

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ
НАЦИОНАЛЬНЫЙ ХИРУРГИЧЕСКИЙ ЦЕНТР**

На правах рукописи
УДК:617.55-036.11-082;617-089.168:616-082.4

Абдурахманов Шаятбек Туланбаевич

**ТЕХНОЛОГИЯ ДИФФЕРЕНЦИРОВАННОЙ
ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ БОЛЬНЫХ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ
ЖИЗНЕННО ВАЖНЫХ ОРГАНОВ В ТЕРМИНАЛЬНОЙ СТАДИИ В
УСЛОВИЯХ ЦЕНТРА СЕМЕЙНОЙ МЕДИЦИНЫ
(с позиции трансплантологии)**

14.00.27 - хирургия

Автореферат
диссертации на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

Бишкек- 2007

Работа выполнена в Проблемной лаборатории клинической и экспериментальной хирургии Национального хирургического центра при Министерстве здравоохранения Кыргызской Республики и в медицинском институте Ошского государственного университета.

Научный руководитель:	Член-корр. НАН КР, доктор медицинских наук, профессор Ашимов Исабек Ашимович
Научный консультант:	Доктор медицинских наук, профессор Мамакеев Канат Мамбетович
Официальные оппоненты:	Доктор медицинских наук, профессор Кенжаев Махамаджан Гуламович Доктор медицинских наук, профессор Гаипов Рустам Гаипович
Ведущая организация:	Международный университет Кыргызстана

Защита диссертации состоится «22» июля 2007 года в 14 часов на заседании Диссертационного совета Д.14.06.314 при Национальном хирургическом центре Министерства здравоохранения Кыргызской Республики (720044, г. Бишкек, ул. 3-я Линия, д.25).

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке Национального хирургического центра Министерства здравоохранения Кыргызской Республики (720066, Бишкек, ул.3-я линия, 25).

Автореферат разослан «11» июля 2007 года.

Ученый секретарь
диссертационного совета,
доктор медицинских наук,
профессор



Сопуев А.А.

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность темы. В Кыргызской Республике на основе Национальной программы реформы здравоохранения «Манас-таалими» идет непрерывное совершенствование системы первичного звена и ее связь с вторичными и третичными уровнями медицинской помощи населению. Немалое место в этом занимает процесс разработки новых и совершенствование существующих методов диспансеризации населения с целью своевременного выявления и профилактики заболеваемости (Г.К. Аалиев, 1998; А.А. Айдаралиев, 2002).

Программа диспансеризации, утвержденная Министерством здравоохранения Кыргызской Республики (МЗ КР), включающая ежегодный медицинский осмотр всего населения с проведением установленного объема лабораторных и инструментальных исследований направлена на выявление лиц, имеющих факторы риска, ведущих к развитию заболеваний, выявление заболеваний в ранних стадиях с последующим проведением комплекса необходимых лечебно-оздоровительных мероприятий и динамическим наблюдением за состоянием здоровья людей (В.З.Кучеренко, 1996; М.М. Каратаев, 1999; V. Abel-Smith et al., 1994).

В указанном аспекте, органами и учреждениями практического здравоохранения накоплен достаточно большой опыт диспансеризации населения, обобщение и распространение которого является важным средством достижения намеченной цели (С.Г. Боярский и соавт., 1995; Н.Ф. Герасименко, 1997). Между тем, вопросы диспансеризации выявленных больных с заболеваниями жизненно важных органов в терминальной стадии в условиях Центров семейной медицины (ЦСМ), еще не разработаны. К сожалению, существующая система диспансеризации в ЦСМ является громоздкой и сложной, и практически, пока не учитывает специфику трансплантационной службы.

Между тем, на сегодня, трансплантационная служба в КР зарождается. Начата целенаправленная работа по разработке ее проблем. В ближайшем плане МЗ КР должно реализовать возможность: 1) осуществлять изучение и внедрение в практику зарубежного опыта лечения больных с тяжелыми заболеваниями почек, сердца, печени, легких в терминальной стадии; 2) оказывает практическую помощь органам и учреждениям по вопросам организации и оказания медицинской помощи подобным больным; 3) обеспечить консультацией этих больных на предмет отбора для пересадки им соответствующих органов (В.Л. Гончаренко и соавт., 1998; Г. Жаркович и соавт., 1998; Brunet – Jailly et al., 1991).

В этой связи, приобретает особую актуальность вопросы скрининга

заболеваний жизненно важных органов в терминальной стадии, с разработкой и внедрением несложной информационной технологии выявления и систематизации этих больных в условиях первичного звена здравоохранения - ЦСМ. Представляется важным, таким образом, наладить эффективную дифференцированную диспансеризацию больных с позиции трансплантационной службы. Однако, на сегодня, этот процесс сдерживается отсутствием системного анализа и специальных исследований, посвященных оптимизации диспансеризации, что и послужило основанием для нашей работы.

Связь темы диссертации с научными программами и НИР: Работа выполнена в инициативном порядке.

Цель работы: Разработать и внедрить технологию дифференцированной диспансеризации больных с заболеваниями жизненно важных органов в терминальной стадии на предмет отбора и подготовки их для пересадки соответствующих органов, а также, оценить ее эффективность с определением роли и места семейных врачей.

Задачи исследования:

Проанализировать действующую систему диспансеризации и информуюемость первичной учетной медицинской документации по диспансеризации населения в ЦСМ г.Ош (с позиции требований трансплантационной службы);

Разработать поэтапный, дифференцирующий скрининг заболеваний почек, печени, сердца и легких в терминальной стадии и внедрить несложную информационную технологию выявления и систематизации этих больных в условиях ЦСМ г.Ош (с позиции требований трансплантационной службы).

Разработать и внедрить в практику ЦСМ принципы организации отбора и дифференцированной диспансеризации больных с заболеваниями жизненно важных органов в терминальной стадии с определением диапазона диагностического обследования и степени привлечения узких специалистов (с позиции требований трансплантационной службы).

На основе выполненных исследований методически обосновать вариант получения систематической информации о наличии и состоянии потенциальных реципиентов, которым необходима пересадка соответствующих органов, в том числе для принятия решения в МЗ КР о предоставлении им высокотехнологичной (дорогостоящей) медицинской помощи.

Научная новизна. Впервые проанализирована действующая система диспансеризации и первичной учетной медицинской документации по диспансеризации населения в ЦСМ г.Ош в ракурсе

реформирования ее в рамках требования трансплантационной службы в Кыргызстане. При этом выявлены основные недостатки традиционной технологии диспансеризации и действующей системы документов диспансерного учета.

На базе аналитических исследований разработан поэтапный, дифференцирующий скрининг заболеваний почек, печени, сердца и легких в терминальной стадии и внедрена несложная информационная технология выявления и систематизации этих больных в условиях ЦСМ г.Ош, пригодных для целей трансплантационной службы. При этом определены оптимальные пути совершенствования системы диспансерного учета указанной категории больных.

Разработаны и внедрены в практику ЦСМ г.Ош принципы организации отбора и дифференцированной диспансеризации больных с заболеваниями жизненно важных органов в терминальной стадии с определением диапазона диагностического обследования и степени привлечения узких специалистов. При этом изменен документооборот ЦСМ, согласно внедрения новой технологии диспансеризации.

На основе выполненных исследований методически обоснован вариант получения систематической информации о наличии и состоянии потенциальных реципиентов, которым необходима пересадка соответствующих органов, в том числе для принятия решения в МЗ КР о предоставлении им высокотехнологичной (дорогостоящей) медицинской помощи.

Практическая значимость полученных результатов. Выявление и учет потенциальных реципиентов, отвечающих требованиям, необходимым для проведения трансплантации им соответствующих органов является важнейшей задачей практического здравоохранения.

Получение систематической информации о наличии и состоянии потенциальных реципиентов в рамках деятельности ЦСМ, то есть находящихся на учете по месту их жительства или по месту нахождения на обследовании и лечении.

Важным является обеспечение процесса обучения персонала методам выявления потенциальных реципиентов, а также изучение спроса на трансплантационную помощь, обеспечение стандартизации условий обследования больных в условиях ЦСМ.

Экономическая значимость полученных результатов включает возможность получения эффекта при использовании автоматизированной технологии дифференцированной диспансеризации больных с тяжелыми заболеваниями жизненно важных органов в терминальной стадии с позиции трансплантологической службы.

Основные положения диссертации, выносимые на защиту:

1. ДД направлена на раннее выявление, оценку состояния и лечение больных с заболеваниями жизненно важных органов. Причем, в таком возрасте, когда пересадка органов является наиболее предпочтительной, то есть от 15 до 55 лет. Наибольшая фактическая нуждаемость в ДД у больных в возрастной группе от 35 до 44 лет, а наименьшая – в возрастной группе от 45 до 55 лет.

2. На фоне охвата профосмотром населения г.Ош в возрасте 15-55 лет, в среднем 24,4%, удельный вес выявленных больных с заболеваниями жизненно важных органов составляет, в среднем 2,4%. Причем, удельный вес больных с заболеваниями сердца, легких, печени и почек больше в старших возрастных группах (35-44 лет и 45-55 лет), в сравнении с младшими возрастными группами (15-24 лет и 25-34 лет). Смертность в возрастных группах 35-44 лет и 45-55 лет была в 3-4 раза выше, нежели в младших возрастных группах.

3. 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. Между тем, сердечно-легочная патология по силе смертности превышает печеночно-почечную патологию, что лишний раз подчеркивает о преимущественной важности сердца и легких в сохранении жизнеобеспечения организма.

4. В структуре сердечной патологии более чем $\frac{2}{3}$ составляют ВПС и ППС с финальной стадией желудочковой недостаточности, тогда как в структуре легочной патологии - бронхоэктатическая болезнь и эмфизема легких, составляющие, соответственно, 50% и 25%, то есть $\frac{2}{3}$ всей легочной патологии.

5. В структуре печеночной патологии более чем $\frac{2}{3}$ составляют первичные и вторичные циррозы печени, тогда как в структуре почечной патологии – хроническая почечная недостаточность неясной этиологии и пиелонефрит, обусловленный некорректирующимися врожденными или приобретенными заболеваниями мочевыводящих путей с гидронефротической трансформацией.

Личный вклад соискателя. Личное участие соискателя охватывает аналитическую проработку литературных источников, выполнение всех исследований с обобщением полученных данных.

Апробация результатов исследования. Результаты исследований доложены: на клинических конференциях кафедры хирургии, общественное здоровье и здравоохранения медицинского института при Ошском государственном университете (ОшГУ) (2005, 2006); на заседании Ученого совета Медицинского института ОшГУ с участием врачей Ошской областной объединенной клинической больницы (ОООКБ), центральной городской клинической больницы (ЦГКБ),

центров семейной медицины (ЦСМ) г. Ош (2006); на заседании Ошского областного научного общества хирургов (2007); на экспертной комиссии по предварительному рассмотрению диссертаций при Национальном хирургическом центре (НХЦ) (2007).

Внедрения. Результаты исследований внедрены в практику ЦСМ г.Ош. Основные положения диссертации включены в программу лекций и практических занятий по кафедрам общественное здоровье и здравоохранение, хирургии Медицинского института при ОшГУ.

Публикации. По теме диссертации опубликовано 9 статей.

Структура диссертации. Диссертация изложена на 117 страницах электронного набора Times New Roman, Кириллица (размер 14, интервал 1,5), состоит из введения, 6 глав, заключения, выводов, практических рекомендаций и иллюстративного материала, включающего 28 таблиц. Библиографический указатель включает 162 источника, в том числе 99 из стран дальнего зарубежья.

СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Материал и методы исследования. В качестве объектов исследования организационной структуры и медицинской технологии диспансеризации были выбраны 28 ГСВ ЦСМ. Работа проводилась на протяжении 2004-2005 гг в несколько этапов, в зависимости от используемых методов и решаемых задач:

1-й этап. Анализ действующей системы диспансеризации населения в ЦСМ г.Ош, а также выполнение общего и функционального анализа учетной документации по диспансеризации. Причем, первой задачей была характеристика основных недостатков технологии диспансеризации в ракурсе использования ее в интересах трансплантационной службы, а второй – установление основных требований к системе документов диспансерного учета.

2-й этап. Разработка поэтапного, дифференцирующего скрининга заболеваний почек, печени, сердца и легких в терминальной стадии, а также, внедрение несложной информационной технологии выявления и систематизации этих больных в условиях ЦСМ г.Ош. Задачей было определение оптимальных путей совершенствования системы диспансерного учета указанной категории больных в возрасте 15-55 лет, пригодных для целей трансплантационной службы.

3-й этап. Разработка и внедрение в практику ЦСМ г.Ош принципов организации отбора и дифференцированной диспансеризации больных с заболеваниями жизненно важных органов в терминальной стадии. При этом задачей стояло изменение документооборота ЦСМ, согласно внедрения новой технологии диспансеризации с определением

диапазона диагностического обследования и степени привлечения узких специалистов.

4-й этап. Методически обосновать оптимальный вариант получения систематической информации о наличии и состоянии потенциальных реципиентов, которым необходима пересадка соответствующих органов. В задачу этапа входила оценка возможности использования информации для принятия решения в МЗ КР о предоставлении им соответствующей (дорогостоящей) помощи по категории высокой технологии.

Исследованию предшествовало изучение структуры заболеваемости населения по данным сплошного осмотра. При этом источниками исследования послужили 129910 единиц статистической информации, 3182 медицинских карт амбулаторного больного (ф. №025/у) и контрольных карт диспансерного наблюдения (ф. №030/у) на 974 лиц, находившихся на диспансерном учете, 1660 сводных ведомостей учета заболеваний, врачебных свидетельств о смерти на 342 случаев смерти (ф. №106/у), 66 отчетов руководителей ГСВ, директоров ЦСМ. Всего заполнено 1660 карт (выборка репрезентативна, $P < 0,01$).

Результаты собственных исследований. Источником исследования являлись 974 карт амбулаторного больного (ф. №025/у) и карт стационарного больного (ф. №063/у), 68 журналов учета приема больных и отказов в госпитализации (ф. №001/у), 125 статистических карт выбывшего из стационара (ф. №066/у), 188 сводных ведомостей учета движения больных и коечного фонда по стационару, отделению или профилю коек (ф. 016/у), 186 протоколы патологоанатомического исследования (ф. №030/у), 42 журналов регистрации лабораторных анализов и их результатов (ф. №250/у). Данные заносились в разработанные нами экспертные карты оценки качества диспансеризации (125).

При оценке общей заболеваемости, смертности, инвалидности использованы ряд методик. В числе показателей использованы следующие показатели МОРТПЭК:

1. Вероятность смерти — это показатель таблицы смертности, представляющий собой долю умирающих в данном возрастном интервале из числа доживших до интервала (5-10 лет), то есть представляет меру частоты смертных случаев в данном возрастном интервале. Рассчитывается этот показатель по формуле: $q_x = 2m_x / 2 + m_x$

2. Вероятность умереть от данной патологии — это показатель таблицы смертности по причинам смертности, представляющий собой долю умерших от конкретной причины смерти на протяжении всей жизни этого поколения.

3. Паевский метод построения таблиц смертности – это модификация демографического метода, основанной на отождествлении возрастного коэффициента смертности со средней величиной силы смертности в данном возрастном интервале. Показатель рассчитывается по формуле: $L_{x+t} = L_x \cdot e^{tm_x}$, где L_x – число доживающих до возраста x , а tm_x – коэффициент смертности в интервале от x до $x+t$.

4. Порядок вымирания – порядок дожития, распределение некоторой исходной совокупности родившихся по продолжительности жизни, то есть по возрасту смерти. Этот показатель известен также под другими названиями: «закон смертности», «режим смертности», рассчитываемые по формуле: $tq_x = L_x - L_{x+t}$.

5. Реального поколения таблицы смертности – упорядоченный ряд взаимосвязанных величин, показывающих уменьшение с возрастом вследствие смерти определенной совокупности родившихся, то есть реального поколения.

6. Сила смертности $\mu(x)$ равной логарифмической производной функции дожития: $\mu(x) = -d : dx \cdot \ln(x)$.

Материалами для социально-демографических исследований служили разработки МИЦ МЗ КР, данные переписи населения за 1999 год и пр. При этом для анализа заболеваемости были использованы несколько источников. В частности, на основании анализа данных 64268 больных (2005 год) в г.Ош (выборочная совокупность) для выявления распространенности заболеваний жизненно важных органов. При этом нами выполнена попытка создать системно-информационное представление о проблеме потенциальной потребности в органной трансплантации.

Опыт ЦСМ г.Ош по диспансеризации всего населения показывает оптимальность выделения 3-х групп: I группа - практически здоровые граждане, не нуждающиеся в диспансерном наблюдении, с которыми проводится профилактическая беседа о здоровом образе жизни; II группа - граждане с риском развития заболевания, нуждающиеся в проведении профилактических мероприятий. Для них составляется индивидуальная программа профилактических мероприятий, осуществляемых в ГСВ-ЦСМ по месту жительства; III группа - граждане, нуждающиеся в дополнительном обследовании для уточнения (установления) диагноза (впервые установленное хроническое заболевание) или лечения в условиях ЦСМ (ОВИ, ОРЗ и другие острые заболевания после лечения которых наступает выздоровление).

Установлено, что наименьшие число составляют практически здоровые лица, соответственно, 7,8% в 2004 году и 6,6% - в 2005 году. Между тем, лица отнесенные к больным составляют, соответственно, в

2004 году – 40,1%, а в 2005 году – 38,2%. Всего обследовано 3182 больных с заболеваниями сердца, легких, печени и почек, что составляет, в среднем 1,2% от всего городского населения и 4,6% по отношению к населению изучаемого возраста. В том числе в 2004 году – обследовано 1522 (2,3% от числа охваченных профосмотром), в 2005 году – 1660 (2,6% от числа охваченных профосмотром) человек. Соотношение мужчин и женщин составили, соответственно, в 2004 году - 1:1,4 и в 2005 году – 1:1,1. Более половины обследованных в указанные годы составили лица в возрасте от 35 до 55 лет, составляя в 2004 году – 54,8%, а в 2005 году – 58,9% обследованных.

Охват населения в возрасте 15-55 лет профосмотром составляет в 2004 году – 24,8%, а в 2005 году – 23,9%. Относительно больший процент охвата в возрастной группе 15-24 лет и 54-55 лет, соответственно, 25,2-26,4% и 25,3-27,1%. Если охват в первой возрастной группе объясняется тем, что большинство из них – это организованные группы (учащейся школ, средних и высших учебных заведений), то вторую группу составляют люди старшего возраста, озабоченные проблемами собственного здоровья. Надо отметить, что удельный вес выявленных больных с заболеваниями жизненно важных органов составляет 2,3% в 2004 году и 2,6% - в 2005 году. Относительно больший удельный вес больных с заболеваниями сердца, легких, печени и почек выявлены в старших возрастных группах – 35-44 лет и 45-55 лет, соответственно, 2,7-2,9% и 2,6-3,2%.

Летальность от заболеваний сердца, печени, легких и почек (табл.1) составила 10,6 на 1000 городского населения в 2004 году, а в 2005 году – эта цифра увеличилась до 13,4 из расчета на 1000 населения. Заметно, что смертность в возрастных группах 35-44 лет и 45-55 лет в 3-4 раза выше, нежели в младших возрастных группах.

Таблица 1

Показатель смертности от заболеваний жизненно важных органов населения по возрастным группам

Возрастные группы	2004		2005	
	абс	На 1000 нас.	абс	На 1000 нас.
15-24	2	0,7	2	0,7
25-34	5	1,9	4	1,5
35-44	8	3,0	10	3,7
45-55	13	4,9	12	4,5
Всего:	28	10,6	36	13,4

Доказано, что удельный вес выявленных больных с заболеваниями жизненно важных органов составляет 2,3% в 2004 году и 2,6% - в 2005 году. Причем, относительно больший удельный вес больных с

заболеваниями сердца, легких, печени и почек выявлены в старших возрастных группах – 35-44 лет и 45-55 лет, соответственно, 2,7-2,9% и 2,6-3,2%. Установлено, что летальность от заболеваний сердца, печени, легких и почек составили 10,6 на 1000 городского населения в 2004 году, а в 2005 году – эта цифра увеличилась до 13,4. Причем, смертность в возрастных группах 35-44 лет и 45-55 лет была в 3-4 раза выше, нежели в младших возрастных группах.

Распространенность заболеваний жизненно важных органов среди городского населения изучаемого возраста (табл.2) составляет $2,5 \pm 0,2\%$, а если сделать перерасчет на интенсивность, то частота их составляет $9,7 \pm 0,4$ на 1000 населения (всех возрастов).

Таблица 2
Распространенность и интенсивность заболеваемости жизненно важных органов населения по возрастным группам ($M \pm m$)

Возрастные группы	Распространенность (в %)	Интенсивность на 1000 нас.
15-24	$1,9 \pm 0,1$	$0,2 \pm 0,01$
25-34	$2,4 \pm 0,2$	$1,6 \pm 0,2$
35-44	$2,8 \pm 0,1$	$3,8 \pm 0,4$
45-55	$2,9 \pm 0,2$	$4,1 \pm 0,4$
Мср.	$2,5 \pm 0,2$	$9,7 \pm 0,4$

Таким образом, можно отметить следующую динамику этих показателей: у лиц старших возрастных групп (35-44 лет и 45-55 лет) как показатель распространенности, так и показатель интенсивности на 1000 населения в 3-4 раза больше, чем в младших возрастных группах (15-24 лет и 25-34 года). Между тем, как в младших, так и старших группах показатели больше у лиц, входящих в более зрелые возрастные группы.

Таблица 3
Вероятность смерти от заболеваний жизненно важных органов населения по возрастным группам

Возрастной интервал	Заболевания, как причина смерти (на 1000 нас.) ($M \pm m$)			
	Сердца	Легких	Печени	Почек
15-24	$0,2 \pm 0,01$	$0,1 \pm 0,02$	$0,8 \pm 0,03$	$0,4 \pm 0,01$
25-34	$1,0 \pm 0,01$	$1,2 \pm 0,01$	$1,8 \pm 0,02$	$1,5 \pm 0,02$
35-44	$1,2 \pm 0,02$	$1,2 \pm 0,02$	$3,6 \pm 0,12$	$2,9 \pm 0,02$
45-55	$1,7 \pm 0,04$	$1,5 \pm 0,10$	$5,8 \pm 0,10$	$4,2 \pm 0,10$
Мср.	$1,3 \pm 0,02$	$1,3 \pm 0,01$	$4,2 \pm 0,10$	$3,5 \pm 0,12$

По нашим данным в результате прогрессирования заболеваний жизненно важных органов за период 2004-2005 годы умерло 64 больных, что составляет 12,6 на 1000 населения г.Ош. Как видно из таблицы 3,

вероятность смерти больных по причине тяжелой печеночной или почечной патологии в 2-3 раза выше, нежели по причине заболеваний сердца и легких.

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).

Таблица 4.

Вероятность умереть от данной патологии в течение 10-летнего периода жизни среди населения по возрастным группам

Возрастной интервал	Вероятность умереть от заболевания (M±m)			
	Сердца	Легких	Печени	Почек
15-24	4,8±1,1	3,2±0,8	2,6±0,6	1,4±0,7
25-34	5,5±0,8	4,5±0,8	4,8±1,1	2,6±0,9
35-44	8,8±1,5	5,6±1,0	5,8±1,8	4,9±1,0
45-55	14,4±2,2	12,5±2,0	16,6±2,1	10,1±1,1
Мср.	12,3±2,1	9,6±2,6	10,3±1,8	7,8±1,2

Установлено, что вероятность смерти больных с возрастом увеличивается. В особенности, это характерно для больных с заболеваниями печени и почек. При заболеваниях этих органов вероятность смерти в старших возрастных группах (35-44 лет и 45-55 лет) заметно выше, чем в младших возрастных группах (15-24 лет и 25-34 лет).

Вероятность умереть от сердечной патологии заметно выше, чем вероятность умереть от другой патологии, независимо от возраста. Более того, вероятность умереть в течение 10 лет болезни с увеличением возраста увеличивается в среднем в 1,5-2 раза. Причем, эта закономерность прослеживается во всех возрастных группах и при остальной патологии. В особенности, это касается печеночной патологии. Таким образом, 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.

Установлено, что наибольшая сила смертности в старших возрастных группах больных с сердечной патологией, соответственно, в возрасте 35-44 лет - 101,4±11,6 и в возрасте 45-55 лет - 148,1±21,1. В целом сила смертности от сердечной патологией составляет, в среднем 90,5±12,6.

На втором месте по силе смертности находится легочная патология (74,5±10,5), на третьем – печеночная патология (62,7±11,3), на четвертом – почечная патология (57,6±12,1). Причем, при всех патологиях сила

Таблица 5

Возрастной коэффициент смертности со средней величиной силы смертности в данном возрастном интервале среди населения

Возрастной интервал	Средняя величина силы смертности от заболевания (M±m)			
	Сердца	Легких	Печени	Почек
15-24	44,2±3,2	22,8±1,9	14,2±1,9	11,3±1,7
25-34	66,2±4,4	54,2±10,2	44,2±10,4	42,5±3,3
35-44	101,4±11,6	98,6±12,4	76,8±13,1	64,5±10,8
45-55	148,1±21,1	122,6±12,8	116,1±12,5	110,3±11,6
Мср.	90,5±12,6	74,5±10,5	62,7±11,3	57,6±12,1

смертности в старших возрастных группах в 2-2,5 раза выше, чем в младших возрастных группах. Таким образом, сердечно-легочная патология по силе смертности превышает печеночно-почечную патологию, что лишний раз подчеркивает о преимущественной важности сердца и легких в сохранении жизнеобеспечения организма.

Таблица 6

Порядок вымирания в возрастном интервале среди населения

Возрастной интервал	Порядок вымирания от заболевания (M±m)			
	Сердца	Легких	Печени	Почек
15-24	0,2±0,01	0,1±0,01	0,1±0,01	0,09±0,001
25-34	0,6±0,02	0,4±0,01	0,3±0,02	0,2±0,01
35-44	0,9±0,01	0,6±0,02	0,8±0,03	0,4±0,02
45-55	1,2±0,02	0,9±0,01	1,0±0,02	0,7±0,01
Мср.	0,8±0,02	0,6±0,02	0,6±0,01	0,4±0,01

Установлено, что число больных с заболеваниями жизненно важных органов, в частности, сердца, умирающих в пределах своего возрастного состава 15-24 лет составляет 0,2±0,01, тогда как в возрасте 25-34 года - 0,6±0,02. Между тем, число умирающих в пределах старших возрастных групп увеличивается. В частности, в возрасте 35-44 года - 0,9±0,01, а в 45-55 лет - 1,2±0,02. Аналогичная закономерность сохраняется практически во всех группах заболевания - легких, печени и почек.

Таким образом, если провести градацию по группам заболевания, то наибольшее число умирающих, соответственно, своей возрастной группы отмечается в группе больных с заболеваниями сердца (0,8±0,02), затем в группе больных с легочной и печеночной патологией (соответственно, 0,6±0,02 и 0,6±0,01). При почечной патологии этот показатель составляет 0,4±0,01.

Из всего количества больных, взятых на дифференцированный диспансерный учет по поводу заболеваний жизненно важных органов, лица с заболеванием печени составили 43,3% (422 больных), а с

заболеваниями легких – 35,3%. Таким образом, больные с печеночной и легочной патологией составили более чем 2/3 диспансеризуемых больных. На третьем месте по количеству составили больные с сердечной патологией (16,6%). Больные с почечной патологией составили 4,9%. Между тем, складывается несколько другая картина в отношении удельного веса больных с заболеваниями жизненно важных органов, находящихся в терминальной стадии патологии. В целом, такие больные составили всего 12,8% (125 больных).

Таблица 7
Своевременность выявления заболеваний жизненно важных органов при ДД

Заболевания	Удельный вес заболеваний жизненно важных органов (в % к общей численности взятых на дифференциальный диспансерный учет)	Удельный вес терминальных стадий заболеваний (в % к общей численности взятых на дифференциальный диспансерный учет)
Сердца	162 (16,6%)	22 (2,2%)
Легких	344 (35,3%)	16 (1,6%)
Печени	422 (43,3%)	59 (6,0%)
Почек	48 (4,9%)	28 (2,9%)
Всего:	974 (100%)	125 (12,8%)

Наибольшее количество составили больные с печеночной патологией (6%), затем с почечной (2,9%) и сердечной (2,2%) патологией. Наименьшее количество составили больные с легочной патологией (1,6%). В результате использования технологии ДД на первом этапе выполнен скрининг 974 больных с заболеваниями сердца, легких, печени и почек. В таблице 7. приведены данные ДД по оценке распространенности заболеваний жизненно важных органов среди населения г.Ош из расчета на 100 обследованных лиц. Причем в ракурсе возрастного интервала и стадии заболеваний.

Установлено, что в старших возрастных группах распространенность заболеваний жизненно важных органов значительно (3-4 раза) выше, чем в младших возрастных группах. Можно четко проследить закономерность увеличения распространенности заболеваний от возраста к возрасту. Причем, независимо от стадии заболевания.

Взятые на дифференцированный диспансерный учет 974 больных распределены на следующие 4 категории: 1) 162 больных с заболеваниями сердца в стадии субкомпенсации и декомпенсации; 2) 342 больных с хроническими заболеваниями легких с признаками дыхательной недостаточности; 3) 422 больных с гепатитами и циррозами печени с

признаками печеночной недостаточности; 4) 48 больных с заболеваниями почек с признаками почечной недостаточности.

Таблица 8
Распространенность заболеваний жизненно важных органов населения г.Ош по степени компенсации (абс. и на 100 обследованных)

Возрастные группы	Стадии заболеваний	
	Компенсированная	Декомпенсированная
15-24	58 (0,21)	6 (0,02)
25-34	128 (0,47)	13 (0,05)
35-44	286 (1,06)	44 (0,16)
45-55	377 (1,41)	62 (0,23)
Всего:	849 (3,10)	125 (0,46)

Установлено, что относительно наибольшую заболеваемость составила печеночная патология ($1,6 \pm 0,002$), затем легочная ($1,3 \pm 0,001$). Сердечная патология регистрировалась в 2 раза меньше, чем легочная патология. В свою очередь, почечная патология регистрировалась в 3 раза меньше, чем сердечная патология.

Выявлено, что относительно наибольшая распространенность отмечалась в отношении врожденных и приобретенных пороков сердца (соответственно, ВПС и ППС) с финальной стадией желудочковой недостаточности, которые в структуре сердечной патологии занимают, соответственно, 45,5% и 31,8%. Таким образом, указанные выше нозологические заболевания составляют более 2/3 в структуре сердечной патологии. У 2 больных была установлена дилатационная кардиомиопатия и еще у 2 больных – ИБС по поводу которой производилась стентирование коронарных сосудов, но приступы стенокардии возобновились вновь, спустя через 4-5 месяцев после операции.

Установлено, что относительно наибольшая распространенность отмечалась в отношении ХНЗЛ. В частности бронхоэктатическая болезнь и эмфизема легких, которые в структуре легочной патологии занимают, соответственно, 50% и 25%, то есть эти нозологические единицы составили 2/3 в структуре легочной патологии. У 1 больного установлена региональная фиброзная патология легких (6,2%), у 1 (6,2%) больной - фиброзная патология легких, которая была обусловлена вдыханием в течение многих лет красок, используемых в красильном цехе местной текстильной фабрики. У 1 (6,2%) больного имело место облитерирующий бронхит и еще у 1 (6,2%) больного была установлена кистозный фиброз легких.

Установлено, что в структуре печеночной патологии первое и второе место занимают, соответственно, вторичный (37,3%) и первичный (30,5%) билиарный цирроз печени. В целом, цирроз печени билиарной природы составил 2/3 в структуре печеночной патологии. У 3 (5,1%) больных выявлен склерозирующий холангит. Все они перенесли операцию по коррекции хронического холестаза. Тем не менее, явления склерозирования желчных путей продолжались и в конечном итоге приводили к холецистохолангиогепатиту с последующим переходом в цирроз печени. Третье место по частоте занимает алкогольный цирроз печени (10,1%).

У 2 (3,3%) больных установлен синдром Бадда-Киари, у 2 (3,3%) больных – синдром портального тромбоза. У 6 больных выявлены неоперабельные формы гепатоцеллюлярного рака (у 2 больных), гемангоэндотелиомы обеих долей печени (у 2 больных), распространенный альвеококкоз (у 2 больных).

Установлено, что в структуре печеночной патологии первое место занимает хроническая почечная недостаточность неясной этиологии. При детальном опросе в анамнезе этих 12 (42,8%) больных имели место хронические заболевания одной или обеих почек, по поводу которых проводилось амбулаторное или стационарное лечение. Однако, четкого диагноза установлено не было. Между тем, развивалась хроническая почечная недостаточность, по поводу которого эти больные и были взяты на диспансерный учет.

В структуре почечной патологии на втором месте пиелонефрит, обусловленный некорректируемыми врожденными или приобретенными заболеваниями мочевыводящих путей с гидронефротической трансформацией, что имело место у 10 (35,7%) больных. У 4 (14,2%) больных выявлен мембранозно-пролиферативный гломерулонефрит. 2 (7,1%) больных в возрасте 46 и 54 года страдают от сахарного диабета. В последние 2 года у них была диагностирована диабетическая нефропатия тяжелой степени.

Итак, ДД направлена на раннее выявление, оценку состояния и лечение больных с заболеваниями жизненно важных органов (сердце, легкие, печень, почки). Причем, в таком возрасте, когда пересадка органов является наиболее предпочтительной, то есть от 15 до 55 лет. Наибольшая фактическая нуждаемость в ДД у больных в возрастной группе от 35 до 44 лет, а наименьшая – в возрастной группе от 45 до 55 лет.

Целесообразно выделить 2 диспансерных групп: I группа – больные с заболеваниями жизненно важных органов в стадии функциональной недостаточности; II группа – больные с заболеваниями жизненно важных органов в терминальной стадии функциональной недостаточности.

Медицинский контроль за состоянием больных, включенных в дифференцированный диспансерный учет осуществляется путем проведения: 1) ежедневного медицинского наблюдения или еженедельного осмотра за больными; 2) ежеквартальных углубленных и контрольных медицинских обследований больных.

Больные с печеночной и легочной патологией составляют более чем $2/3$ диспансеризуемых больных. Сердечная патология регистрировалась в 2 раза меньше, чем легочная патология. В свою очередь почечная патология регистрировалась в 3 раза меньше, чем сердечная патология. В структуре сердечной патологии более чем $2/3$ составляют ВПС и ППС с финальной стадией желудочковой недостаточности, тогда как в структуре легочной патологии - бронхоэктатическая болезнь и эмфизема легких, составляющие, соответственно, 50% и 25%, то есть $2/3$ всей легочной патологии.

В структуре печеночной патологии более чем $2/3$ составляют первичные и вторичные циррозы печени, тогда как в структуре почечной патологии - хроническая почечная недостаточность неясной этиологии и пиелонефрит, обусловленный некорректируемыми врожденными или приобретенными заболеваниями мочевыводящих путей с гидронефротической трансформацией.

Опыт ЦСМ г.Ош в отношении проведения ДД позволяет: 1) Установить оптимальную потребность в медицинской помощи больным с тяжелыми заболеваниями жизненно важных органов, находящихся в терминальной стадии и входящих в реестр пересадки соответствующих органов; 2) Упорядочить организационно-методическую работу ГСВ и ЦСМ с позиции обеспечения потребности указанной категории больных в медицинской помощи необходимого объема; 3) Оптимизировать работу ГСВ при профилактических осмотрах в составе ЦСМ на предмет выявления и своевременного учета больных с поражениями жизненно важных органов, в перспективе требующих пересадки соответствующего органа; 4) Привлечь внимание всей медицинской общественности на проблему реализации потребности в пересадке органов для пациентов с тяжелой патологией жизненно важных органов.

На втором этапе ДД выполнен скрининг 125 больных с заболеваниями почек, печени, сердца и легких в терминальной стадии, которые сообразно выделенным категориям распределены в 4 потока: 1-й поток - 22 больных с заболеваниями сердца в терминальной стадии; 2-й поток - 16 больных с заболеваниями легких в терминальной стадии; 3-й поток - 59 больных с циррозом печени в терминальной стадии; 4-й поток - 28 больных с интерстициальным нефритом в терминальной стадии.

Противопоказаний к трансплантации сердца выявлено у 16 из 22 больных, что составляет 72,7%. Противопоказаний к трансплантации легких выявлено у 11 из 16 больных, что составляет 68,7%. То есть, противопоказания к операции отмечались почти у 2/3 больных этой группы. Противопоказаний к трансплантации печени выявлено у 41 из 59 больных, что составляет 2/3 числа больных (69,5%). Противопоказаний к трансплантации почек выявлено у 18 из 28 больных, что составляет почти 2/3 числа больных (64,3%).

На третьем (заключительном) этапе отобраны, соответственно существующему реестру пересадки органов 39 больных, объединенных в 4 клинические группы: 1-я группа - 6 больных с сердечной патологией; 2-я группа - 5 больных с легочной патологией; 3-я группа - 18 больных с печеночной патологией; 4-я группа - 10 больных с почечной патологией.

При отсутствии противопоказаний к пересадке соответствующего органа пациент включается в «Лист ожидания». Считаем целесообразным, в зависимости от функционального состояния жизненно важных органов больных, рекомендуемых для включения в «Лист ожидания» разделить на 2 подгруппы: Подгруппа А, включает 18 больных, у которых гемодинамические, дыхательные, печеночно-почечные расстройства не выходили за рамки субкомпенсации; Подгруппа Б, включает 11 больных, у которых отмечены выраженные макрогемодинамические, дыхательные и печеночно-почечные расстройства в стадии декомпенсации.

Надо отметить, что это делается для прогностической оценки результатов пересадки органов. В этом плане, трансплантация органов, конечно же, будет более результативной у больных подгруппы А, нежели, чем у больных подгруппы Б.

Итак, в целях упорядочивания процесса отбора больных, нуждающихся в пересадке органов целесообразно провести ДД в несколько взаимосвязанных этапах: на 1-м этапе выполнить скрининг больных, с тяжелыми заболеваниями жизненно важных органов с выделением следующих 4 категорий: 1) больные с заболеваниями сердца в стадии субкомпенсации и декомпенсации; больные с хроническими заболеваниями легких с признаками дыхательной недостаточности; больные с гепатитами и циррозами печени с признаками печеночной недостаточности; больные с заболеваниями почек с признаками почечной недостаточности.

На 2-м этапе выполнить скрининг больных с заболеваниями почек, печени, сердца и легких в терминальной стадии с распределением их в 4 потока: 1-й поток - больные с заболеваниями сердца в терминальной стадии; 2-й поток - больные с заболеваниями легких в терминальной

стадии; 3-й поток - больные с циррозом печени в терминальной стадии; 4-й поток - больные с интерстициальным нефритом в терминальной стадии.

Если на 1-м этапе больные обследуются врачами разных специальностей на предмет уточнения круга диспансеризуемых больных, подлежащих более целенаправленному, углубленному обследованию, то на 2-м этапе к осмотру подключается хирург, ориентированный на предмет отбора среди них больных, которым показана трансплантация соответствующего органа.

Противопоказаний к трансплантации сердца выявлено у 16 из 22 больных, что составляет 72,7%. Противопоказаний к трансплантации легких выявлено у 11 из 16 больных, что составляет 68,7%. Противопоказаний к трансплантации печени выявлено у 41 из 59 больных, что составляет 69,5%. Противопоказаний к трансплантации почек выявлено у 18 из 28 больных, что составляет 64,3%. Таким образом, те или иные противопоказания к трансплантации органов установлены у 2/3 больных, включенных в дифференцированный диспансерный учет.

С прогностической целью целесообразно, в зависимости от функционального состояния жизненно важных органов, выделить 2 подгруппы: у 19 (подгруппа А) из 39 больных, рекомендованных для включения в «Лист ожидания» результаты трансплантации органов обнадеживающие, тогда как у остальных 20 больных (подгруппа Б), у которых отмечались декомпенсированная стадия сердечно-легочной и печеночно-почечной недостаточности результаты трансплантации органов непредсказуемы.

ВЫВОДЫ

1. Существующая система диспансеризации не учитывает специфику трансплантационной службы, а потому, необходима разработка и внедрение дифференцированной диспансеризации больных с заболеваниями жизненно важных органов с позиции трансплантационной службы на базе скрининга заболеваний, системного анализа его результатов с оценкой ее эффективности, определением роли и места семейных врачей.

2. На фоне охвата профосмотром населения г.Ош в возрасте 15-55 лет, в среднем 24,4%, удельный вес выявленных больных с заболеваниями жизненно важных органов составляет, в среднем 2,4%. Причем, удельный вес больных с заболеваниями сердца, легких, печени и почек больше в старших возрастных группах (35-44 лет и 45-55 лет), в сравнении с младшими возрастными группами (15-24 лет и 25-34 лет). Смертность в

возрастных группах 35-44 лет и 45-55 лет была в 3-4 раза выше, нежели в младших возрастных группах.

3. 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. Между тем, сердечно-легочная патология по силе смертности превышает печеночно-почечную патологию, что лишний раз подчеркивает о преимущественной важности сердца и легких в сохранении жизнеобеспечения организма.

4. ДД направлена на раннее выявление, оценку состояния и лечение больных с заболеваниями жизненно важных органов (сердце, легкие, печень, почки). Причем, в таком возрасте, когда пересадка органов является наиболее предпочтительной, то есть от 15 до 55 лет. Наибольшая фактическая нуждаемость в ДД у больных в возрастной группе от 35 до 44 лет, а наименьшая – в возрастной группе от 45 до 55 лет.

5. Целесообразно выделение 2 диспансерных групп: I группа – больные с заболеваниями жизненно важных органов в стадии функциональной недостаточности; II группа – больные с заболеваниями жизненно важных органов в терминальной стадии функциональной недостаточности. Контроль за состоянием этих больных осуществляется путем проведения еженедельного осмотра, ежеквартальных углубленных обследований. Больные с печеночной и легочной патологией составляют более чем 2/3 диспансеризуемых больных. Сердечная патология регистрировалась в 2 раза меньше, чем легочная патология. В свою очередь почечная патология регистрировалась в 3 раза меньше, чем сердечная патология.

6. В структуре сердечной патологии более чем 2/3 составляют ВПС и ППС с финальной стадией желудочковой недостаточности, тогда как в структуре легочной патологии – бронхоэктатическая болезнь и эмфизема легких, составляющие, соответственно, 50% и 25%, то есть 2/3 всей легочной патологии. В структуре печеночной патологии более чем 2/3 составляют первичные и вторичные циррозы печени, тогда как в структуре почечной патологии – хроническая почечная недостаточность неясной этиологии и пиелонефрит, обусловленный некорректируемыми врожденными или приобретенными заболеваниями мочевыводящих путей с гидронефротической трансформацией.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. ДД позволяет методически обосновать оптимальный вариант получения систематической информации о наличии и состоянии потенциальных реципиентов, которым необходима пересадка соответствующих органов. В задачу этапа входило оценка возможности

использования информации для принятия решения в МЗ КР о предоставлении им соответствующей (дорогостоящей) помощи по категории высокой технологии.

2. В действующей системе учетной медицинской документации в ЦСМ отмечается, во-первых, дублирование первичной документации и информации в ГСВ и ЦСМ, во-вторых, большое число официальных и неофициальных учетных форм, а также их несоответствие специфике целенаправленного скрининга и отбора потенциальных реципиентов из общего потока диспансеризуемых больных.

3. В указанном аспекте, к сожалению, во-первых, не сформулированы требования к первичной учетной документации по диспансеризации тяжелых больных жизненно важных органов в терминальной стадии, а, во-вторых, не разработана система отбора больных для пересадки им соответствующих органов. Наконец, не разработана система кодирования важнейших информационных блоков подобных больных.

4. Опыт ЦСМ г.Ош в отношении проведения ДД позволяет: 1) Установить оптимальную потребность в медицинской помощи больным с тяжелыми заболеваниями жизненно важных органов, находящихся в терминальной стадии и входящих в реестр пересадки соответствующих органов; 2) Упорядочить организационно-методическую работу ГСВ и ЦСМ с позиции обеспечения потребности указанной категории больных в медицинской помощи необходимого объема; 3) Оптимизировать работу ГСВ при профилактических осмотрах в составе ЦСМ на предмет выявления и своевременного учета больных с поражениями жизненно важных органов, в перспективе требующих пересадки соответствующего органа; 4) Привлечь внимание всей медицинской общественности на проблему реализации потребности в пересадке органов для пациентов с тяжелой патологией жизненно важных органов.

5. В целях упорядочивания процесса отбора больных, нуждающихся в пересадке органов целесообразно провести ДД в несколько взаимосвязанных этапов: на 1-м этапе выполнить скрининг больных, с тяжелыми заболеваниями жизненно важных органов с выделением следующих 4 категорий: 1) больные с заболеваниями сердца в стадии субкомпенсации и декомпенсации; больные с хроническими заболеваниями легких с признаками дыхательной недостаточности; больные с гепатитами и циррозами печени с признаками печеночной недостаточности; больные с заболеваниями почек с признаками почечной недостаточности.

6. На 2-м этапе выполнить скрининг больных с заболеваниями почек, печени, сердца и легких в терминальной стадии с распределением их в 4

потока: 1-й поток - больные с заболеваниями сердца в терминальной стадии; 2-й поток - больные с заболеваниями легких в терминальной стадии; 3-й поток - больные с циррозом печени в терминальной стадии; 4-й поток - больные с интерстициальным нефритом в терминальной стадии.

7. Если на 1-м этапе больные обследуются врачами разных специальностей, на предмет уточнения круга диспансеризуемых больных, подлежащих более целенаправленному, углубленному обследованию, то на 2-м этапе к осмотру подключается хирург, ориентированный на предмет отбора среди них больных, которым показана трансплантация соответствующего органа.

8. С прогностической целью целесообразно, в зависимости от функционального состояния жизненно важных органов, выделить 2 подгруппы: подгруппа А - больных, рекомендованных для включения в «Лист ожидания» результаты трансплантации органов обнадеживающие, тогда как подгруппа Б - больные, у которых отмечались декомпенсированная стадия сердечно-легочной и печеночно-почечной недостаточности результат трансплантации органов непредсказуем.

9. Эффективное управление возможно лишь на основе надежной информации, постоянно поступающей к лицам, принимающим решение (ЛПР). К сожалению, руководящие органы здравоохранения КР в центре и в областях не располагают отлаженной системой медицинской статистики для целей информационного обеспечения процесса управления по категории оказание высококвалифицированной медицинской помощи по линии высокой технологии.

СПИСОК ОПУБЛИКОВАННЫХ РАБОТ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ

1. Новые методы стандартизации в хирургической службе // Вестник ОшГУ.-2004. - №4. - С.3-5.(соавт. Белеков Ж.О., Анаркулов Т.Н., Абдиев А.Ш.).
2. Результаты статистического анализа и прогнозирования заболеваемости населения г.Ош по данным диспансерного учета больных с заболеваниями жизненно важных органов // Медицинские кадры XXI века. - 2006. - №3. - С.30-32. (соавт. Ашимов Ж.И.).
3. Результаты диспансеризации больных с заболеваемостью жизненно важных органов // Медицинские кадры XXI века. - 2006. - №3. - С.22-24. (соавт. Ашимов Ж.И.).
4. Результаты скрининга заболеваемости почек, печени, сердца и легких в терминальной стадии в условиях центра семейной медицины г.Ош // Медицинские кадры XXI века. - 2006. - №3. - С.24-29. (соавт. Ашимов Ж.И.).

5. Технология дифференцированной диспансеризации больных с заболеваниями жизненно важных органов в условиях центра семейной медицины г.Ош // Медицинские кадры XXI века. - 2006. - №3. - С.30-32. (соавт. Ашимов Ж.И.).

6. Анализ результатов диспансеризации больных с заболеваниями жизненно важных органов // Медицинские кадры XXI века. - 2007. - №1. - С.13-15.

7. Скрининг заболеваний почек, печени, сердца и легких в терминальной стадии // «Medlinks.ru» - Москва, 2007. - www.MEDLINKS.RU/article.php?sid=29000&mode=&order=0 8/2,7. (соавт. Салибаев О.А., Ашимов Ж.И.).

8. История трансплантологии в аспекте проблемы селекции потенциальных реципиентов для пересадки органов // Медицинские кадры XXI века. - 2007. - №1. - С.69-75. (соавт. Ашимов И.А., Ашимов Ж.И.).

9. Анализ тенденции к расширению показаний к пересадке органов // Медицинские кадры XXI века. - 2007. - №1. - С.75-80. (соавт. Ашимов Ж.И., Чапьев М.Б.).

РЕЗЮМЕ

диссертации Абдурахманова Ш.Т. «Технология дифференцированной диспансеризации больных с заболеваниями жизненно важных органов в терминальной стадии в условиях ЦСМ», на соискание ученой степени кандидата медицинских наук по специальностям: 14.00.27-хирургия (по компоненту организация здравоохранение).

Ключевые слова: традиционная диспансеризация, дифференцированная диспансеризация, потенциальный реципиент, заболевания жизненно важных органов, пересадка сердца, легких, печени, почек, трансплантационная служба.

Объект исследования: 129910 жителей г.Ош, в том числе 3182 больных с заболеваниями сердца, легких, печени и почек.

Цель исследования: Разработать и внедрить технологию дифференцированной диспансеризации больных с заболеваниями жизненно важных органов в терминальной стадии на предмет отбора и подготовки их для пересадки соответствующих органов, а также оценить ее эффективность с определением роли и места семейных врачей.

Полученные результаты и их новизна. Впервые проанализирована действующая система диспансеризации и первичной учетной медицинской документации по диспансеризации населения в ЦСМ г.Ош в ракурсе реформирования ее в рамках требования трансплантационной службы в Кыргызстане. При этом выявлены основные недостатки

традиционной технологии диспансеризации и действующей системы документов диспансерного учета.

На базе аналитических исследований разработан поэтапный, дифференцирующий скрининг заболеваний почек, печени, сердца и легких в терминальной стадии и внедрить несложную информационную технологию выявления и систематизации этих больных в условиях ЦСМ г.Ош, пригодных для целей трансплантационной службы. При этом определены оптимальные пути совершенствования системы диспансерного учета указанной категории больных.

Разработаны и внедрены в практику ЦСМ г.Ош принципы организации отбора и дифференцированной диспансеризации больных с заболеваниями жизненно важных органов в терминальной стадии с определением диапазона диагностического обследования и степени привлечения узких специалистов. При этом изменен документооборот ЦСМ, согласно внедрения новой технологии диспансеризации.

Рекомендации по использованию: Технология дифференцированной диспансеризации больных с заболеваниями жизненно важных органов в терминальной стадии.

Библиография: 166 источников, в том числе 94 из стран дальнего зарубежья. Иллюстрации включают 28 таблиц.

КОРУТУНДУ

Абдурахманов Ш.Т. диссертациясынын темасы: “Үйбүлөлүк медицина борборунун (ҮМБ) шартында эң маанилүү органдардын ооруларынын жеттиккен стадиясындагы бейтаптарды ажырымдап диспансерлөө технологиясы”. 14.00.27 – хирургия (саламаттык сактоону уюштуруу компоненти боюнча) адистигинен медициналык илимдердин кандидаты окумуштуу даражасын коргоо боюнча

Түйүндүү сөздөр: салттуу диспансерлөө, ажырымдап диспансерлөө, болочок алуучу, эң маанилүү органдардын оорулары, жүрөктү, өпкөнү, боорду, бөйрөктү которуп жалгоо (трансплантациялоо) кызматы.

Изилдөө объекти: Ош ш. 129910 тургуну, алардын ичинде 3182 жүрөк, өпкө, боор жана бөйрөк оорулуу бейтаптар.

Изилдөө максаты: эң маанилүү органдардын ооруларынын жеттиккен стадиясындагы бейтаптарды ажырымдап диспансерлөө технологиясын иштеп чыгып жайылтуу, тийиштүү органдарды которуп жалгоо үчүн аларды тандап алуу жана даярдоо тууралуу, ошондой эле үйбүлөлүк дарыгерлердин ордун жана ролун аныктоо менен анын натыйжалуулугун баалоо.

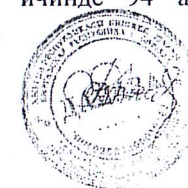
Алынган натыйжалар жана алардын жаңылыгы: Кыргызстанда органдарды жалгоо кызматынын талабынын алкагында, аны кайра куруу

өнүтүндө Ош ш. ҮМБда калкты диспансерлөө боюнча медициналык иш кагаздарынын баштапкы каттоосу жана аракеттеги диспансерлөө системасы биринчи жолу талданган, ошондой эле, диспансердик каттоо иш кагаздарынын аракеттеги системасы жана диспансерлөөнүн салттуу технологиясынын негизги жетишпегендиктери табылган.

Талданган изилдөөнүн базасында, бөйрөк, боор, жүрөк жана өпкө ооруулардын жеттиккен стадияларына ылайык жана орган жалгоо кызматынын максаты үчүн ыңгайлуу этаптык ажырымдалган скрининг иштелип чыккан. Ош ш. ҮМБ шарттарында бул ооруларды системалоо жана аларды оңой табуу маалымат технологиясын жайылтуу, ошондой эле, көрсөтүлгөн категориядагы бейтаптарга диспансерлик каттоонун эң ыңгайлуу, өркүндөтүлгөн жолу аныкталган. Ош ш. ҮМБ практикасында эң маанилүү органдардын жеттиккен стадияларындагы бейтаптарды ажырымдап диспансерлөө, дартты таап изилдөө, майда адистерди тартуу деңгелин аныктоону кошо жана тандап алууну уюштуруу принциптери иштелип чыгып жайылтылган. Диспансерлөөнүн жаңы технологиясын жайылтууга ылайык ҮМБ иш кагаздарын иштетүү өзгөрүлгөн.

Колдонуу боюнча сунуштар: Эң маанилүү органдардын ооруларынын жеттиккен стадиясындагы бейтаптарды ажырымдап диспансерлөө технологиясы.

Библиографиясы: 166 булак. Алардын ичинде 94 алыскы чет өлкөлөрдөн. Иллюстрациясы: 28 тизмектен турат.



RESUME

of Dr. Abdurahmanov Sh. T. thesis "Differential Dispenser Follow-up Technology of Patients with Vital Organs' Terminal Stage Diseases at Family Medicine Centre" for academic degree of Candidate of Medical Sciences on specialty:

14.00.27 – Surgery (component – Public Health)

Key words: traditional dispenser follow-up, differential dispenser follow-up, potential recipient, vital organs' diseases, heart transplantation, lung transplantation, liver transplantation, kidney transplantation, transplantation medical service.

Objects of research: 129910 inhabitants of Osh city including 3182 patients with diseases of heart, lung, liver, kidney.

Objective of research: To elaborate and implement differential dispenser follow-up technology of patients with vital organs' terminal stage diseases for

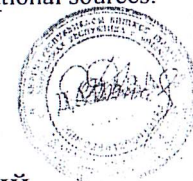
selection and organ transplantation preparation and evaluate its efficacy and role of family doctors in this process.

Results and novelty: Actual system of dispenser follow-up and primary dispenser registration medical documentation at Osh city Family Medicine Centre (FMC) have been analyzed first time. It has been done for reforming purposes to adjust actual system for requirements of transplantation medical service in Kyrgyzstan. Main weak points of traditional dispenser follow-up and actual registration documentation have been revealed.

Based on analytical research systematic differential screening of terminal stage kidney, liver, heart, lung diseases have been elaborated for implementation of simple information technology of selection and systematization of these patients at Osh city FMC suitable for transplantation service. Optimal ways of this category of patients' dispenser registration improvement have been found. Principles of selection and differential dispenser follow-up management have been elaborated and actually implemented at Osh city FMC with determination of examination procedures and specialists consultation algorithm. FMC registration documentation has been changed according to new technology of dispenser follow-up.

Recommendations: Differential dispenser follow-up technology of patients with vital organs' terminal stage diseases.

References: There were 166 sources, including 94 international sources. Thesis includes 28 tables.



ПЕРЕЧЕНЬ УСЛОВНЫХ ОБОЗНАЧЕНИЙ

ЦСМ	-	Центр семейной медицины
ГСВ	-	Группа семейных врачей
ДД	-	Дифференциальная диспансеризация
ЛКО	-	Лечебно-консультативный отдел
ТД	-	Технология диспансеризации
ИПС	-	Информационно-поисковая система
Р-К	-	Рейтер-карта
ХНЗЛ	-	Хроническое неспецифическое заболевание легких
ППС	-	Приобретенный порог сердца
ВПС	-	Врожденный порог сердца
МЗКР	-	Министерство здравоохранения Кыргызской Республики

A handwritten signature in blue ink, consisting of a large, stylized letter 'K' with a loop at the top and a horizontal stroke at the bottom.

Формат 60x84 1/16. Печать офсетная.
Бумага офсетная. Объем 1,3 п.л. Тираж 100 экз. Заказ 63.
720026 г.Бишкек, бульвар Эркиндик 38, ИЦ «Илим-Басмасы»