

**КЫРГЫЗ РЕСПУБЛИКАСЫНЫН САЛАМАТТЫКТЫ САКТОО
МИНИСТРЛИГИ**

ОШ МАМЛЕКЕТТИК УНИВЕРСИТЕТИ

Д 14.24.696 Диссертациялык кеңеши

Кол жазма укугунда

УДК: 617-001.031 / 14-082 + 616.367-007-089.168: 611: 612

Абдурахманов Шаятбек Туланбаевич

**КЫРГЫЗ РЕСПУБЛИКАСЫНДАГЫ
МЕДИЦИНАЛЫК ЖАРДАМДЫН САПАТЫНЫН КӨП
ДЕҢГЭЭЛДҮҮ МОДЕЛИ**

01.14.17 - Хирургия

02.14.03 - Коомдук саламаттык жана саламаттыкты сактоо

**Медицина илимдеринин доктору илимий даражасын изденип алуу үчүн
диссертациясын авторефераты**

БИШКЕК – 2025

Иш Улуттук хирургия борборунда жана Ош шаардык клиникалык ооруканасында аткарылган

Илимий кеңешчилер:

Медицина илимдеринин доктору, профессор Тилеков Эрнис Абдышевич

Медицина илимдеринин доктору, профессор Каратаев Мадамин Мусаевич

Расмий оппоненттер:

Медицина илимдеринин доктору, профессор

Медицина илимдеринин доктору, профессор

Медицина илимдеринин доктору, профессор

Жетектөөчү мекеме:

Андижан мамлекеттик медициналык университети

Коргоо 2021-жылдын “____” _____ саат 12: 00дө академик М.М.Мамакеев атындагы Улуттук хирургия борборунда жана . И.К.Ахунбаев атындагы Мамлекеттик медициналык академиясында Д14.10.415 хирургия боюнча докторлук (кандидаттык) диссертацияларды коргоо боюнча диссертациялык кеңешинин жыйынында Бишкек шаары, _____ дареги боюнча өтөт:

Диссертация менен академик М.М.Мамакеев атындагы Улуттук хирургия борборунун илимий китепканасынан таанышууга болот

Автореферат 2021 -жылдын «____» _____ таратылган

**Диссертациялык кеңештин
окумуштуу катчысы**

ШАРТУУ БЕЛГИЛЕРДИН, СИМВОЛДОРДУН, БИРДИКТЕРДИН ЖАНА ТЕРМИНДЕРДИН ТИЗИМИ

А-ПЖ – амбулатордук-поликлиникалык жардам
«А – ПК» – амбулатордук-поликлиникалык компонент
ДКББ – дипломдон кийинки билим берүү
КС – күндүзгү стационар
ДКБС – дипломдон кийинки билимдин сапаты
МЖС – медициналык жардамдын сапаты
ОИЖС – операция ичиндеги жардамдын сапаты
«К-СК» – клиника-стационардык компонент
«К – ЖК» – компетенттүүлүк – жеке компонент
К-МК – коркунуч-метрикалык критерий
ПК – прогноздук критерий
БК – белгисиздиктин критерийи
АК – альтернативалуулуктун критерийи
Д-ПМ – дарылоо-профилактикалык мекемелер
«М-СК» – медицина-социалдык компонент
«ББжУК» – билим берүүчү жана уюштуруучу компонент
«УжБК» – уюштуруу жана башкаруу компоненти
АМСЖ – алгачкы медициналык-санитардык жардам
«КжКК» – кесипкөй жана кадрдык компонент
СС – сапат стандарты
«ТжРК» – техникалык жана ресурстук компонент
АО – аймактык оорукана
«О-МК» – окуу-методикалык компонент
ИСД – иштин сапатынын деңгээли
ӨО – өнөкөт оору
ХБ – хирургиялык бригада (хирургдар + анестезия – реаниматологдор)
ЖМПБ – жалпы медициналык практика борбору
ЭК – өзгөчө кырдаал
ЭТК – экстремалдуу тобокелчилик кырдаалы
ЭЗК – экстремалдык зарылчылыктын кырдаалы
АЭЭА – аргасыз эксперименттин экстремалдык абалы

ИШТИН ЖАЛПЫ МАЗМУНУ

Диссертациянын темасынын актуалдуулугу. Илимдин өнүгүшүнүн азыркы этабында интегративдик жана синергетикалык процесстердин активдешүүсү, синтетикалык ой жүгүртүүнүн калыптанышы, изилдөөнүн ар кандай татаал объектиси система (тутум) катары каралып, тийиштүү принциптердин жана ыкмалардын негизинде бааланууга тийиш [20,22, 36]. Атап айтканда, триадалык ыкма системанын тиешелүү компоненттерин схемалаштыруунун жана симметриялаштыруунун универсалдуу принцибин чагылдырып, ачык-айкын көрсөтмөлөрдү бергени белгилүү [16,22,52].

Албетте, саламаттыкты сактоо көптөгөн компоненттери бар система катары каралышы керек, бул өз ара мамилелерде белгилүү бир калыптарды түзүүгө, аны моделдөөгө мүмкүндүк берет. Бир жагынан, компоненттердин негизги касиеттери ушинтип түшүндүрүлүп, экинчи жагынан, объекттин бүтүндүгүндө анын жүрүм-турумунун ажырагыс мыйзамдары менен ушундайча иликтениши мүмкүн. Ушул өңүттөн алганда, системалык (тутумдук) ыкма бир кыйла күчтүү изилдөө технологиясы болуп саналат [12,47,85].

Өнүгүүнүн процесстик моделдери түрүндөгү компоненттердин жалпы мүнөздөмөлөрү учурдагы саламаттыкты сактоо концепциясынын натыйжалуулугун гана эмес, ошондой эле саламаттыкты сактоо стратегиясын түзүүнүн жаңы варианттарын негиздөөнү дагы ишенимдүү баалоого мүмкүндүк берерин түшүнүү маанилүү. Кандайдыр бир жол менен, системанын компоненттерин иштеп чыгуу моделдери таасирдин деңгээлин жана акыркы натыйжаларга жетишүүгө кошкон салымын аныктайт, ошону менен системанын жаңы шарттарга жана чакырыктарга адаптациялык мүмкүнчүлүктөрүн мүнөздөйт [86,125,154].

Белгилей кетүүчү нерсе, процесстик мамиленин мааниси, иш-аракеттер жана аны менен байланышкан ресурстар процесстер катары башкарылганда, каалаган натыйжага жетүү натыйжасын берет [74,101,116,138]. Илимий көз караштан алганда, саламаттыкты сактоо, Д-ПМ, ДКББ, ЭХ сыяктуу деңгээлдүү системаларды шарттуу түрдө айырмалай алабыз. Бул тутумдардын төмөнкү компоненттерин да бөлүп кароого болот. 1) Саламаттыкты сактоо – «К-СК», «А-ПК», «М-СК»; 2) Д-ПМ - «УжБК», «ТжРК», «КжКК»; 3) ДКББ - «ББжУК», «О-МК», «К-ЖК»; **ЭХ - «К-ПК», «О-МК», «Т-ТК»**

Жогоруда аталган компоненттер бир учурда өз ара аракеттенүүнүн функционалдык түрүн билдирет, кээ бирлеринин чыгуучу агымдары башкалардын кирүү агымдары болуп саналат, ал эми башка учурда, системалардын жалпы элементтери аркылуу бир нече компоненттердин өз

ара аракеттенишинин структуралык түрү болуп саналат. Жалпысынан, мындай системаларды максаттын жана башкаруунун биримдигине негизделген жалпы иштөө менен бириккен компоненттер катары көрсөтүлүшү мүмкүн [163,185,192].

Көптөгөн авторлор, биринчи кезекте, медицина тармагын реформалоо калкка МЖСны уюштурууну жана башкарууну өркүндөтүүнү талап кылат деп эсептешет [5, 28, 48]. Ошол эле учурда заманбап системалык саламаттыкты сактоо комплексинин негизги маселеси компоненттердин триадасынын оптималдуу катышын аныктоо болуп саналат: 1) «К-СК»; 2) «А-ПК»; 3) «М-СК». Жогоруда баса белгиленгендей, бул компоненттердин процесстик моделдерин баалоодо үч тараптуу мамиле симметриялаштырууга гана эмес, ошондой эле ушул үч бурчтуктун компоненттеринин ролун моделдөөгө мүмкүндүк берет. Саламаттык сактоо тутумундагы Д-ПМ, ДКББ жана ЭХ үчилтик процесстери бул системалардын структуралык элементтеринин татаал курамга механикалык айкалышы эмес, жаңы структуралаштырылган билим берүүнүн бир бүтүнгө сапаттуу өзгөрүшү экендигин белгилей кетүү керек. Ошол эле учурда тутумдук татаалдыктын жогорулашы байланыштын күчүн жогорулатат, анткени системалык өз ара аракеттенүү процессине тутумдук триадалардын саны көбөйүүдө [63,75,91].

ЕС системасынын компоненттеринин - «К-РС», «О-МК», «Т-ТК» үчилтигин аныктоонун мотиви - бул ЭКден чыгуунун жолун табуу эң кыйын. жана убакыт өтө зарыл болгон учурда жана керектүү маалыматтар тартыш болгондо, өмүргө коркунуч келтирген чечимдерди кабыл алууга мажбур болгон ХБ үчүн маанилүү талап [106,112,189]. Жабырлануучудагы ЭКтин автономдуу жана коллегиялдуу чечилиши сыяктуу факторлорду түздөн-түз операция столунда эске алганда, колдо болгон илимий, методикалык, окуу жана методикалык материалдар ТӨБ, ЭЗР жана АЭЭАде колдонула турган теориялык принциптерди түзүүгө жол бербейт. ошол эле ийгилик.

Албетте, ЭТК, ЭЗР жана АЭЭА конкреттүү өзгөчөлүктөргө ээ, аны ХБ оңдоодон мурун айырмалоо керек [17,106,189]. Ошол эле учурда, ЭТК, ЭЗР жана АЭЭА ашып кетпеши керек болгон хирургиянын, наркоздун жана реанимациянын коопсуздугун пландаштыруу жагынан белгилүү бир минималдуу чекти белгилөө үчүн, «К-РС», «О-МК» жана «Т-ТК» өнүгүү моделинин негизинде белгилүү бир сунуштамаларды иштеп чыгуу керек. Ден-соолукту сактоону уюштуруучулар жана ХБ үчүн мындай документтер «ченем-сунуштар» болушу мүмкүн, же бүгүнкү күндө «ченемдердин-талаптардын» ондолгон формалары болот.

Диссертациянын темасынын артыкчылыктуу илимий багыттар, ири илимий программалар, илимий мекемелер тарабынан жүргүзүлүп жаткан негизги илимий долбоорлор менен байланышы. Тема төмөнкүлөрдүн алкагында иштелди: 1) **НИР КГМИППК** «Саламаттыкты сактоо тутумун жана дипломдон кийинки билим берүүнү өркүндөтүү»; 2) «XXI кылымда Кыргызстандын саламаттыгын сактоо», «Манас», «Манастаалими» улуттук программалары; 3) «2007-2015-жылдар аралыгында Кыргыз Республикасында медициналык кызматкерлердин кесиптик үзгүлтүксүз билиминин концепциясы»; «Кыргызстандын хирургиялык кызматын өркүндөтүү боюнча концепциялар» (2001).

Изилдөөнүн максаты: МЖСны өркүндөтүүнүн көп деңгээлдүү моделдерин иштеп чыгуу жана илимий негиздөө, анын ичинде ЭКдагы ОИЖС, ошондой эле, саламаттыкты сактоо системасынын компоненттери Д-ПМ, ДКББ, ЭХти баалоодо системалык жана триадалык ыкмаларды колдонуунун натыйжалуулугун жогорулатуу.

Изилдөөнүн маселелери:

1. ЭКдагы ОИЖСти өркүндөтүүнүн көйгөйлүү жактарын белгилөө, ошондой эле интраоперативдик ЭКты чечүүнүн методологиялык аспектилерин талдоо жана компоненттердин триадасын иштеп чыгуунун процесстик моделин **баалоо («-РС», «О-МК», «Т-ТС»)** ЭК системасында жабыркагандар үчүн ЭЭПти жакшыртуу боюнча «ченемдик-сунуштамаларды» иштеп чыгуу жана киргизүү;
2. МЖСты камсыз кылуу үчүн Кыргыз Республикасынын саламаттык сактоо тутумунун компоненттеринин («К-СК», «А-ПК», «М-СК») триадасын иштеп чыгуу процессинин моделин баалоо;
3. МЖСты камсыз кылуу үчүн Д-ПМ тутумунун компоненттеринин («УжБК», «ТжРК», «КжКК») триадасын иштеп чыгуу процессинин моделин баалоо;
4. ДКББ тутумунун компоненттеринин («ББжУК», «О-МК», «КжКК») триадасын иштеп чыгуу процессинин моделин баалоо, натыйжалуулугун камсыз кылуу.

Иштин илимий жаңылыгы.

Биринчи жолу ЭК алдында ОИЖСти жогорулатуунун көйгөйлүү жактары белгиленди, ошондой эле операциянын ичиндеги ЭКты чечүүнүн методологиялык аспектилери талданды;

Алгачкы жолу ОИЖС менен камсыз кылуу үчүн ЭК системасынын компоненттеринин (**«К-ПК», «О-МК», «Т-ТК»**) үчилтигин иштеп чыгуу процессинин моделине баа берилди. ЭЗК, ЭТК жана АЭЭАда жабыркагандар үчүн ОИЖС жетишүү тажрыйбасын жалпылоо менен жаракат алуулардын

жана политравмалардын **ЭХ** тажрыйбасында «нормалар-талаптарга» болгон салыштыруунун негизинде «Нормативдик-сунуштамалар» иштелип чыкты.

Биринчи жолу Кыргыз Республикасынын саламаттык сактоо тутумунун МЖС компоненттеринин триадасын («К-СК», «А-ПК», «М-СК») камсыз кылуу процессинин моделин баалоо ишке ашырылды.

Алгачкы жолу МЖСТИ камсыз кылуу үчүн Д-ПМ тутумунун триада компоненттеринин («УжБК», «ТжРК», «КжКК») өнүгүү процессинин моделин баалоо жүргүзүлдү.

Кыргыз Республикасында биринчи жолу ДКБСТИ камсыз кылуу үчүн ДКББ тутумунун триадалык компоненттеринин («ББжУК», «О-МК», «К-ЖК») өнүгүү процессинин моделин баалоо жагы аныкталды.

Алынган натыйжалардын практикалык мааниси. Диссертациянын жоболору заманбап саламаттыкты сактоо тутумунун, Д-ПМ, ДКББ жана **ЭХ**дин илимий потенциалын толуктайт. Уюштуруу-башкаруу, илимий жана билим берүү, медициналык жана хирургиялык процесстердин катышуучуларынын ишмердүүлүгүн ар тараптуу талдоонун жүрүшүндө алынган жаңы маалыматтар МЖС, ДКБС, ОИЖС оптималдаштырууга мүмкүндүк берет.

Илимий иште ЭКнын спецификалык өзгөчөлүктөрү, өзгөчө касиеттери бар экени далилденген, бирок, аны ХБ түзөтүүдөн мурун айырмалоо зарыл. ЭКти башкарууга жалпыланган мамиле ХБнын кесиптик даярдыгы үчүн **«К-ПК»**, **«О-МК»** жана **«Т-ТК»** иштеп чыгуу моделдерин, ошондой эле көп сандаган учурларга мүнөздүү көндүмдөрдү жана ыкмаларды колдонуу маанилүү багыт болуп калууга тийиш.

Анестезия жана реанимациянын коопсуздугун пландаштырууга байланыштуу белгилүү бир минималдуу чекти белгилөө, аны ЭТК, ЭЗК жана АЭЭА учурунда өтүүгө болбойт, бул **«К-ПК»**, **«О-МК»** жана **«Т-ТК»** өнүгүүнүн үчилтик моделинин негизинде иштелип чыккан «Нормалар-сунуштарда» чагылдырылган. Алар активдүү хирургиялык, анестезиялык жана реанимациялык тактикага басым жасашат. Ушул документтин жоболорунун негизинде, ХБ операциянын ичиндеги реанимациянын элементи катары операциянын пайдасына чечимдерди өтө кыска убакытта кабыл алат.

АЭЭАде, ЭЗКда да, хирургиялык жана анестезиялык-реанимациялык тактиканы активдештирүүгө багытталган «чен-сунуштарга» ылайыкташтырылып, медициналык жардамдын интраоперациялык этабын жүргүзүшкөн. Анын үстүнө, ал операцияны тез арада, дээрлик шартсыз колдонууну жандандыруу (реанимациялык) ыкмасы катары аныктайт.

Триада принцибин колдонуп, Кыргыз Республикасынын саламаттыкты сактоо саясатынын негизги багыттарын ишке ашырууну талдоонун негизинде медициналык жардамдын деңгээлин жогорулатууга багытталган реформалардын артыкчылыктары жана кемчиликтери аныкталды. Көп деңгээлдүү моделдөөнүн негизинде, Кыргыз Республикасында саламаттыкты сактоону трансформациялоонун заманбап шарттарында медициналык жардам көрсөтүү тутумун баалоо жүргүзүлүп, анын мүмкүнчүлүктөрү жана келечеги баса белгиленди.

Д-ПМ ишмердүүлүгүн оптималдаштыруу боюнча системалаштырылган моделдердин теориясын жана практикасын колдонуу, саламаттыкты сактоо тутумундагы персоналды башкаруу, персоналдык мамиле жана медициналык персоналдын (дарыгерлер тобунун) сапатын калыптандыруу зарылчылыгын негиздөө МЖСТИ жана ДБСТИ сарамжалдуу жана натыйжалуу башкарууга салым кошот.

ДМ жана ДКББ дарыгерлерине уюмду стандартташтыруу жана оптималдаштыруу технологиясы, Д-ПМди башкаруу, ресурстар жана кадрлар менен камсыз кылуу, КК, КПны, принциптерди киргизүү медициналык жардам көрсөтүүнүн бардык этаптарында МЖСТИн жогорулашынын деңгээлинин сапатын жана үзгүлтүксүздүгүн камсыз кылат жана олуттуу таасир тийгизген натыйжалуу диагностикалык жана дарылоо технологияларын ишке ашыруунун бирдиктүүлүгүн жана ырааттуулугун жогорулатат.

Бирдиктүү төлөөчү тутумундагы МЖСТИн экспертизасы жана анын республикада практикалык жүзөгө ашырылышы артыкчылыктуу милдеттерди натыйжалуу ишке ашырууга жана жогорку натыйжаларга жетишүүгө өбөлгө түздү. Дарыгерлердин ДКББнун негизинде эффективдүү кесиптик өркүндөтүүсү анын кесиптик компетенттүүлүгүн аныктоочу күчтүү мотивациялык фактор болуп саналат. ДКББ программаларына дарыгерлердин кесиптик жана жеке потенциалынын сапатын калыптандырууга байланыштуу маселелердин киргизилиши МЖСТИн өркүндөшүнө өбөлгө түзөт.

Алынган натыйжалардын экономикалык мааниси. ЭКдагы курмандыктарды хирургиялык жана реанимациялык башкаруунун сапатын жогорулатуу алардын өмүрүн сактап калууга өбөлгө түзөт. Саламаттыкты сактоону уюштуруучулар жана ХБ мүчөлөрү үчүн «ченемдик-сунуштамаларды» киргизүүнүн натыйжасында ЭКда жабыркагандарды башкаруунун уюштуруучулук, оперативдик-реанимациялык, диагностикалык тактикасынын биригишине жана оптимизациясына алып келет, Д-ПМдин натыйжалуулугу жогорулайт жана күчтөрдү, каражаттарды, убакытты

натыйжалуу бөлүштүрүүгө мүмкүнчүлүк болот. Ошол эле учурда жагымсыз натыйжалардын жана татаалдашуулардын үлүшү бир кыйла кыскарып, бул бюджеттик каражаттарды үнөмдөөгө оң таасирин тийгизет.

Дарылоонун сапатын жогорулатуу жана аны көзөмөлдөө калкты МЖС менен камсыздоонун натыйжалуулугун жогорулатат, бейтаптарды дарылоонун убактысын кыскартат, ошондой эле дары-дармектердин, тамак-аштын жана бейтаптарды кароонун наркын төмөндөтөт. Саламаттыкты сактоо тутумун кайра түзүүнүн, ооруканаларды алмаштыруучу технологиялардын, бейтаптарды диагностикалоонун жана дарылоонун эффективдүү методдорунун киргизилишинин натыйжасында Д-ПМ натыйжалуулугу бардык деңгээлде жогорулайт, анткени Д-ПМ күчүн, каражатын жана убактысын оптималдуу кайра бөлүштүрөт, ошол эле учурда, ооруканада негизсиз ооруканага жаткыруунун үлүшү кыйла төмөндөйт, амбулатордук кызматтын сапаты жогорулайт, бул бюджеттин 60-65% чегинде үнөмдөлөт.

Коргоо үчүн негизги жоболор:

ЭК учурунда хирургдардын жана анестезиолог-реаниматологдордун тыгыз интраоперативдик кызматташуусу зарыл, анткени, бирдиктүү ХБнын максаты – жабырлануучунун өмүрүн сактап калуу жана биргелешкен баалоо тутумунун негизинде иш алып барып, ЭКны жоюу боюнча коллегиялдуу жана компетенттүү чечимдерди кабыл алуу. ХБнын тар шарттарда, алардын иш-аракеттерин биргелешкен милдеттердин көз карашынан алганда олуттуу түрдө өзгөртүп, «универсалдуу көйгөйдү» чечүүчү катары караш керек.

Учурдагы «норма-талаптарга» салыштыруунун негизинде түзүлгөн «Норма-сунуштарды» ЭКда жабыркагандарда ХБ тарабынан жасалган кадамдардын белгилүү бир чечимдери катары кабыл алынышы абзел. ХБ үчүн чукул кырдаалдагы айласыз тажрыйбанын жана АЭАдеги «үмүтсүздүк стратегиясын» жигердүү колдонуу зарылдыгы бар, анткени ден-соолугуна байланыштуу жасалган операциянын натыйжасында жабырлануучуга келтирилген зыяндын алдын алууга болбойт жана реанимациянын эффективдүү компоненттеринин аткарылбай калышына караганда, бул зыяндын кесепетинен азыраак жабыр тартылат.

ЭК жана АЭА бул көрүнүштү кабыл алуунун тиешелүү психологиясы менен «операциянын ичиндеги өзгөчө кырдаал» (ИОЧС) катары кабыл алышы керек. Алар өз милдеттерин кылдаттык менен, жоопкерчиликти, коллегиялдуу, кесипкөйлүк менен, бири-бирине кысым көрсөтпөстөн аткарууга милдеттүү болгон ХБ мүчөлөрүнүн иш-аракеттерин калыптандыруучу факторлор катары аныкталат. ЭКти оңдоо боюнча алардын

биргелешкен планы көрүлүп жаткан чаралардын бардык коркунучтары менен артыкчылыктарынын ортосунда компромисс болушу абзел.

ЭКнын адекваттуу интраоперативдик баасын жана чечимин аныктоодо КА, КУ, КН, КП сыяктуу интегралдык көрсөткүчкө басым жасоо зарыл. Мындан тышкары, жабырлануучунун интраоперативдик когнитивдик статусунун динамикасынын индикатору сыяктуу интегралдык көрсөткүчтөргө токтолуп, кризистин эң коркунучтуу кесепеттерин жоюуга багытталган тактиканы колдонуу шарт. Уюштуруучулук, методикалык, тактикалык жана техникалык факторлордун салыштырмалуу тобокелдиги жана рангдык мааниси өсүүдө - ЭТК → ЭЗК → АЭЭА.

2006-2012-жылдар аралыгында Кыргыз Республикасынын саламаттык сактоо системасы өзгөчө кырдаалдардын санынын көбөйүшү (3,2% га), керебеттер менен камсыздоонун төмөндөшү (10 миң калкка 10,3тен 9,3ке чейин), стационардык оорулардын уюштуруу-диагностикалык жана дарылоо кемчиликтеринин жогорку үлүшү (68,9%) жана амбулаториялык (38,8%) секторлор менен мүнөздөлөт. «К-СК», «А-ПК», «М-СК» компоненттеринин үчилтигинин өнүгүү моделинин негизги жетишкендиги СМ ҮМБ / ҮДТ, КС, АДО), ошондой эле милдеттүү медициналык камсыздандыруу системасын киргизүү, КРдин саламаттыкты сактоо системасынын динамикасынын оң жагы «А-ПКнын» «К-СК» жүгүнүн олуттуу бөлүгүн өзүнө жүктөгөндүгү менен шартталган.

ДКБС калктын МЖСтин деңгээлин жогорулатуу тутумунун эң маанилүү компоненти катары каралуусу зарыл, ошондуктан заманбап илимий жана билим берүү стратегиясын эске алуу менен, компоненттердин үчилтигинин гана эмес, тең салмактуу өнүгүүсүнө умтулуу абзел: «илим», «билим берүү», «клиника», ошондой эле фундаменталдык методикалык, жалпы көз караш ДКББ деңгээлдери, КГМИППК КРдагы дарыгерлердин ДКББ боюнча башкы институту катары интеграциялык процессти күчөтүп, тиешелүү бөлүмдөрдү жана курстарды КРдин медициналык кызматтарын илимий-инновациялык өнүктүрүү борборлоруна айландырышы керек.

Издөнүүчүнүн жеке салымы. Изденүүчү өз алдынча ЭК системалуу анализин (75%); адабияттарда келтирилген жана практиктер тарабынан колдонулган ЭК (ЭТК, ЭЗК, АЭЭА) түшүнүктөрүнүн жана терминдеринин логикалык талдоосун (75%) жүргүзгөн; ЭК менен жабыркагандардын абалы жөнүндө маалыматтарды чогултуу ыкмаларына талаптар аныкталып, алардын логикалык анализдери жүргүзүлдү (75%); «норма-талаптарды» жана «норма-сунуштарды» сунуштоо стили сунушталды (75%); таблицалык жана болжолдуу ЭК эсептөөлөрдү жүргүздү, жабырлануучунун оордугун жана ХБ жана Д-ПМ ишинин деңгээлин критерий менен баалоону (50%) жүргүзгөн.

Ошондой эле, изилдөөнүн максаттарын жана милдеттерин түзүп, өз алдынча изилденип жаткан көйгөй боюнча ата мекендик жана чет элдик адабияттарга талдоо жүргүзгөн (100%). Изилдөө программасы түзүлүп, материал чогултуу үчүн анкета жана карталар иштелип чыкты, социологиялык сурамжылоолор жүргүзүлдү (75%). Изденүүчү өз алдынча баштапкы маалыматты чогултуп, алынган натыйжалары математикалык жана статистикалык жол менен жүзөгө ашырылган (100%). Маалыматтарды талдоо, чечмелөө, көрсөтүү, корутундуларды чыгаруу жана практикалык сунуштарды иштеп чыккан (100%).

Андан башка МЖСТИ жакшыртуу көйгөйү боюнча кырдаалга системалуу анализ (75%); адабияттарда келтирилген жана практиктер тарабынан колдонулган МЖС, ДКБС түшүнүктөрүнө жана терминдерине логикалык талдоо, ошондой эле триадалык (үчилтик) мамилени, өнүгүү моделин, ДКББ жана башка баш ийген концепцияларды аныктоонун концептуалдык моделдөө жүргүзүлдү (75%); АКБнын абалы жана натыйжалуулугу жөнүндө маалыматтарды чогултуу ыкмаларына талаптар аныкталды жана алардын логикалык талдоосу жүргүзүлдү (75%). Д-ПМ тутумунун компоненттеринин, ДКББ компоненттеринин триадасынын, ЕС компоненттеринин триадасынын (75%) иштеп чыгуу модели сунуш кылынды; саламаттыкты сактоо бөлүмдөрүнүн ишинин натыйжалуулугун баалоо методикасы сунушталды (75%); МЖС жана ОИЖС үчүн башкаруу тутумдарынын ЭК боюнча натыйжалуулугун баалоо методикасы сунушталды (50%).

Автордун түздөн-түз катышуусу менен, АКТны кургак учук, ҮМБ / ҮДТ, ЖДБП деңгээлинде баалоо боюнча эксперттик протоколдордун маалымат базаларын түзүү МЖС экспертизасынын технологиясын колдонуу менен жүргүзүлдү, изилдөө жагынан (25%), автор эксперт жана экспертизанын уюштуруучусу, бардык учурда 100% талдоочу катары иш жүргүзгөн. Триадаларды тутумдаштыруу боюнча иштин 50% автору катары жеке өзү изилдөөнү аткарган. Алдыга коюлган теориялык сунуштарды көрсөтүү жана далилдөө үчүн колдонулган эмпирикалык маалыматтарды топтоого автордун жеке катышуусунун үлүшү 75%; иштин теориялык бөлүгүндө, материалдарды жалпылоо жана талдоого - 100% болгон.

Иштин натыйжаларын апробациялоо. Изилдөөнүн негизги жоболору жана натыйжалары КММАнын жана КСМИПКнын хирургия кафедраларында «Ден-соолук бөлүмү», «Хирургия», «Травматология» билим берүү процессине киргизилген. Изилдөө материалдары колдонмолорду иштеп чыгууда колдонулган. Иштин жыйынтыгы боюнча Кыргыз Республикасынын Саламаттыкты сактоо министрлигине, Д-ПМга

сунуштар даярдалды. Иштелмелер Д-ПМ менеджерлери, аймактык ММК фондунун штаттан тышкаркы адистери үчүн квалификацияны жогорулатуу боюнча аттестациялык жана аттестациялык циклдарды өткөрүүдө колдонулат.

Иштелип чыккан уюштуруучулук жана методикалык технологиялар КРдин аймагында саламаттыкты сактоо системасында (КР МД, Д-ПМ), милдеттүү медициналык камсыздандыруу тутумунда, ДКББ тутумунда (КГМИППК) ишке ашырылат. Изилдөөчү материалдар КРдин Саламаттыкты сактоо, ММК фондун уюштуруучулары үчүн методикалык сунуштарды, «Коомдук саламаттык жана саламаттыкты сактоо», «Хирургия» адистиги боюнча ДКББ үчүн максаттуу окутуу программаларын даярдоодо колдонулган.

Иштелмелерди теориялык медицинанын, практикалык саламаттыкты сактоонун методикалык көйгөйлөрүн иштеп чыгууда колдонсо болот. Ушул өңүттөгү иштин натыйжалары саламаттыкты сактоо саясаты, хирургиялык билим берүү стратегиясы, хирургиялык кызматтын тактикасы боюнча методикалык, көйгөйлүү-издөө семинарларынын ишинде пайдаланса болот. Иштин натыйжалары студенттер үчүн максаттуу билим берүү программаларын түзүүдө колдонулган.

Диссертациянын материалдары лекция окууда, практикалык сабактарды жана семинарларды өткөрүүдө, ошондой эле «Медициналык жардамдын сапатын текшерүү» жана «Ден-соолукту сактоону уюштуруу жана коомдук саламаттыкты сактоо» аспирантурасынын циклдарын өткөрүүдө пайдаланылган. Изилдөөнүн натыйжалары жөнүндө конгресстерде, симпозиумдарда жана илимий-практикалык конференцияларда билдирилген. Изилдөөнүн теориялык жыйынтыктары КСМИППКнын илимий Кеңешинин жана **УХБ** отурумдарында, тиешелүү кафедралардын отурумдарында талкууланды. Изилдөөнүн негизги натыйжаларын практикага киргизүү КСМИППКнын дарыгерлерине, клиникалык ординаторлоруна, аспиранттарына кесиптик консультация берүү боюнча практикалык иштерди жүргүзүү жолу менен, ошондой эле алынган натыйжаларды психологиялык-педагогикалык пропаганда аркылуу жүзөгө ашырылды.

Диссертациянын негизги жоболору: УХБнын илимий-практикалык конференциясында (Бишкек, 2011, 2012, 2015, 2017); КСМИППКнын жаш илимпоздорунун VI конференциясында (Бишкек, 2012, 2014, 2017); КСМИППКнын Илимий Кеңешинин отурумдарында (Бишкек, 2013, 2015, 2016) сыналган. Изилдөөнүн натыйжалары КСМИППК Улуттук хирургия

борборунда, ОшМУнун медицина факультетинин (ООАКО, ОШКО Ош ш.) практикасына киргизилген.

Диссертациянын натыйжаларын басылмаларда чагылдыруу боюнча: Диссертациянын темасы боюнча 25 илимий эмгек жарыяланган.

Диссертациянын түзүлүшү жана көлөмү. Диссертация киришүүдөн, адабияттарга обзордон, иштин мазмунунун сүрөттөлүшүнөн жана изилдөө методдоруна, 7 главадан турган жеке изилдөөлөрдөн, корутундулардан, практикалык сунуштардан, колдонулган адабияттардын тизмесинен турат. Диссертациянын көлөмү – 263 бет, 46 таблица жана 21 сүрөт менен сүрөттөлгөн компьютердик текстте берилген. Библиографиялык индексте 265 автор бар, алардын 200ү жакынкы жана 65и алыскы чет өлкөлөрдөн алынган.

I глава «Медициналык жардамдын сапатынын заманбап маселелери» деп аталып, экстремалдык (өзгөчө) кырдаалда медициналык жардамдын сапатынын заманбап көйгөйлөрү, ошондой эле дарыгерлердин дипломдон кийинки билиминин сапаты жана алардын негизги багыттары жөнүндө адабияттарда берилген материалдарды карап чыгуунун натыйжалары тууралуу сөз болот.

II главада «Материалдар, методология жана изилдөө методдору» деп аталат. Биздин иштин өзгөчөлүгү – изилдөө предмети, биз интраоперативдик ЭКти чечүү көйгөйлөрүнүн: усулдук; клиникалык жана психологиялык; уюштуруучулук жана методикалык; тактикалык жана техникалык маанилүү аспектилерин аныктадык. 2009-2017-жылдар аралыгында топтолгон материал боюнча ЭКда болгон 184 жабырлануучу катуу жаракат жана политравма алган. Алардан алынган 100 маалымат талданган. Курман болгондордун 16% оор жаракат алышкан, ал эми 84% политравма менен жабыркаган. Эки топто тең эркектер басымдуулук кылган (тиешелүүлүгүнө жараша 13% жана 60%), ошондой эле жаштар (82%), ал эми орто жаштагы жана улгайган адамдар 14% жана 4% ды түзгөн. Оорулардын жарымынан көбүндө (60%) жабырлануучуларда ЭТК болгон, 24% учурларда – ЭЗК жана 16% – АЭЭА. Эгерде ЭЗК менен жабыркагандардын тобунда эркектер менен аялдардын катышы 1: 1,7 болсо, анда ЭЗК жана АЭЭА тобунда 1: 7 түзгөн.

1-таблица. – Жабыр тарткандарды ЭК түрүнө, жынысына жана жашына жараша бөлүштүрүү

ЭК	n	Жынысы		Жашы		
		Эркек	Аял	<45	46-59	>60
ЭТК	60	38	22	58	2	-
ЭЗК	24	20	4	18	6	-
АЭАА	16	15	1	6	6	4
Жыйынтык:	100	73	27	82	14	4

Жалпысынан, жабыркагандардын дээрлик жарымы (49%) жаракат алган же жаракат алган учурдан тартып 1 сааттын ичинде операция бөлмөсүнө жаткырылгандар. Жабырлануучулардын дээрлик ½ (24%) 1-2 сааттын ичинде, ал эми 2-4 сааттын ичинде жана андан көп – 27% жабырлануучулар кабыл алынган. Жабырлануучулардын бардык топторунда эки себеп – жол кырсыгы жана көчөдөгү жаракат басымдуулук кылган. Жалпысынан алар 59% жана 23% түздү. Үй тиричилигиндеги жаракат 7%, өндүрүштүк жаракат 5%, бийиктиктен кулап түшүү жана башка жаракаттар - ар бири 3% түздү. Жол кырсыгы менен жабыркагандардын тобунда көчө жаракат алуулары жана жол кырсыктары 83% ды түзсө, ЭТК жана АЭАА тобунда - 81% түзгөн.

Жабыркагандарга карата бир катар баалоочу изилдөөлөр колдонулган. Баалоо процессин унификациялоо, жабырлануучунун абалынын оордугун тастыктоо, натыйжасын алдын-ала аныктоо жана ИИТ индивидуалдаштыруу үчүн бир катар эсептөө ыкмалары колдонулган. Жаракаттын деңгээлин жана ЭК менен жабыркагандардын абалынын оордугун баалоо үчүн, биз өзгөртүлгөн балл таблицасын колдондук (100%). Анестезия + операциялар + реанимациянын хронометарждуу күндөлүгү колдонулган (48%). Уюштуруунун, тактиканын жана технологиянын сапатына масштабдуу баа берилди (82%).

2-таблица - Баалоо изилдөөсүнүн мүнөзү жана көлөмү

Изилдөөнүн көлөмү жана мүнөзү	N	ЭК бир саат аралыганда жабыркагандар		
		ЭТК	ЭЗК	АЭАА
Жабырлануучунун абалынын оордугун баалоо	100	60	24	16
Операциянын хронометраждуу күндөлүгү	48	22	16	10
Уюштуруу, тактикалык жана техникалык чечимдердин сапатын масштабдуу баалоо	82	52	18	12
Иштин деңгээлин аныктоо	66	34	20	12
ИТТны жекелештирүүнүн эсептөө методу	74	39	21	14

Анестезиялык жана реанимациялык жардамдын технологиясы бардык бейтаптарда операцияга чейинки премедикация бензодиазепин дарыларын

колдонуу жолу менен жүргүзүлгөн. Жалпы наркозго 1,5-2,5 мг / кг дозасында пропофол менен индукция кирет, галотандын аралашмасынан кычкылтек менен дем алууну камсыз кылуу (2: 1). Фентанилди фракциялык киргизүү менен анальгезия жасалды, трахеяны интубациялоо үчүн миоплегия сукцинилхолин (2 мг / кг - 1), узакка созулган нерв-булчуң блок - ардуан менен стандарттуу дозаларда берилди. ИВЛ менен желдетүү кадимки желдетүү режиминде жүргүзүлгөн (PaCO₂ 35-37 мм рт.ст.).

Изилдөөнүн предмети, биринчиден, **ПМСП**, ФАП, ҮДТ / ҮМБ, ТБ, ЖДБПны МЖСга жетишүүнүн алкагында өркүндөтүү тенденциялары жана натыйжалуулугу, экинчиден, **дарыгерлердин КДО алкагындагы профессионалдык жана профессионалдык эмес тенденциялары каралды.**

Изилдөөнүн объектилери болуп **ПМСП**, ФАП, ҮДТ / ҮМБ, ТБ, ЖДТБ, ФММК, КГМИППК, илимий жана билим берүү технологиялары, илимий-билим берүү долбоорлору, окуу-методикалык программалар жана пландар саналат.

МЖСти өркүндөтүү аспектисинде изилдөөнүн белгилери: медициналык тейлөө тутумундагы түзүмдүк өзгөрүүлөр, башкаруунун натыйжалуулугу, калктын ден-соолугунун абалы, калктын көбөйүшү. Башкаруу ишинин аспектилери Кыргыз Республикасынын саламаттыкты сактоо тутумун трансформациялоо позициясынан каралды: Д-ПМ, керебеттердин, дарыгерлердин жана орто медициналык кызматкерлердин санын кыскартуу. МЖСти баалоо Д-ПМ жана алардын бөлүмчөлөрүнүн көрсөткүчтөрүн талдоонун негизинде жүргүзүлдү.

ДКБС натыйжалуулугун жогорулатуу аспектисинде изилдөөнүн белгилери: дарыгерлердин ДКББ системасын структуралык жана функционалдык модернизациялоо. ДКБС баалоо ДКББ компоненттерин иштеп чыгуу моделдерине негизделген. Жумушта талдоонун заманбап методдорунун комплекси: социологиялык, тарыхый, уюштуруу эксперименти, статистикалык тутумду талдоо, структуралык жана логикалык анализ колдонулган. Медициналык кызмат көрсөтүү тутумундагы түзүмдүк өзгөрүүлөрдүн натыйжалары медициналык кызмат көрсөтүүлөрдүн көлөмү жана сапаты, **Л-ПО** санынын кыскарышы жана керебеттердин саны сыяктуу параметрлер боюнча бааланган.

Маалымат булактары катары: расмий статистикалык отчеттордон алынган маалыматтар; расмий жоболор жана адабият булактары; эксперттик баалоо карталары; «К-СК» де МЖСге бейтаптын канааттануусун изилдөө боюнча анкета; КРдин саламаттыкты сактоо системасынын баштапкы жана орто деңгээлдериндеги **ПМП**га бейтаптардын канааттануусун изилдөө үчүн анкета кызмат кылган.

Ооруга жана өлүмгө байланыштуу маалыматтар төмөнкүлөргө негизделген: 2006-2013-жылдар аралыгындагы Кыргыз Республикасынын Саламаттыкты сактоо министрлигинин **РМ-ИЦ** статистикалык материалдары; 2006-2012-жылдар аралыгында ММК ФУ деңгээлинде АККны контролдоо жөнүндө маалымат; 2006-2012-жылдар аралыгында ММК фондунун ГПКнын статикалык отчетторунун маалыматы. Төмөнкү көчүрмөлөр: статистикалык

отчеттуулуктун формаларынан алынган маалыматтар; **РМ-ИЦ** аналитикалык формаларынан алынган маалыматтар; ММКФ жана ТМ ММК фондунун отчеттук статистикалык формаларынан алынган маалыматтар колдонулган.

2006-2012-жылдар аралыгындагы жеке изилдөөлөрүбүздүн көлөмү түзүлдү: ооруканадан чыккан бейтаптын картасы; медициналык кызматтарды эсепке алуу үчүн эксперименталдык купон; статистикалык талон; калкка амбулатордук медициналык жардам көрсөтүү стандарттарынын моделдери; клиникалык башкаруу тутумунун структурасынын моделдери; МЖСТИ колдоо жана башкаруу моделдери; клиникалык моделдер; КР МСЭКке каттоо журналы (88.ф., 88.д формасы).

Оорулар медициналык жардамга, ошондой эле ҮМБ / ҮДТ ЖМБП, АО кайрылуу боюнча комплекстүү медициналык текшерүүдөн өткөн маалыматтар боюнча изилденди. Төмөнкү медициналык экспертизанын актылары: дарыланган учурлар жөнүндө (ММКтин №2 формасы); өлүмгө дуушар болгон абал (милдеттүү медициналык камсыздандыруунун №4 формасы); амбулатордук карталар (ММКтин №1 формасы); үйдөгү өлүм кырдаалы (милдеттүү медициналык камсыздандыруунун №3 формасы) изилденди. 2006-2012-жылдар аралыгында оорунун өзгөрүү динамикасын талдоо төмөнкү көрсөткүчтөр боюнча жүргүзүлдү: абсолюттук өсүш; өсүү темпи; өсүү темпи жана % өсүшү. Бул учурга карата оорулар МКБ-10 (1999) ылайык катталган.

Ден-соолук абалын жекече баалоо А.М.Дюкареванын критерийлери боюнча бааланган. (1998). (**Выравнивание динамического ряда осуществлялось путем вычисления скользящей средней.**) **Убакыт сериясы жылып турган орточо эсептөө менен каралды.** Калктын көбөйүшүнө демографиялык көрсөткүчтөр (өлүм, төрөт, калктын табигый өсүшү, калктын өсүшү жана өсүшү) боюнча баа берилген. Калк жөнүндө маалыматтар калктын 1989-1999-жылдардагы каттоосун чагылдырган басылмалардан алынган.

Медициналык кызмат көрсөтүү тутумундагы түзүмдүк өзгөрүүлөрдүн натыйжалары, медициналык кызмат көрсөтүүлөрдүн көлөмү жана сапаты, медициналык мекемелердин жана ооруканалардагы керебеттердин санынын кыскарышы; амбулаториялык кызматтардын саны; текшерүүдөгү, дарылоодогу кемчиликтердин азайышы; өлүмдүн жана майыптыктын төмөндөшү сыяктуу параметрлер боюнча бааланган. Оорулар медициналык жардамга кайрылуунун маалыматтары боюнча, ошондой эле, ҮДТ, терапевт, невропатолог, офтальмолог, хирург, уролог, жугуштуу оорулар боюнча адис, онкологдордун катышуусу менен комплекстүү медициналык текшерүүдөн өткөн маалыматтардын негизинде изилденди.

ҮМБ / ҮДТ, АО, ЖМБП, ФАП, **СМПтердеги (тез жрдамбы?)** медициналык жардамдын абалы жөнүндө баштапкы эсепке алуу жана отчеттуулук материалдарын ретроспективдүү статистикалык анализдөө «ММК системасында МЖСТИ башкаруу жөнүндөгү Жобонун» негизинде комплекстүү эксперттик баалоо менен жүргүзүлдү. «(Кыргыз Республикасынын Саламаттыкты сактоо министрлиги, 2002-ж., No 297).

Республикалык саламаттык сактоо тутумунун этаптык абалы жөнүндө ММК Фондунун архивдик материалдарына талдоо жүргүзүлдү.

Ошентип, убактылуу жана туруктуу эмгекке жарамсыздык, биринчи майыптыкка чыгуу, эмгекке жарактуу курактагы өлүмдү аныктоо саламаттык сактоо секторунун натыйжалуу критерийлери болуп саналат. Аларды саламаттык сактоо тутумуна байланыштуу моделдөө натыйжаларын чагылдырган натыйжалардын матрицасы катары кароого болот.

Жеткиликтүүлүк жана убактылуу эмгекке жарамсыздык, ошондой эле эмгекке жарамдуу курактагы калктын алгачкы майыптыгы жана өлүмү боюнча калктын оорулуу көрсөткүчтөрү талданды. Тез жардам тобу көрсөткөн медициналык жардамдын шайкештигин аныктоо үчүн эксперттик баалоо ыкмасы колдонулган. Эксперттер катары медициналык жана уюштуруучулук иш тажрыйбасы > 10 жыл жана жогорку сертификаттоо категориясына ээ болгон эң тажрыйбалуу дарыгерлер тартылды.

Эксперттик баалоодон медициналык тез жардамга чукул чакыруунун 505 картасы өткөрүлдү, анын ичинде оорулар боюнча: **ОИМ** - 40, **ИБС** - 84, **АГ** -151, **ОХ** - 50, бронхиалдык астма - 99, мээнин курч кан айлануусунун бузулуусу - 29, ашказан жарасы - 13, травма, уулануу - 39 карта катталды. Тез жардам бригадалары тарабынан чалууларды тейлөөгө кеткен убакытты аныктоонун натыйжалары атайын иштелип чыккан хронометраждуу картага киргизилди.

МТЖнын уюштурулуусу жана сапаттуу тейлөөсү боюнча калктын пикири изилденди. Медициналык тез жардамды уюштуруу жана анын сапаты жөнүндөгү калктын пикирин изилдөө боюнча 637 анкета статистикалык талдоого алынды. МТЖ станциясынын 206 медициналык кызматкерлерине сурамжылоо жүргүзүлдү. Өз учурунда, толук эмес текшерүүдөн өтүү, дарылануунун себептери; тез жардам кызматынын сапатына таасир этүүчү факторлор изилденди; калктын жана медициналык кызматкерлердин МТЖнын уюштурулушуна жана сапатына канааттануу даражасы аныкталды.

ХЗ (өнөкөт оору) деңгээли МЖС менен камсыздоонун натыйжалуулугун толук чагылдырат. Практикалык мааниде алганда өнөкөт оорунун деңгээлин гана эмес, өнөкөт оорусу бар бейтаптардын сандык курамын, бейтаптын медициналык жардамга кайрылуу даражасын жана алардын медициналык жардамга муктаждыгын билүү маанилүү. Өнөкөт оорусу бар адамдардын саны формула менен аныкталган өнөкөт коэффициенттин негизинде белгиленди: $K_{xp} = X/Y$, мында K_{xp} - өнөкөт коэффициенти; X - мурда белгилүү болгон ооруга жолдомо деңгээли; Y - ошол эле нозология үчүн баштапкы оорунун деңгээли.

Лицензиялоо жана аккредитациялоо Кыргыз Республикасынын Саламаттыкты сактоо министрлигинин тиешелүү комиссиясы тарабынан өткөрүлдү. Саламаттыкты сактоо Д-ПМдин медициналык ишмердүүлүгүн лицензиялоо, алардын ичиндеги ресурстардын жана шарттардын минималдуу деңгээлин аныктаган стандарттарды колдонуу менен алардын кесиптик ишин жүзөгө ашыруу үчүн жүргүзүлгөн. Д-ПМ ишмердүүлүгүн аккредитациялоо

боюнча сурамжылоо эксперттик баалоонун улуттук методологиясын колдонуу менен тутумдаштырылган ыкманын негизинде жүргүзүлдү.

Аккредитация Д-ПМ ишинин сапатына жана анын айрым бөлүмдөрүнө жана кызматтарына эксперттик баа берүүнү камтыйт. Түзүлүшүнүн жана функцияларынын медициналык илимдин жана техниканын өнүгүүсүнүн заманбап деңгээлине, саламаттыкты сактоонун милдеттерине жана калктын МЖСга болгон муктаждыктарына шайкештиги бааланат. Д-ПМдин ар тараптуу ишмердүүлүгүнө технологиялардын, критерийлердин жана индикаторлордун жыйындысын камтыган бирдиктүү стандарттарды иштеп чыгуу шарттары кирет.

Аккредитацияны изилдөө методикасына Д-ПМ башкаруу деңгээли, кадрлардын кесипкөйлүгүн жана квалификациялык түзүмүн, материалдык-техникалык базасын текшерүү кирди. МЖСтин иши тандалмалуу оорулуунун тарыхы жана амбулатордук карталарды текшерүү менен бааланган. Д-ПМдин ишмердүүлүгүнүн негизги статистикалык көрсөткүчтөрү орточо республикалык көрсөткүчтөргө салыштырмалуу талданган.

Д-ПМ ишмердүүлүгүнө эксперттик баа берүү үчүн иштелип чыккан интегралдык коэффициенттер: медициналык кызматтын сапаты; башкарууну уюштуруу стандарттарына шайкештик коэффициенти; материалдык-техникалык базанын стандарттарына шайкештик коэффициенти; медициналык персоналдын кесиптик деңгээлинин стандарттарына шайкештик коэффициенти колдонулган.

Д-ПМ натыйжалуулугун баалоо үчүн колдонулган шайкештик коэффициенттери = 1,0 бааны билдирет, мында саламаттыкты сактоо мекемесинин максатка умтулуусу зарыл. 1.0 коэффициенти аккредитация стандарттарына = 100%; 0,5 = 50% шайкештикти камсыз кылат. Коэффициент > 1.0 болбошу керек. Кызматтын түзүмүнүн стандарттарына шайкештик коэффициенти (КС) формула боюнча эсептелет: $КС = \Phi / С$, мында Φ - критерийдин (стандарттын) чыныгы мааниси.

Ошентип, бүтүндөй Д-ПМдин ишмердүүлүгүн жана анын айрым кызматтарын баалоо санариптик мааниде жүргүзүлөт, бул Д-ПМ же анын айрым бөлүкчөлөрүнүн визуалдык элесин берет. Д-ПМ уюмунун абалы төмөнкү деңгээлдердин жыйындысын: Д-ПМ жана түзүмдүк бөлүмдөрдү башкаруу; кадрлардын кесиптик даярдыгы; материалдык-техникалык базанын, кызмат көрсөтүүлөрдүн абалы тууралуу баалоону камтыйт.

Аккредитациялоо экспертизасынын жүрүшүндө, зарыл болгон баштапкы материалдарды топтоо жана талдоо жүргүзүлүп, маалыматтар жетекчинин ишмердүүлүгүнө кийинки талдоо жүргүзүү менен, мекемелердин жетекчилигинин ишин баалоо критерийлеринин эксперттик карталарына көчүрүлдү. Д-ПМ, анын орун басарлары, ошондой эле бөлүм башчылары. Бардык саналып өткөн критерийлердин бар экендиги шарттуу түрдө коэффициент = 1,0 катары кабыл алынат. Эксперттик картаны жүргүзүүнүн алгоритми картаны толтурууда бул критерийдин бар же жоктугу тиешелүү белгилери (+) же (-), же тиешелүү критерий мааниси

менен «иш жүзүндө» графасында көрсөтүлгөндүгүнөн турат. 0-1.0. Эгерде (+) белгиси коюлган болсо, анда шайкештик коэффициенти (КС) = 1,0 болот. Эгерде (-) белгиси коюлган болсо, анда, ошого жараша, коэффициент = 0 болот.

КС стандарттарга карата ар бир критерий жогорудагы формула боюнча эсептелет. Андан кийин иштөө коэффициенти (КР) формула боюнча ар бир жетекчи үчүн эсептелет: $КС_1 + КС_2 + КС_3 + \dots + КС_n$, мында n - критерийлердин саны; $КС_1, КС_2, КС_3$ ж.б. - ар бир критерий үчүн КС. Андан кийин баалоо таблицасы толтурулат жана медициналык мекемени башкаруу деңгээлине медициналык кызмат көрсөтүү жагынан эсептөө жүргүзүлөт: $КР_1 + КР_2 + КР_3 + \dots + КР_n$, мында n - кызмат орундарынын саны; $КР_1, КР_2, КР_3$ ж.б. - ар бир кызмат оруну үчүн КР.

МЖС баштапкы медициналык документтерди экспертизалоо жолу: амбулатордук жана стационардык бейтаптардын медициналык карталары менен бааланат. Оорулуулардын абалы, өлүмү жана алгачкы майыптыкка чыгарууну аныктоо процессинин деңгээли, диспансеризациялоо жана ооруканаларга жаткыруу индикатордук ооруулардын органына карай каралды.

ММКФнын эксперттери тарабынан 2012-жылы оорукананын деңгээлинде 12 360 медициналык карточкага экспертиза жүргүзүлгөн, бул 32 текшерилген Д-ПМда дарыланган учурлардын 2,7% түзөт. Ар бир амбулаториялык карта же оорунун тарыхы боюнча маалыматтар «Стационардык мекемелердеги бейтаптарга медициналык жардамдын сапатын эксперттик баалоо»; «ҮМБ / ҮДТ бейтапка медициналык жардам көрсөтүүнүн сапатын баалоо боюнча эксперттик карта» стандарттык карталарына киргизилет.

Медициналык жардам көрсөтүү технологиясынын шайкештик коэффициенти төмөнкү формула менен эсептелет: $(N-I) - 0, I \times d$, мында n - алгачкы медициналык документтерди текшерүүнүн саны; 1 – сапат стандарттарынан четтөөлөрдүн саны; d – одоно кемчиликтердин саны. Көрсөтүлүп жаткан медициналык жардамдын экономикалык эффективдүүлүгүнүн көрсөткүчү болуп, баштапкы медициналык-санитардык жардам көрсөтүү стадиясында жана ооруканага жаткыруу учурунда бейтаптарга медициналык жардам көрсөтүүгө байланыштуу чыгымдардын көлөмү саналат. Жогорудагы экономикалык чыгымдардын «стандарттык» мааниси боюнча эсептөөлөрдү жүргүздүк.

Ошол эле учурда, негизги маалымат катары төмөнкүлөр колдонулган: 1) баштапкы медициналык-статистикалык документтерге ылайык нозологиялык формалардын маалыматтары, аларды иштетүүнүн натыйжасында жана белгилүү бир окуянын бүт көлөмүн бейтаптардын санына бөлүү менен; тандалган оорулар боюнча медициналык иш-чаралардын жыштыгы эсептелген; 2) ар бир медициналык иш-чаранын чыгымдарын аныктоо үчүн, анын наркы анын эселүүлүгүнө көбөйтүлүп, натыйжада алынган маанилер чыгарылды.

Медициналык кызмат көрсөтүүлөрдүн наркы жана башка экономикалык көрсөткүчтөр ММК Фондунун бекитилген булактарынан, ММК Фондунун жергиликтүү жана аймактык органдарынан жана дарыканалардын преискуранттарынан алынган. Ушул талдоолордун бардыгынын аякташы Кыргыз Республикасынын калкы үчүн МЖСТИ башкаруу тутумун өнүктүрүүнүн куралы болгон моделдөө методдорун колдонуу болду.

Биринчи жолу, биз процесстин моделдерин триадалык негизде түздүк. Биздин оюбузча, процесстин модели – бул саламаттыкты сактоонун, Д-ПМ, ДКББ жана ЭХ мүнөздөмөсү, бул уюштуруучулук жана башкаруучулук, материалдык-техникалык, илимий жана билим берүү функцияларына ээ болгон, бардык өз ара байланышкан компоненттери бар интегралдык тутумдар. Биздин көз караш боюнча, бул моделдердин маанилүүлүгү, ага ылайыктуу иш-аракет белгилүү бир процесстердин жыйындысы болуп саналат, анализдөө жолу менен, анын натыйжаларын жана акыркы натыйжаларга жетишкендигин аныктоого жана процесстердин, бардык иштин натыйжасында пайда болгон компоненттерге максаттуу түрдө таасир этүүгө болот.

Жалпысынан, биз системалар үчүн «Саламаттыкты сактоо», «Д-ПМ», «ДКББ», «ЭХ» процесстик моделдерин түздүк. Алар иштин бардык элементтерин бири-бири менен байланыштырып, ар бирин жалпы максатка жетүүгө багыттайт. Биздин оюбузча, саламаттыкты сактоо тутумунда компоненттердин үчилтигинин байланышын баалоо маанилүү: 1) «К-СК»; 2) «А-ПК»; 3) «М-СК», ал эми «Д-ПМ» тутумунда компоненттердин үчилтиги бар: 1) «УжБК»; 2) «ТжРК»; 3) «КжКК», ал эми ДКББ тутумунда компоненттердин үчилтиги: 1) «ББжУК»; 2) «О-МК»; 3) «К-ЖК». Демек, бул компоненттердин процесстик моделдерин баалоодо үч тараптуу мамиле симметриялаштырууга гана эмес, ошондой эле бул үч бурчтуктун компоненттеринин ролун моделдөөгө мүмкүндүк берет.

МЖСТИ өркүндөтүү тутумунда МЖСТИн жетекчилиги маанилүү орунду ээлейт. СК (КК) – бул төмөнкүлөргө: артыкчылыктуу милдеттерге жетишүү даражасын баалоого; стандарттардын аткарылышынын деңгээлине; медициналык жардамдын натыйжалуулугуна мүмкүндүк берүүчү процесстик чара. Артыкчылыктуу милдеттерге жетишүүгө багытталган медициналык жардамдын СК (КК) төмөнкүлөр болушу керек: өз ара байланыштуу; илимий жактан негизделген; реалдуу жетишүүгө болот; сандык же сапаттык туюнтмаларга ээ.

Реабилитациялык иш-чаралардын натыйжалуулугу «Θ / О» индикатору менен бааланган - өлгөндөрдүн (Θ) жана оорулууларга (О) катышы. Бул көрсөткүчтүн сандык көрсөткүчү канчалык жогору болсо, жүргүзүлүп жаткан калыбына келтирүү жана алдын алуу иш-чараларынын натыйжалуулугу ошончолук төмөн болот. Бул көрсөткүч динамикада каралып, МЖСТге баа берүүгө мүмкүндүк берди.

Материалдарды статистикалык жактан иштеп чыгуу А.М.Мерковдун, Л.Е.Поляковдун (1974) социалдык-гигиеналык изилдөө ыкмасы боюнча

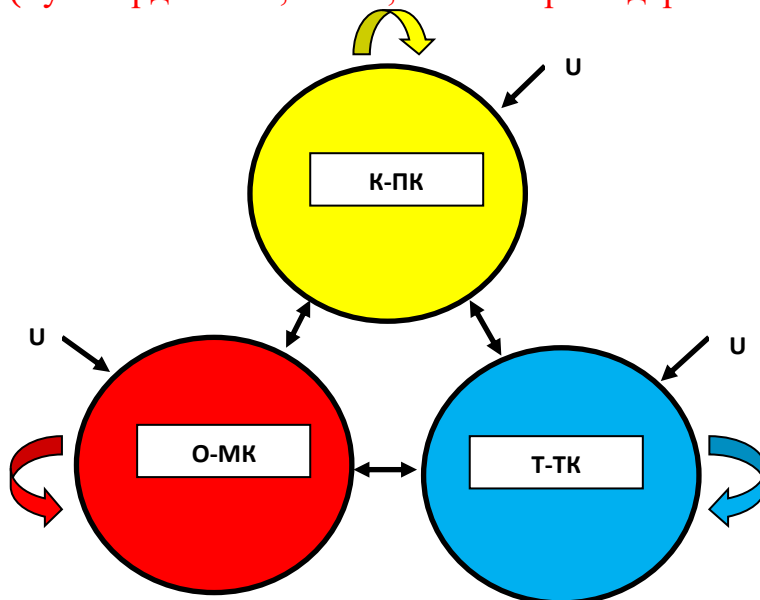
жүргүзүлгөн. Статистикалык талдоо сандык маалыматтардын негизинде изилденип жаткан процесстердин жана кубулуштардын сапаттык мүнөздөмөлөрүн алуу зарыл болгондо колдонулган. Салыштырылган маанилердин ортосундагы айырмачылыктын ишенимдүүлүгүн баалоо Стьюденттин (t) тестине жана катасыз болжолдоо ыктымалдыгы деңгээлине (P) ылайык жүргүзүлдү. Ошол эле учурда ($P < 0.05$) катасыз болжолдоонун 95% маанилүүлүк деңгээлине, ($P < 0.01$) - 99% жана, тиешелүүлүгүнө жараша ($P < 0.001$) - 99.9% туура келген

III главада «Экстремалдык хирургия тутумунун деңгээлиндеги сапатты өнүктүрүүнүн үч түрлүү (триадалык) модели» деп аталып, үч компонентти «К-ПК», «О-МК», «Т-ТК» моделдөө натыйжалары келтирилген. Главанын милдети - ЭХ системасынын компоненттеринин үчилтигин: «К-ПК», «О-МК», «Т-ТК» иштеп чыгуу процессинин моделин баалоо. Биз ЭХ системасынын ушул компоненттеринин ортосундагы параллелизмди байкоо зарыл деп эсептедик.

Жыйынтыктап айтканда, ЭХ тутумун өнүктүрүүнүн процесстик модели үч компоненттин өз ара аракеттенүүсү катары үчтүк негизде курулушу керектигин белгилей кетүү керек: 1) «К-ПСК» эффективдүү процесси; 2) «О-МК» натыйжалуу көлөмү; 3) «Т-ТК» натыйжалуу деңгээли. Триадалык түзүлүш байланыштар жана байланыштар менен мүнөздөлгөн үч компоненттин багытталган графиги катары көрсөтүлүшү мүмкүн. Бул динамикалык структура жана элементтердин ортосундагы байланыштар убакыттан көз-каранды, ошондуктан аны нормалдуу Коши түрүндө үч дифференциалдык теңдемелер системасы менен тактоого болот.

Кыргыз Республикасында саламаттыкты сактоо тутумунун динамикасынын математикалык моделин төмөнкү дифференциалдык теңдемелер тутуму менен сүрөттөөгө болот: «К-ПК» = f_1 («К-ПК», «О-МК», «Т-ТК», U); «О-МК» = f_2 («К-ПК», «О-МК», «Т-ТК», U); «Т-ТК» = f_3 («К-ПК», «О-МК», «Т-ТК», U), мында U - башкаруу аракети, f_n - жалпы учурда, сызыктуу эмес функциялар.

(Бул жерде Т-ТК, К-ПК, О-МК терминдерин кароо зарыл)



1-сүрөт. ЭХ системасынын компоненттеринин үчилтигин иштеп чыгуу модели

Бир түзүмдөгү үч функционалдык сегмент бири-бири менен интенсивдүү жана натыйжалуу өз ара аракеттениши керек, ал эми ЭХдеги ЭК бизге бирдиктүү тутум катары көрүнөт. ЭКдеги жабыркагандарга ыкчам жана реанимациялык жардам көрсөтүүдө жабырлануучулардагы ЭКти чечүүнүн тактикалык жана техникалык аспектилеринин өзгөчөлүктөрүнө таянып, биз төмөнкү кыскача чечимди иштеп чыктык:

ЭКнын адекваттуу интраоперативдик баасын жана чечилишин аныктоодо, белгисиздиктин даражасы, коркунучтун ишке ашуу даражасы, хирургиялык кийлигишүүнүн тигил же бул альтернативасын тандап алуунун кесепеттерин божомолдоо деңгээли сыяктуу интегралдык көрсөткүчкө көңүл буруу керек. ЭКда жабырлануучунун таанып-билүү статусунун өзгөрүшүнүн көрсөткүчү катары, турмуштук маанилүү органдардын жана тутумдардын функцияларынын интегралдык көрсөткүчтөрүнө токтолуп, кооптуу кесепеттерди жоюуга, кризисти турукташтырууга багытталган тактиканы колдонуу зарыл. Дарыгерлердин тактикалык открыткасы көбүнчө ЭКдеги жабырлануучу алгач жандандыруу бөлүмүнө жаткырылып, андан кийин ал операция бөлмөсүнө жеткирилген (41%).

Реанимациялык иш-чараларды жүргүзүү убактысы ушул реанимациянын ыкчам компонентинин шашылыштыгына зыян келтирүү менен негизсиз узартылып жатат, учурда талап кылынат (38%). Өнөкөт бронхиттин диагностикалык мүмкүнчүлүктөрүн жетишсиз интраоперативдик колдонуу 20% учурларда болгон, ошол эле учурда ар бир төртүнчү жабырлануучуга (25%) диагностикалык методдорду, божомолдоону жана хирургиялык реанимацияны колдонуунун белгиленген тартиби бузулган.

Гомеостаздын бузулушунун деңгээлин, ошондой эле ички органдардын жабыркашынын мүнөзүн баалоо (32%), натыйжада, хирургиялык кийлигишүүнүн көлөмүн реанимациялык чаралардын толуктугуна жана убактысына зыян келтирүү менен негизсиз кеңейтүү (26) %), же тескерисинче, 36% учурларда анестезиолог-реаниматологдордун талабы менен операция көлөмүнүн негизсиз кыскаруусу байкалган. 31% учурда бир эле мезгилде жасалган операцияларга туура эмес көрсөтмө катталып, хирургдар менен анестезиолог-реаниматологдордун ортосунда пикир келишпестиктер болгон.

Салыштырмалуу тобокелдик ЭК деңгээлине жараша жогорулайт: ЭТК → ЭЗР → АЭЭА. Ошол эле учурда, ар кандай уюштуруучулук жана методикалык факторлордун салыштырмалуу мүмкүнчүлүгү ушундай ырааттуулукта көбөйөт: В → Б → А. АЭЭА менен жабыркаган адамдардын $\frac{1}{2}$ (50,2%) тобунда ойлонулбаган же начар ойлонулган чечимдер аныкталды. **СВК** менен жабыр тарткандардын тобунда бул көрсөткүч 45,8% ды, ал эми ЭСР менен - 33,4% ды түзөт, бул ЭКда жабыркагандарга ыкчам реанимациялык жардам көрсөтүүнүн жетишсиздигин көрсөтөт.

Эн жогорку салмакта хирургдардын техникалык мүнөздөгү адашуулары болот, мында хирургиялык кырдаалды туура эмес интерпретациялоо жана чукул кабыл алуунун жыйынтыгы бурмаланат (36%), ошондой эле гомеостаздын бузулуу шарттарында травматикалык жана узакка созулган операциялар жүргүзүлөт(39%).

ЭКда дээрлик хирургиялык кийлигишүүнүн ырааттуулугун туура эмес тандоодо ар бир төртүнчү жабырлануучуда (25%), ошондой эле ошол мезгилдеги орунсуз хирургиялык процедура, буга чейин оор абалдын салмагы жогорулаган курмандыктар (22%) менен болгон, Салыштырмалуу тобокелдик ЭК деңгээлине жараша жогорулайт: ЭТК → ЭЗК → АЭЭА. Бул учурда, ар кандай техникалык факторлордун салыштырмалуу мүмкүнчүлүгү окшош ырааттуулукта көбөйөт: В → Б → А. АЭЭА жана ЭЗК менен жабыркаган адамдардын тобунда дээрлик ар бир экинчи жабырлануучуда туура эмес же жарым-жартылай туура эмес техникалык чечимдер кабыл алынган.