочем месте и повышение самостоятельной активности специалистов в процессе обучения.

КГМИППК внедрил тестовую систему оценки ЗУН, формируя единые критерии допуска к самостоятельной хирургической практике. Обучение в регионах осуществляется под контролем учреждений ПДО через выездные циклы и дистанционные технологии, что позволяет повысить качество образования в удалённых уголках страны. Планируется дальнейшее развитие телемедицины, модернизация рабочих мест для врачей и система стимулирования преподавателей П-ПС. Также предусмотрены гранты на обучение и повышение квалификации в ведущих медицинских центрах, а также

дифференцированная оплата труда преподавателей ПДО, что способствует привлечение квалифицированных специалистов в систему.

Новая модель НМО предполагает гибкость и доступность образовательных программ, их интеграцию в повседневную практику хирургов, использование подходов "равный-равному", создание клинических клубов и научно-учебно-лечебных комплексов (НУЛК) в регионах. Приоритет отдается дистанционному обучению, которое значительно расширяет доступ специалистов из отдалённых районов к необходимым образовательным материалам и курсам. Для этого необходимо создать надлежащую техническую инфраструктуру, обучить специалистов базовым ИТ-навыкам и разработать качественные дистанционные курсы, которые смогут удовлетворить потребности врачей на всех уровнях. Главной задачей остаётся децентрализация ПДО и НМО, повышение качества кадров и доступности медицинской помощи в регионах через развитие клинических баз и расширение взаимодействия с учреждениями ПДО в Бишкеке и Оше.

В главе 4 «Совершенствование постдипломного образования на уровне первичной специализации хирургов на основе рейтинговой модели обучения и дуальной технологии обучения» В главе 4 «Совершенствование постдипломного образования на уровне первичной специализации хирургов на основе рейтинговой модели обучения и дуальной технологии обучения» анализируется подготовка хирургов в Кыргызстане в рамках реформ ПДО. Сравнены два этапа: традиционная технология обучения (ТТО) в 2000–2015 гг. и дуальная технология обучения (ДТО) в 2016–2025 гг. Показано, что ТТО не обеспечивала необходимого уровня практической подготовки, мотивации и адаптации молодых хирургов: у лишь 48,5% ординаторов формировался устойчивый индивидуальный стиль, при этом отмечались частые случаи несоответствия между амбициями и реальными способностями, высокая тревожность и слабая профпригодность.

С внедрением ДТО на базе КГМИППК и НХЦ подготовка стала более клиничко-ориентированной. Ординаторы сочетали теоретическое обучение с

постоянной практикой под контролем наставников. Это обеспечило снижение тревожности, рост профессиональной мотивации и лучшее развитие ЗУН у 82,6% ординаторов. Руководители Л-ПУ подтверждают, что выпускники быстрее ориентируются в клинической работе, инициативны и стремятся к саморазвитию. Рейтинговая модель обучения (РМО), применённая в интернатуре, дополнила систему ДТО, включая многоэтапный контроль знаний и ведение «Дневника врача-интерна».

Внедрена организационно-функциональная модель (О-ФМ) взаимодействия кафедр ДДО/ПДО с клиническими базами. На примере сотрудничества КГМИППК и НХЦ выявлены нормативные пробелы, предложена система оплаты преподавателей за лечебную и консультативную работу, разработаны механизмы контроля качества медицинской помощи.

Создание Центра статистической отчётности (ЦСО) при КГМИППК позволило наладить мониторинг трудоустройства выпускников, сопоставлять потребности регионов с профилем подготовки. Несмотря на увеличение числа хирургов во втором периоде, сохраняется дефицит кадров в южных областях из-за оттока специалистов и слабой мотивации работы в регионах.

Глава подчёркивает важность интеграции обучения в клиническую практику, модернизации технологий (ДТО, РМО), партнёрства между образовательными учреждениями и Л-ПУ (О-ФМ), а также управляемого распределения кадров как основы современной эффективной системы подготовки хирургов.

В пятой главе «Совершенствование профессионального обучения хирургов на основе интегрированной модели и программно-целевой подготовки» представлено сравнение традиционной модели обучения (ТМО) и интегрированной модели обучения (ИМО) в системе профессионального обучения хирургов (ПОХ). ИМО внедрена в КГМИППК как система непрерывного последиplomного образования, ориентированная на практический результат, контроль качества и мониторинг клинической работы

врачей. Она включает мультидисциплинарный подход, принципы дуальной технологии обучения, доказательной медицины и компетентностного обучения.

ИМО успешно реализуется благодаря развившейся клинической базе, чёткой целевой аудитории и гибким форматам обучения, позволяя интегрировать теорию и практику для формирования устойчивых профессиональных навыков. В сравнении с традиционной программой подготовки (ТПП), ИМО имеет более практическую направленность и адаптированные учебные планы. Вторая часть главы рассматривает сравнение традиционной программы подготовки (ТПП) и программно-целевой подготовки (П-ЦП), внедрённой в КГМИППК в рамках «Концепции подготовки кадров на 2007–2015 гг.». П-ЦП направлена на подготовку специалистов с учётом потребностей Л-ПУ и работодателей и охватывает все уровни ПДО.

П-ЦП предусматривает практическую направленность, модульность и чётко обозначенные компетенции. Учебные планы разрабатываются с участием Л-ПУ и МЗ КР, с обязательным согласованием перечня дисциплин. В первом периоде ПДО хирургов ограничивалось циклом ОУ и ТУ, во втором периоде внедрены новые активные методы обучения: групповые обсуждения, мастер-классы и краткосрочные курсы. Краткосрочные выездные циклы на базе Л-ПУ с малыми группами (5–7 человек) повысили практическую ориентацию подготовки и ускорили процесс усвоения знаний. П-ЦП на базе ИМО отвечает современным требованиям клинической практики и международных стандартов, укрепляя связи между учреждениями ПДО, МЗ КР и Л-ПУ.

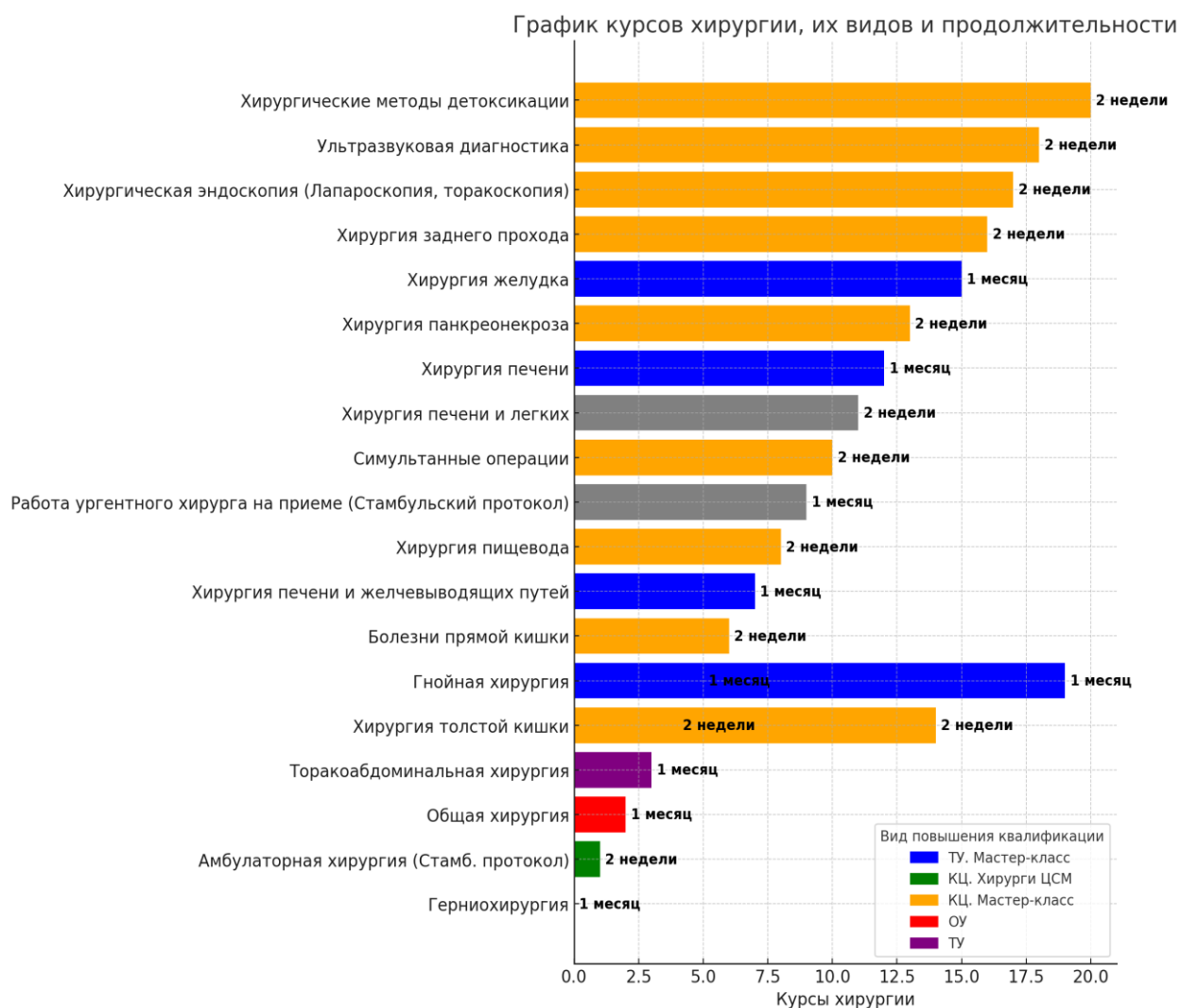


Рис. 5. Примерная программа кафедры общей хирургии во 2-й период (2016-2025).

КГМИППК реализует программы последипломного образования (ПДО) по приоритетным направлениям хирургической практики, включая эндоскопию, эндохирургию, ультразвуковую диагностику, телемедицину и эфферентную медицину. Цель программно-целевой подготовки (П-ЦП) – обновление знаний, умений и навыков хирургов в соответствии с современными требованиями. При разработке П-ЦП учитывались результаты мониторинга потребностей лечебно-профилактических учреждений (Л-ПУ) и использование современных образовательных технологий.

Ключевым элементом П-ЦП стало привлечение квалифицированных специалистов из научных центров и инновационных Л-ПУ, а также сотрудничество с Национальным хирургическим центром и профильными центрами по урологии, сосудистой и эндоваскулярной хирургии. Важную роль играло международное сотрудничество и академический обмен. Интегрированная модель обучения (ИМО) представляет собой современную форму ПДО, ориентированную на интеграцию качества, квалификации и мониторинг профессиональной деятельности. Её успешная реализация обеспечивается сильной клинической базой и адаптированными программами обучения. ИМО и П-ЦП реализуют принципы: «заказчик – исполнитель», «потребность – реализация», «полуфабрикат – продукт».

В шестой главе «Совершенствование профессионального обучения хирургов на основе модели рейтингования операций и принципа сертификации» представлена модель, которая оценивает не только тяжесть состояния пациентов и хирургической ситуации, но также уровень профессиональной квалификации хирургов, выполняющих сложные нестандартные операции (СНО) при острых хирургических патологиях с перитонитом. Эта модель базируется на принципах доказательной медицины (ДМ), что способствует обеспечению объективности, сопоставимости и воспроизводимости оценки как самой хирургической деятельности, так и её исходов.

Клиническим материалом для сравнительно-клинических и рандомизированных сравнительных исследований стали данные по 202 пациентам с осложнёнными острыми хирургическими заболеваниями, оперированных в хирургических отделениях НХЦ. Анализ собранных данных показал, что исходы хирургического вмешательства напрямую зависят от уровня профессионального хирургического коэффициента (ПКХ), который отражает компетентность и опыт оперирующего хирурга. Модель рейтингования включает в себя несколько ключевых параметров: стаж работы хирурга, количество выполненных полостных и нестандартных операций,

наличие учёной степени, зарубежных сертификатов, а также уровень летальности и осложнений.

На основе собранной информации была разработана модель «Досье хирурга», в рамках которой хирурги были классифицированы на две категории: с высоким рейтингом (высококвалифицированные) и с средним рейтингом (квалифицированные). Также был введён инструмент сертификационного доверия — «Паспорт хирурга», который функционирует в системе последипломного образования (ПДО) как знак профессиональной гарантии. Предложено обязательное ведение списков авторизованных хирургов в каждом лечебно-профилактическом учреждении (Л-ПУ), что способствует более эффективному межучрежденческому сотрудничеству, особенно в случаях, когда кадровые ресурсы учреждения ограничены. В таких ситуациях рекомендуется привлекать хирургов из других Л-ПУ на основе их рейтинга и сертификации.

Проведённый мета-анализ эффективности хирургических вмешательств с участием хирургов разных рейтинговых категорий показал чёткую зависимость между уровнем ПКХ и результатами лечения. Так, при участии хирургов высокой категории наблюдалось снижение послеоперационной летальности до 10,3% и осложнений до 26,2%, тогда как при участии хирургов средней категории эти показатели составляли 20% и 38,8% соответственно. Разработанная система рейтингования уже используется в образовательной практике КГМИППК и НХЦ, являясь основой для выбора преподавателей, наставников и экспертов. Внедрена методика тестовой сертификации хирургов на квалификационные категории, а также используются модули дистанционного и телемедицинского обучения, что значительно расширяет доступ к ПДО и повышает его результативность.

В рамках концепции «Паспорт доверия» и системы рейтингования был разработан и внедрён стандарт оценки профессиональных квалификаций хирургов, соответствующий международным рекомендациям и требованиям национального законодательства. Также предложена обязательная аттестация

специалистов по принципу «профессиональный стандарт – образовательная программа – сертификация», с созданием единой базы данных рейтингов хирургов. Это позволит МЗ КР и учреждениям ПДО более эффективно планировать стратегию повышения квалификации, а также использовать механизмы мотивации, включая участие в сложных операциях, карьерный рост и предоставление грантов. Таким образом, представленная модель рейтингования и сертификации формирует основу новой системы подготовки хирургов, что способствует улучшению качества хирургической помощи, снижению летальности и укреплению доверия к системе здравоохранения.

В седьмой главе «Совершенствование профессионального обучения хирургов на основе принципов компетентности и доказательной медицины» отражены результаты оценки уровня компетентности хирургов при выполнении СНО нам предлагается следующего расчета: $УКХ = \frac{ОНМ + ОК}{100 + 100}$, где ОНМ – оценка набора мероприятий; ОК – оценка качества; 100+100 – сумма максимально возможных оценок ОНМ и ОК (в %). УКХ по оценке и разрешению ситуации и качеству СНО выполняли по формуле: $УКХ = \frac{УК1 + УК2 + УК3 + \dots + УКn}{n}$, где УК1, УК2, УК3 и ...УКn – уровень качества оказания медико-хирургической помощи каждому больному; n – общее количество СНО. При этом УКХ рассчитывается отдельно для каждого предмета СНО. Нами выполнен расчет УКХ при исследуемых заболеваниях органов брюшной полости (ОКН, ОАТ, ООА, ООХ, ОЯБ, ОГЗ, ОЭП, ООП).

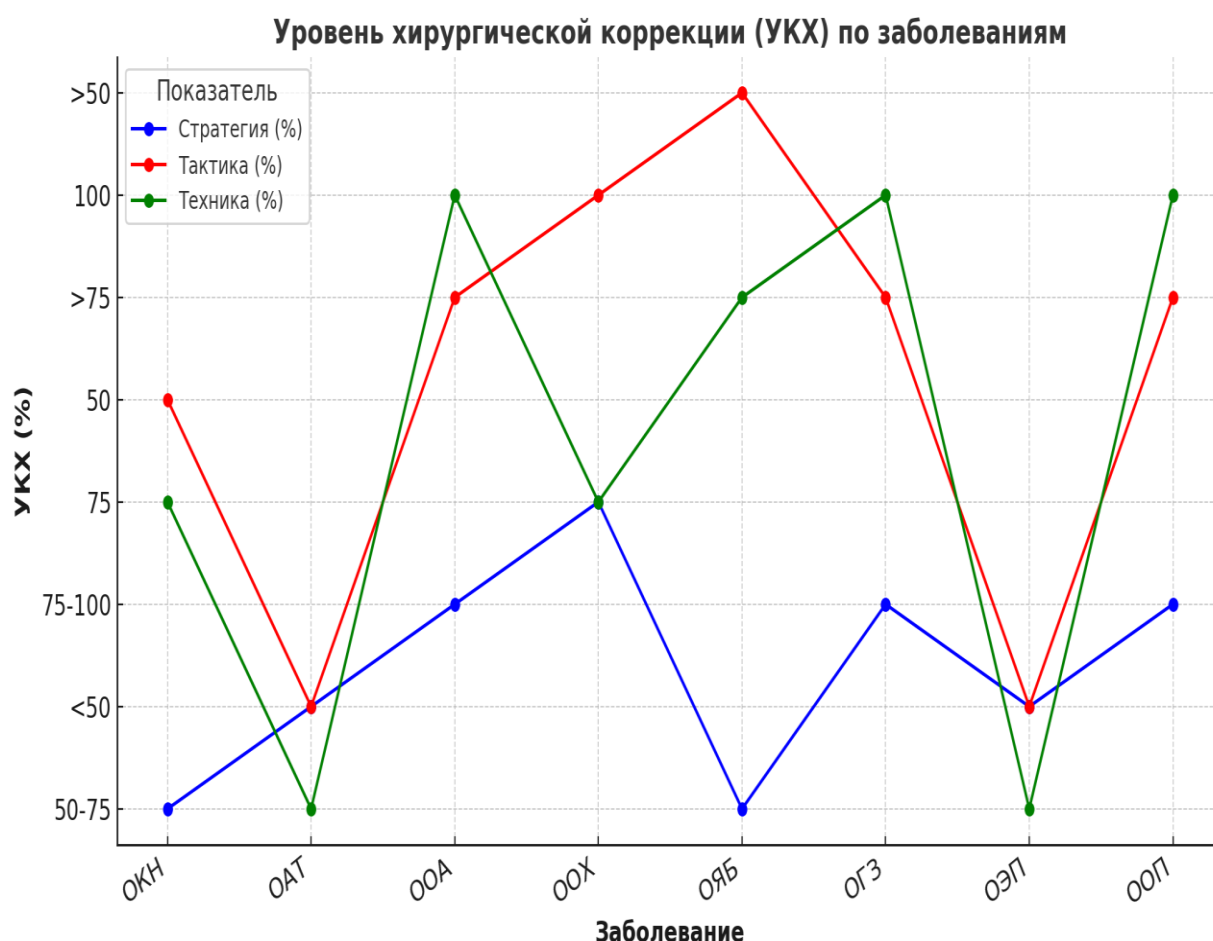


Рис. 6. Показатели УКХ (%) при выполнении СНО

В 1-й период (2000-2015 гг.) документация систем менеджмента качества КГМИППК не включала воспитательную деятельность. Во 2-й период (2016-2025 гг.) воспитательная деятельность была интегрирована в процесс профессионального становления врачей-интернов и клинических ординаторов, включая инициативу кафедры общей хирургии КГМИППК и НХЦ проводить «авторскую подготовку». В разработке учебных планов активно участвовали ППС кафедры хирургии ФУВ и НХЦ. В 2016-2025 гг. обновление шло по следующим направлениям: 1) повышение эффективности цикловой и курсовой подготовки хирургов, 2) совершенствование научно-методического обеспечения, 3) создание условий для диссеминации инновационного педагогического опыта.

В 2013 году КГМИППК и НХЦ обновили содержание 27 программ, ориентируясь на потребности хирургии, расширив спектр образовательных программ. Основное внимание уделялось компетенциям, развивающим ЗУН, соответствующие требованиям практической хирургии. Мы предложили методику балльной оценки оптимальности решений при СНО, используя модифицированный индекс индивидуальной оперативной возможности хирурга (ИИОВХ), который учитывает стаж работы, количество СНО, эмоционально-психический и физический статус. Индекс позволяет оценить вероятность успеха операции и послеоперационного периода.

Также предложена методика определения индекса предметно-специализированной компетентности хирургов (ИП-СКХ), которая основывается на стаже работы, опыте полостных операций, опыте СНО и летальности. Методика определения индекса общей компетентности хирургов (ИОК) включает стаж работы, ученую степень, количество повышения квалификации и сертификатов. Почти 2/3 хирургов, привлеченных к СНО, имели ученую степень (5 докторов, 10 кандидатов наук, 8 без ученой степени). 30,4% хирургов имели зарубежные сертификаты.

В восьмой главе «Совершенствование профессионального обучения хирургов на основе региональной лечебно-диагностической стратегии» изложены результаты использования ресурсов регионального центра ПДО хирургов - Ошского филиала. В условиях изменения роли регионов актуальным является определение необходимости формирования региональной системы управления ПДО врачебных кадров, разработка принципиального механизма распределения ответственности в сфере ПДО. До открытия «Филиала» в южном регионе страны первое повышение квалификации врачей-хирургов начиналось в среднем через $7,6 \pm 1,6$ лет после первичной специализации, а второе - через $8,8 \pm 1,2$ года после первого, а охват при этом составлял всего 25,6% врачей-хирургов. Третье повышение квалификации врачей-хирургов осуществлялось спустя $11,2 \pm 2,5$ лет после второго повышения квалификации, а охват составлял всего 18,6% врачей-хирургов. Итак,

периодичность повышения квалификации в южном регионе составлял у 62,6% врачей-хирургов в среднем $6,2 \pm 1,0$ лет, а у более трети (36,2%) врачей-хирургов в среднем $8,8 \pm 2,2$ года. У врачей-хирургов узкой специализации ПДО в виде переподготовки, повышения квалификации, краткосрочные стажировки, велось более интенсивно, когда охват составлял 68,8%, а периодичность $3,2 \pm 0,8$ лет. До открытия «Филиала» удельный вес аттестованных врачей-хирургов на квалификационную категорию был также невысоким, составляя всего 38,6%.

Уже в 1-й период установлено, что имеет место разрыв между фактически сложившимся и необходимым уровнем состояния управления ПДО врачей в южном регионе. Оказалось, что до этого система ПДО хирургов в этом регионе функционировал без учета фактических потребностей населения в специализированной медицинской помощи и рассчитана главным образом на индивидуальное желание врачей в приобретении той или иной специальности. В этом аспекте, существенным моментом 2-го периода является использование механизмов и технологии, ориентированных на определение прогнозных сценариев развития кадрового потенциала Л-ПУ южного региона КР. Так, в 1-й период по данным оценки ежегодная потребность в ПДО врачей-хирургов всего южного региона составила 8,6 на 100 работающих врачей-хирургов. Речь идет не только об общем и тематическом усовершенствовании, но и о переподготовке, узкой специализации, краткосрочных стажировках. Во 2-й период показатель потребности в ПДО на 5-летний период составил для врачей-хирургов региона 12,6 на 100 врачей-специалистов, при фактическом обеспечении – 10,6, то есть она удовлетворяется на 82,6%.

Анализ показывает, что более 2/3 слушателей (78,9%) обучались на основных хирургических базах КГМИППК (г.Бишкек). Если в 1-й период соотношение количества слушателей курсов и циклов усовершенствования в г.Бишкек и г.Ош (имеется в виду КГМИППК и ошский филиал) составил 4,4:1, то во 2-й период – 3,8:1. Если в 1-й период ежегодное среднее количество слушателей составляли по КГМИППК – 82, то по ошскому филиалу – 18

человек. Во 2-й период среднее число курсантов хирургических кафедр КГМИППК составило 86 в год, а по ошскому филиалу – 22 человека в год.

В девятой главе «Совершенствование профессионального развития хирургов на основе принципов региональной диспансеризации и профилактики заболеваний» изложены результаты ПОХ на основании региональной технологии ОД. Следует отметить, что диспансеризация больных с заболеваниями, в особенности жизненно важных заболеваний (категория СРНР – сердце, легких, печени, почек), а также их профилактика имеет важнейшее значение. Актуальность обследования в амбулаторно-поликлинических и стационарных условиях с целью установления диагноза и/или соответствующего лечения с последующим налаживанием диспансерного наблюдения приобретает особую остроту. ЦСМ, осуществляющее динамическое наблюдение за лицами, включенными в ОД учет по истечении отчетного периода (полгода, год) осуществляет тщательное наблюдение в течение года. Нами (совместно с Абдурахмановым Ш.Т.) изучены данные 64 268 взрослого (15-55 лет) населения г.Ош. При этом, в рамках ОД с целью оценки смертности и инвалидности от заболеваний СРНР нами была использована компьютерная программа «MORTPЭК» с расчетом: 1) Вероятности смерти; 2) Вероятности умереть от данной патологии; 3) Паевского метода построения таблиц смертности; 4) Порядка вымирания; 5) Реального поколения таблицы смертности; 6) Силы смертности. Установлено, что у лиц старших возрастных групп (35-44 лет и 45-55 лет) эти показатели в 3-4 раза больше, чем в младших возрастных групп (15-24 лет и 25-34 года).

Таким образом, отмечается четкая закономерность роста вероятности смерти в зависимости от возраста. При любой патологии вероятность смерти в старших возрастных группах (35-44 лет и 45-55 лет) выше, нежели в младших возрастных группах (15-24 лет и 25-34 лет). Установлено, по градации вероятности умереть от какой-либо патологии на первом месте стоит именно печеночная патология, на втором – сердечная, на третьем – легочная и на последнем – почечная патология. Наибольшая сила смертности в старших

возрастных группах больных с сердечной патологией, соответственно, в возрасте 35-44 лет - $101,4 \pm 11,6$ и в возрасте 45-55 лет - $148,1 \pm 21,1$. В целом сила смертности от сердечной патологией составляет, в среднем $90,5 \pm 12,6$. На втором месте по силе смертности находится легочная патология ($74,5 \pm 10,5$), на третьем – печеночная патология ($62,7 \pm 11,3$), на четвертом – почечная патология ($57,6 \pm 12,1$). Причем, при всех патологиях сила смертности в старших возрастных группах в 2-2,5 раза выше, чем в младших возрастных группах. Если провести градацию по группам заболевания СРНР, то наибольшее число умирающих, соответственно, своей возрастной группы отмечается в группе больных с заболеваниями сердца ($0,8 \pm 0,02$), затем в группе больных с легочной и печеночной патологией (соответственно, $0,6 \pm 0,02$ и $0,6 \pm 0,01$). При почечной патологии этот показатель составляет $0,4 \pm 0,01$.

В десятой главе «Совершенствование профессионального обучения хирургов на основе фундаментации образовательных программ и психологии самосовершенствования» рассмотрены результаты по совершенствованию постдипломного обучения (ПДО) хирургов через призму психологии профессионального самосовершенствования и фундаментализации образовательных программ. Основное внимание уделяется индивидуально-психологическим особенностям врачей-хирургов как важному фактору в построении эффективного учебного процесса.

В период 2000–2025 гг. проведено наблюдение за 388 слушателями курсов усовершенствования кафедры общей хирургии ФУВ и 166 специалистами НХЦ. У всех определялся исходный уровень знаний с помощью тестирования. Слушатели были разделены на две группы: с изначально высоким уровнем знаний (42,8%) и недостаточно высоким (57,2%). Особое внимание в исследовании уделено второй группе.

Выявлено, что наибольшую мотивацию к обучению демонстрируют хирурги из областных центров и крупных городов, особенно в возрасте 35–45 лет. Наиболее низкий уровень мотивации отмечен у молодых специалистов и у

врачей старше 60 лет. Установлено, что оптимальное время между циклами повышения квалификации составляет 3–5 лет.

Анализ показал, что профессиональное мышление хирургов развивается по уровням. Теоретическое мышление, связанное с рефлексией и содержательным анализом, формируется при стаже работы 20–30 лет и возрасте 45–60 лет. Молодые хирурги чаще демонстрируют эмпирический, менее эффективный уровень мышления. Оптимальный уровень также чаще встречается у хирургов, работающих в стационарных учреждениях и в городах.

Профессиональное самосовершенствование зависит от множества факторов, включая специализацию, стаж, условия труда и готовность к самообразованию. По результатам анкетирования 320 хирургов и анестезиологов установлено, что основными источниками обновления знаний остаются курсы ПДО и циклы усовершенствования. Однако доля врачей, самостоятельно использующих специализированные интернет-ресурсы, составляет лишь 15%. Большинство хирургов (85%) не смогли назвать профильные медицинские сайты и журналы.

Фундаментализация ПДО рассматривается как системная и методологическая основа современного образовательного процесса. Она включает: насыщение образовательных программ теоретическими концепциями и законами, внедрение исследовательских методов обучения, развитие аналитико-диагностического мышления и мотивации к самосовершенствованию. Концепция И.А. Ашимова выделяет ключевые компоненты фундаментализации как интегративный образовательный подход, сочетающий когнитивные, деятельностные, развивающие и результативные компоненты.

Предлагается модель выпускника учреждения ПДО с устойчивыми профессионально-личностными компетенциями, развитыми на основе фундаментального естественнонаучного знания. При этом подчеркивается роль системной подготовки и стратегической координации всех участников ПДО: МЗ КР, МОН КР, Л-ПУ, ДДО, профессиональных сообществ.

Таким образом, фундаментализация ПДО – это не только современный тренд, но и реальный инструмент повышения качества хирургической помощи, профессиональной зрелости и личностной компетентности хирургов в Кыргызской Республике.

В одиннадцатой главе «Концептуальные основы современного профессионального обучения хирургов в Кыргызской Республике» представлена обобщающая стратегическая часть диссертации, в которой изложены методологические, организационные и содержательные подходы к модернизации системы профессионального обучения хирургов (ПОХ) до 2030 года. Автор предлагает целостную Концепцию, основанную на анализе состояния последиplomного образования (ПДО), международного опыта, актуальных проблем подготовки хирургов и необходимости соответствия образовательных процессов международным стандартам и требованиям современной хирургической практики. В концепции рассматриваются ключевые элементы реформирования образования, которые будут способствовать более высокому качеству и объёму хирургической помощи в Кыргызстане.

Глава открывается постановкой задачи разработки Концепции как ответ на три выдвинутые гипотезы. Концепция рассматривается как системный и многоуровневый план реформирования ПОХ в Кыргызской Республике. Её главная цель — повышение качества и объёма хирургической помощи путём обновления форм последиplomной подготовки хирургов с учётом глобальных трендов в здравоохранении и специфики национальной системы здравоохранения, что является необходимым для успешного развития медицины и хирургической практики в стране. Это предполагает не только улучшение квалификации медицинских кадров, но и использование современных технологий в обучении.

Реализация Концепции включает три фазы. Первая — это анализ текущего состояния ПОХ, выявление слабых мест в системе, изучение зарубежных моделей (СНГ, ЕАЭС, страны Запада) и оценка их применимости в Кыргызской

Республике. Вторая фаза заключается в формулировке целей и задач ПОХ, разработке адаптированных стандартов, образовательных программ и механизмов, а также в распределении ролей между КГМИППК и НХЦ. Третья фаза — это внедрение Концепции через законодательные инициативы, обновление учебных программ, создание модульно-кредитной системы, аккредитацию и мониторинг качества ПДО. Эта фаза включает в себя практическое воплощение всех изменений в работу учреждений и самих специалистов.

Отмечается, что ключевым фактором эффективности ПОХ является обеспечение профессиональной компетентности хирургов, которая напрямую зависит от качества образовательных программ и практики. Критически проанализированы действующие программы: низкая практико-ориентированность, устаревшие формы обучения, слабое финансирование, ограниченная международная интеграция, дефицит образовательных ресурсов. Особое внимание уделяется внедрению дистанционных технологий, мультимедийных курсов, интернет-платформ, систематической переаттестации, персонализированным планам обучения, а также развитию научной активности, что может существенно повысить уровень образования и подготовленности хирургов.

Приводятся международные практики (США, Европа, Россия, СНГ), в которых акцент сделан на непрерывное медицинское образование, накопление кредитов, участие в научных исследованиях и публикационную активность. Автор считает, что эти подходы должны быть адаптированы в Кыргызстане для улучшения системы образования и соответствия мировым стандартам. Предложена программа модернизации ПОХ с переходом к модульной системе, в которой тематики усовершенствования оцениваются в кредитах, необходимых для подтверждения квалификации и влияющих на оплату труда специалистов. Это позволит создать систему мотивации, которая стимулирует врачей к повышению квалификации и активному участию в профессиональном росте.

В заключение подчёркивается, что реализация Концепции обеспечит рост качества хирургической помощи, устойчивое развитие кадрового потенциала, усиление мотивации хирургов и их интеграцию в международное профессиональное сообщество. Успешная реформа требует участия всех сторон — Министерства здравоохранения, Министерства образования, учреждений ПДО, лечебно-профилактических учреждений, профессиональных ассоциаций и самих хирургов. Важно обеспечить совместную работу всех этих организаций для достижения устойчивого и успешного развития профессионального обучения и повышения качества медицинских услуг в стране.

ВЫВОДЫ

1. ДТО эффективна для подготовки клинических ординаторов, так как способствует более раннему формированию профессиональных способностей, мотивации и стиля хирургической работы. РМО эффективна для интернов, так как развивает навыки интегрированного клинического мышления и комплексный подход к основным хирургическим заболеваниям.

2. О-ФМ является механизмом повышения результативности совместной работы клинических кафедр и баз, обеспечивая условия для междисциплинарной подготовки хирургов.

3. ИМО и П-ЦП реализуют принципы: «Заказчик – исполнитель», когда МЗ КР и Л-ПУ формируют запрос, а КГМИППК выполняет его; «потребность – реализация», когда ПДО основывается на реальной потребности; «полуфабрикат – продукт», когда КГМИППК превращает подготовленный специалистами «полуфабрикат» в высококвалифицированного хирурга.

4. Технологию тестового контроля нужно использовать для оценки эффективности циклов ПДО и квалификационных категорий. «Сборник тестов» является стандартом для циклов и аттестации хирургов.

5. Внедрение стационарного и дистанционного ПДО хирургов, создание кабинета для телемедицины и «Досье хирурга» с использованием

компетентностного подхода является важным достижением П-ПС КГМИППК и НХЦ.

6. Внедрение научных исследований в здравоохранение через клинические руководства требует эффективной реализации стратегии развития ДМ, а также учета региональных особенностей заболеваемости и профилактики.

7. Формирование профессионального мышления хирурга зависит от стажа и возраста, особенно продуктивным является стаж 20-30 лет и возраст 45-60 лет. Качество ПДО зависит от педагогической компетентности П-ПС.

8. Необходим переход к концепции ПДО, акцентируя внимание на фундаментальности и практической направленности образовательных программ, что способствует повышению качества профессионального образования и развитию хирурга.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

Учреждениям ПДО в КР необходимо использовать:

- ДТО для подготовки клинических ординаторов, развивающего более высокий уровень ЗУН и профессиональные способности, мотивацию и стиль хирургической работы;

- РМО для подготовки хирургов в одногодичной интернатуре, развивающего интегрированное клиническое мышление и комплексный подход к профилактике, диагностике и лечению хирургических заболеваний.

МЗ КР и учреждения ПДО должны расширить использование:

- О-ФМ как организационно-правового механизма для повышения результативности совместной работы клинических кафедр и баз, создавая новые условия для ПДО;

- ИМО и П-ЦП, обеспечивающие принципы «Заказчик – исполнитель», «Потребность – реализация», «Полуфабрикат – продукт».

КГМИППК как ведущему учреждению ПДО следует:

- Использовать «Сборник тестовых заданий» для контроля знаний и аттестации хирургов на квалификационные категории;
- Вводить «Паспорт хирурга» и формировать «Досье хирурга» на основе анализа рейтинга ведущих хирургов;
- Развивать стационарные и дистанционные формы ПДО, включая создание кабинета для телемедицины;
- Применять компетентностный подход при выполнении ПОХ.

МЗ КР и КГМИППК должны принять меры для эффективной реализации:

- Стратегии развития ДМ, адаптируя принципы в клинические дисциплины и при подготовке протоколов;
- Региональной лечебно-диагностической стратегии, учитывая структуру заболеваемости и принципы профилактики.

Учреждениям ПДО следует учитывать:

- Формирование психологических предпосылок готовности к профессиональному самоопределению в ПДО, с учетом стажа и возраста хирургов (20-30 лет стажа и 45-60 лет возраста);
- П-ПС как ключевой субъект образовательного процесса, от компетентности которого зависит качество ПДО;
- Фундаментализацию ПДО как ключевую тенденцию развития ПОХ, улучшая качество профессионального образования и профессионально-личностное развитие хирургов.

СПИСОК ОПУБЛИКОВАННЫХ РАБОТ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ

1.Мамакеев М.М., Ниязова С.Б. Совершенствование профессионального обучения хирургов на основе интегрированной модели и программно-целевой подготовки // Бюллетень науки и практики. – 2018. – Т. 4, № 6. – С. 607–614. – <https://elibrary.ru/item.asp?id=67218799>

2.Ниязов Б.С., Ниязова С.Б. Оценка качества медицинской помощи населению на уровне дневных стационаров и станций скорой медицинской помощи // Бюллетень науки и практики. – 2022. – Т. 8, № 1. – С. 114–121. – URL: <https://elibrary.ru/item.asp?id=47789258>

3.Ниязов Б.С., Ниязова С.Б. Процессные модели развития триады подсистем лечебно-профилактических учреждений: управление, ресурсы, потенциал. Управление // Бюллетень науки и практики. – 2022. – Т. 8, № 1. – С. 122–129. – URL: <https://elibrary.ru/item.asp?id=47789259>

4.Ниязов Б.С., Ниязова С.Б. Процессные модели развития триады подсистем лечебно-профилактических учреждений: управление, ресурсы, потенциал. Управление // Бюллетень науки и практики. – 2022. – Т. 8, № 2. – С. 131–136. – URL: <https://elibrary.ru/item.asp?id=47431270>

5.Ниязов Б.С., Ниязова С.Б. Процессные модели развития триады подсистем лечебно-профилактических учреждений: управление, ресурсы, потенциал. Управление // Бюллетень науки и практики. – 2022. – Т. 8, № 2. – С. 137–146. – URL: <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=48033759>

6.Ниязова С.Б. Проблемы качества непрерывного медицинского образования врачей и основные направления их решения // Бюллетень науки и практики. – 2023. – Т. 9, № 2. – С. 283–301. – URL: <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=50266221>

7.Ниязова С.Б. Совершенствование профессионального обучения хирургов на основе региональной лечебно-диагностической стратегии // Бюллетень науки и практики. – 2024. – Т. 10, № 2. – С. 615–620. – DOI: <https://doi.org/10.33619/2414-2948/96/78>

8.Ниязова С.Б., Мамакеев К.М., Абдрасулов М.Г. Управление образованием: потенциал и компетенция сферы последипломного дополнительного образования // Alatoo Academic Studies. – 2020. – № 4. – С. 138–148. – URL: <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=44744112>

9.Тилеков Э.А., Ниязова С.Б., Ниязов Б.С., Адылбаева В.А. Потенциал и компетенция сферы непрерывного дополнительного медицинского образования

// Здоровоохранение Кыргызстана. – 2022. – № 4. – С. 198–205. – URL:
<https://www.elibrary.ru/item.asp?id=49783719>

10.Niyazov B.S., Niyazova S.M., Chyngyshova Zh.A., Tilekov E.A. Process models for the development of the triad of healthcare subsystems: "Clinical and inpatient care", "Outpatient and polyclinic care", "Medical and social assistance" // Вестник хирургии Казахстана. – 2022. – № 2 (71). – С. 51–57. – URL:
<https://elibrary.ru/item.asp?id=44237182>

11.Niyazova S., Niyazov B. Competence-oriented program to improve the quality of continuing medical education for doctors // Медицина неотложных состояний. – 2023. – Т. 19, № 7. – С. 480–487. – URL:
<https://elibrary.ru/item.asp?id=35118518>